



ТРЕТИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС РЕАБИЛИТАЦИЯ - XXI ВЕК: ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ



САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЯ
25 • 26 НОЯБРЯ

МАТЕРИАЛЫ

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ
ИМ. Г. А. АЛЬБРЕХТА»

РЕАБИЛИТАЦИЯ – XXI ВЕК: ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ

III НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Материалы конгресса



*Санкт-Петербург
25 – 26 ноября 2020 года*

УДК 364
ББК 67.305
Р 31

Реабилитация – XXI век: традиции и инновации: материалы III Национального конгресса с международ. участием, Санкт-Петербург, 25 – 26 ноября 2020 года / Минтруд России; [Глав. ред. д-р мед. наук, проф. Г.Н. Пономаренко; ред. коллегия: д-р мед. наук, проф. Г.В. Помников, канд. мед. наук Е.М. Васильченко, канд. мед. наук, доц. О.Н. Владимирова, канд. биол. наук А.В. Шошмин, К.Н. Рожко]. – Санкт-Петербург: ООО «ЦИАЦАН», 2020. – 348 с.

ISBN 978-5-6044061-6-8

В сборнике материалов III Национального конгресса с международным участием «Реабилитация – XXI век: традиции и инновации» представлены работы, обобщающие результаты научно-практических исследований в области реализации Конвенции о правах инвалидов, современной модели инвалидности, по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, ранней помощи детям и их семьям, проблем реабилитации инвалидов, оценки эффективности реабилитации, применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, межведомственного взаимодействия при освидетельствовании и реабилитации инвалидов, применения инновационных технологий в травматологии и ортопедии и применения ассестивных технологий.

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

Главный редактор:

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

Редакционная коллегия:

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

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

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

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

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

ISBN 978-5-6044061-6-8

© Минтруд России, 2020
© ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда
России, 2020
ООО «ЦИАЦАН»

THE MINISTRY OF LABOUR AND SOCIAL PROTECTION OF THE RUSSIAN
FEDERATION

FEDERAL STATE BUDGETARY INSTITUTION
“FEDERAL SCIENTIFIC CENTRE OF REHABILITATION OF THE DISABLED
N. A. G.A. ALBRECHT”

REHABILITATION – XXI CENTURY: TRADITIONS AND INNOVATIONS

III INTERNATIONAL CONGRESS WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION

Proceedings of the Congress



**St. Petersburg
25 – 26 November 2020**

Rehabilitation – XXI Century: Traditions and Innovations: Proceedings of the III International Congress with International Participation, St. Petersburg, 25 – 26 November 2020 / The Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation; [Chief Ed. Dr. Med. Sci., Prof. G.N.Ponomarenko; Ed. board: Dr. Med. Sci., Prof. G.V.Pomnikov, Ph.D in Medicine E.M.Vasilchenko, Ph.D in Medicine O.N. Vladimirova, Ph.D in Biology, A.V.Shoshmin, K.N.Rozhko]. – St. Petersburg: OOO “CIACAN”, 2020. – 348 p.

ISBN 978-5-6044061-6-8

The proceedings of the III International Congress with International Participation “Rehabilitation – XXI Century: Traditions and Innovations” contains articles summarizing findings in implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, contemporary disability model, on forming the system of comprehensive (re)habilitation of persons with disabilities and children with disabilities, early childhood interventions, rehabilitation of persons with disabilities, evaluation of rehabilitation outcomes, implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health, interagency cooperation while disability assessment and rehabilitation of persons with disabilities, of implementation of innovative technologies in traumatic surgery and orthopaedics and implementation of assistive technologies.

The proceedings are addressed to professionals in rehabilitation, education, institutions of medical-social expertise, social protection, early childhood intervention and employment services.

Chief Editor:

Ponomarenko G.N. – Honored Worker of Science of the Russian Federation, Doctor of Medical Sciences, Professor, Director General of Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled.

Editorial board:

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

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

Vladimirova O.N. - Ph.D in Medicine, Associate professor, Director of the Institute of Rehabilitation and Habilitation of the Disabled of Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled.

Shoshmin A.V. – Ph.D in Biology, Head of the Department of International Classifications and Systems of Rehabilitation and Habilitation (the WHO-FIC Collaborating Centre) of the Institute of Rehabilitation and Habilitation of the Disabled of Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled.

Rozhko K.N. – Chief of the Sector of international classifications of the Department of International Classifications and Systems of Rehabilitation and Habilitation (the WHO-FIC Collaborating Centre) of the Institute of Rehabilitation and Habilitation of the Disabled of Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled.

ISBN 978-5-6044061-6-8



**МИНИСТЕРСТВО ТРУДА
И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ**
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Приветственные слова участникам
Международного научного форума
по реабилитации**

Уважаемые участники форума!

От имени Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и от себя лично приветствую вас на открытии Международного научного форума по реабилитации!

Вопросы поддержки инвалидов и детей-инвалидов, их реабилитация и интеграция в современное общество являются приоритетами государственной социальной политики.

Проведение подобных мероприятий способствует выработке новых эффективных методов реабилитации и социальной интеграции инвалидов и детей-инвалидов, а также демонстрирует активную позицию заинтересованных различных органов и организаций в их поддержке.

Проведение форума является значимым событием. Уверен, что он пройдет в конструктивном ключе, будет способствовать объединению усилий специалистов различных специальностей и выработке общих подходов в развитии научных и прикладных исследований по вопросам реабилитации инвалидов и детей-инвалидов.

Желаю всем участникам форума плодотворной работы, содержательных дискуссий и всего самого наилучшего!

**Первый заместитель
Министра труда и
социальной защиты
Российской Федерации
А.В. Вовченко**

СОВЕТ ФЕДЕРАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО СОБРАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СЕНАТОР РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ул. Б.Дмитровка, д. 26, Москва, 103426

«б» ноября 2020 г.

Участникам Международного научного форума по реабилитации

Сердечно приветствую организаторов, гостей и участников Международного научного форума по реабилитации!

Главная цель проводимого научного форума - обмен передовым опытом, знаниями и достижениями в технологиях реабилитации, её цифровизации, применения современных инструментов оценки ограничения жизнедеятельности, реализации национальных проектов и региональных программ.

Современная государственная социальная политика в отношении инвалидов направлена на формирование системы их независимого и самостоятельного образа жизни путем расширения социальных и вспомогательных услуг. Происходит формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, ранней помощи детям и их семьям, социальной и сопровождаемой занятости, социального проживания и др.

Практическим результатом современной государственной социальной политики в отношении инвалидов является успешная реализация государственной программы Российской Федерации «Доступная среда», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 29.03.2019 № 363. В принятых в рамках национального проекта документах закреплён комплексный подход к организации реабилитации и абилитации инвалидов, выделены ее медицинский, социальный и профессиональный компоненты. Это способствует объединению помыслов и усилий различных специалистов, участвующих в процессе реабилитации и абилитации инвалидов в рамках интердисциплинарного подхода.

Объединение различных направлений комплексной реабилитации и абилитации инвалидов является важным шагом для решения основной государственной задачи — повышения качества жизни инвалидов, восстановления их социального и профессионального статуса, поддержания независимости в основных сферах жизнедеятельности и интеграции их в общество (социальную, образовательную и профессиональную среду). Комплексная реабилитация базируется на междисциплинарном и межотраслевом подходах, которые положены в основу подготовки высококвалифицированных специалистов по реабилитации и абилитации инвалидов.

Комплексный подход невозможно представить без межведомственного взаимодействия и внедрения инновационных технологий реабилитации. Успех этого дела во многом зависит от слаженной совместной работы органов государственной власти всех уровней и видов, специалистов в разных сферах реабилитации, руководителей реабилитационных организаций, представителей бизнеса и общественных организаций. Возрастает роль подготовки квалифицированных специалистов по реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе врачей, способных использовать современные цифровые ресурсы, инновационные технологии. Профессиональная подготовка специалистов в области реабилитации и абилитации инвалидов должна быть основана на единой методологической платформе, целостном (системном) подходе в рамках биопсихосоциальной модели инвалидности.

Важно, что площадкой проведения научного форума стал Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, уникальное и единственное в своём роде учреждение со 137-летней историей, занимающееся проблемами комплексной реабилитации, использующего в своей деятельности достижения отечественного и мирового профессионального сообщества.

Выражаю глубокую уверенность в том, что научный форум укрепит творческие и деловые контакты, позволит решить накопившиеся проблемы, создаст основу формирования научно обоснованных предложений по совершенствованию нормативной правовой базы. Личное общение в ходе мероприятия учёных и практиков придаст новый импульс как в научно-исследовательской, так и в практической деятельности.

Желаю участникам конференции интересной и плодотворной работы, укрепления связей и сотрудничества!

Заместитель председателя
Комитета Совета Федерации
по социальной политике



Т.А. КУСАЙКО



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

«Российская академия наук»

(РАН)

Вице-президент
академик

ЧЕХОНИН

Владимир Павлович

Ленинский проспект, д. 14, Москва, 119991

тел.: (499) 237-97-55, (495) 954-10-63

факс: (495) 952-27-85

e-mail: chekhonin@presidium.ras.ru

Участникам

**Международного научного
форума по реабилитации**

Сердечно приветствую организаторов, гостей и участников Международного научного форума по реабилитации, в рамках которого проводится III Национальный Конгресс с международным участием «Реабилитация – XXI век: традиции и инновации» и научно-практическая конференция «Комплексная реабилитация и абилитация инвалидов»!

Программа данного научного форума включает широкий спектр рассматриваемых вопросов, актуальных для развития отечественной реабилитационной науки. К числу приоритетных следует отнести такие направления, как вопросы развития реабилитации с позиций государственной социальной политики, реализация государственной программы Российской Федерации «Доступная среда», развитие идей реабилитации в мировом сообществе, основные направления реабилитации и абилитации, сопровождение и сопровождаемое проживание, ранняя помощь детям и их семьям, научные основы законодательного, нормативного и правового регулирования реабилитации в Российской Федерации, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья как универсальный инструмент оценки реабилитации и абилитации, государственно-частное партнёрство в реализации программ реабилитации.

В ходе работы научного форума будут рассмотрены тенденции развития рынка реабилитационных услуг, информационное обеспечение реабилитации, реабилитация и абилитация в системах социальной защиты и охраны здоровья

населения, санаторно-курортный этап реабилитации: тренды, технологии, инновации, адаптивная физическая культура и спорт, образовательные технологии и подготовка кадров в реабилитации, инновационные реабилитационные технологии, медико-социальная экспертиза и реабилитация, формирование и реализация индивидуальной программы реабилитации и абилитации, межведомственное и междисциплинарное взаимодействие в реализации программ реабилитации и абилитации.

Отдельного внимания заслуживают доклады учёных, посвящённые реконструктивно-восстановительной хирургии, протезостроению, протезированию и ортезированию, техническим средствам реабилитации.

Научная программа включает пленарное заседание, секционные заседания, дискуссионные панели, круглые столы, мастер-классы, образовательные мероприятия, посещение центров социальной и медицинской реабилитации Санкт-Петербурга.

Благодаря уникальному дизайну научного мероприятия, составу докладчиков и тематике докладов будет достигнута главная цель проводимого научного форума – обмен передовым опытом, знаниями и достижениями в технологиях реабилитации, её цифровизации, применения современных инструментов оценки ограничения жизнедеятельности, реализации национальных проектов и региональных программ.

Междисциплинарный и межотраслевой подход, объединение различных направлений комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, привлечение к обсуждению актуальных вопросов широкого круга специалистов, работающих в сфере реабилитации, являются гарантиями успешного решения важной государственной задачи – повышения качества жизни инвалидов, восстановления их социального и профессионального статуса, поддержания независимости в основных сферах жизнедеятельности и интеграции их в общество (социальную, образовательную и профессиональную среду).

Неслучайно, что площадкой проведения научного форума стал Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, занимающий лидерские позиции в развитии отечественных реабилитационных инновационных технологий.

Выражаю глубокую уверенность в том, что научный форум будет способствовать укреплению творческих и деловых контактов, создаст

предпосылки для решения существующих проблем, сформирует научно обоснованную основу для совершенствования существующей нормативной правовой базы. Личное общение учёных и практиков в ходе научного мероприятия придаст новый импульс как в научно-исследовательской, так и в практической деятельности.

Желаю участникам конференции интересной и плодотворной работы, укрепления связей и сотрудничества!

Вице-президент
Российской академии наук
академик РАН



В.П. Чехонин

Санкт -Петербург
ноябрь 2020 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ
TABLE OF CONTENTS

РАЗДЕЛ 1 ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ, ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	22
SECTION 1 FORMATION OF THE SYSTEM OF COMPLEX REHABILITATION AND ABILITATION OF DISABLED AND CHILDREN WITH DISABILITIES, PILOT PROJECT. ORGANIZATIONAL AND LEGAL ASPECTS OF REHABILITATION	22
ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ) ИНВАЛИДОВ НА РЕГИОНАЛЬНОМ И МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЯХ	
Радута В.И., Шестаков В.П., Свинцов А.А., Чернякина Т.С., Колока О.Е.	22
INSTITUTIONAL AND LEGAL ASPECTS OF INTER-AGENCY COOPERATION IN THE IMPLEMENTATION OF INDIVIDUAL REHABILITATION (HABILITATION) PROGRAMMES FOR PERSONS WITH DISABILITIES AT THE REGIONAL AND MUNICIPAL LEVELS	
Raduto V.I., Shestakov V.P., Svintsov A.A., Chernyakina T.S., Kolyuka O.E.....	23
ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА	
Склянная К.А., Бронников В.А., Григорьева М.И.	32
MATTERS OF EDUCATION OF PROFESSIONALS IN THE FIELD OF COMMUNITY-BASED REHABILITATION	
Sklyannaya K.A., Bronnikov V.A., Grigorieva M.I.	32
О ПЕРСПЕКТИВАХ ВНЕДРЕНИЯ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА ИНВАЛИДА В ТЕРРИТОРИЯХ ПЕРМСКОГО КРАЯ	
Бронников В.А., Григорьева М.И.....	35
ABOUT PROSPECTS FOR THE DEVELOPMENT OF THE MODEL OF COMMUNITY BASED REHABILITATION IN TERRITORIES OF THE PERM REGION	
Bronnikov V.A., Grigoreva M.I.	36
ЕВРОПЕЙСКИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРСОНАЛЬНОГО АССИСТИРОВАНИЯ	
Ишутина И.С., Владимирова О.Н., Ходаковский М.Д.....	40
EUROPEAN EXPERIENCE OF USING THE PERSONAL ASSISTANCE	
Ishutina I.S., Vladimirova O.N., Khodakovskii M.D.	41
РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА ПЕРВОЕ ПОЛУГОДИЕ 2019 ГОДА	
Порохина Ж.В., Ярков А.А., Морозова Е.В.	44
RESULTS OF MONITORING THE FORMATION OF A SYSTEM OF COMPREHENSIVE REHABILITATION AND HABILITATION OF DISABLED PERSONS IN THE SUBJECTS OF THE RUSSIAN FEDERATION FOR FIRST SIX MONTHS OF THE 2019	
Porohina J.V., Yarkov A.A., Morozova E.V.	45
РАЗВИТИЕ СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	
Кожушко Л.А., Владимирова О.Н.....	49
DEVELOPMENT OF ASSISTED LIVING IN THE SUBJECTS OF THE RUSSIAN FEDERATION	
Kozhushko L.A., Vladimirova O.N.	50

ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ ПРОЖИВАТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО У ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ

Владимирова О.Н., Ишутина И.С., Шабанова О.А. 53

AN ASSTIMATE OF POSSIBILITIES OF INDEPENDENT LIVING FOR PEOPLE WITH MENTAL DISABILITIES

Vladimirova O.N., Ishutina I.S., Shabanova O.A. 54

ВОСТРЕБОВАННОСТЬ В СОПРОВОЖДАЕМОМ ПРОЖИВАНИИ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОПРОСА ГРАЖДАН, ПОЛУЧАЮЩИХ СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРНАТАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Веревкин И.А., Калинина В.В., Гусева Е.С., Черюканов А.В., Мещанинова Т.П., Чеминава Т.В., Юзефович А.С., Костив И.Г., Белая С.В., Чистяков Е.В. 57

DEMAND FOR ACCOMPANIED ACCOMMODATION FOR SOCIAL SERVICE RECIPIENTS BASED ON THE RESULTS OF A SURVEY OF CITIZENS RECEIVING SOCIAL SERVICES IN PSYCHONEUROLOGICAL BOARDING SCHOOLS FOR ADULTS IN SAINT PETERSBURG

Verevkin I.A., Kalinina V.V., Guseva E.S., Cherukanov A.V., Meshchaninova T.P., Cheminava T.V., Uzefovich A.S., Kostiv I.G., Belaya S.V., Chistyakov E.V. 58

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МКФ ПРИ СОЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СПОСОБНОСТИ ИНВАЛИДА К СОПРОВОЖДАЕМОМУ ПРОЖИВАНИЮ

Демина Э.Н. 62

INDICATORS OF SOCIAL DIAGNOSTICS CONSIDERING UF TO DETERMINE THE CAPABILITIES AND SKILLS OF PEOPLE WITH DISABILITIES TO ACCOMPANY THE ACCOMMODATION

Demina E.N. 63

АКТУАЛЬНАЯ РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ОКАЗАНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН)

Кондратьева Ю.Е., Карасаева Л.А., Валинуров Р.Г. 67

THE CURRENT ROLE OF NURSING PROFESSIONALS IN PROVIDING MEDICAL AND SOCIAL CARE AT HOME TO ELDERLY AND SENILE AGE PEOPLE IN MODERN CONDITIONS (IN THE EXAMPLE OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN)

Kondratyeva Ju.E., Karasaeva L.A., Valinurov R.G. 68

ВКЛЮЧЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ГРУППЫ РОССИИ В МЕЖДУНАРОДНОМ ПРОЕКТЕ «INTERNATIONAL SPINAL CORD INJURY (INSCI) COMMUNITY SURVEY»

Карпетян К.К., Васильченко Е.М. 73

INCLUSION AND PROSPECTS OF RUSSIA STUDY GROUP IN THE INTERNATIONAL SPINAL CORD INJURY (INSCI) COMMUNITY SURVEY

Karapetian K.K., Vasilchenko E.M. 73

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ИНВАЛИДОВ С УТРАТОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Васильченко Е.М., Жатько О.В. 76

APPLICATION OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH TO ASSESS DISABILITY IN PEOPLE WITH LOWER LIMB LOSS

Vasilchenko E.M., Zhatko O.V. 77

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ФОРМИРОВАНИЯ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ С УЧЕТОМ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ СОСТАВЛЯЮЩИХ ЗДОРОВЬЯ ПО КОДАМ МКФ У ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	
Емельянцева Т.А.	80
STUDY OF FEATURES OF FORMATION OF RESTRICTIONS OF DISABILITY TAKING INTO ACCOUNT EXPERT ASSESSMENT OF COMPONENTS OF HEALTH ACCORDING TO ICF CODES IN CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS IN THE REPUBLIC OF BELARUS	
Yemelyantsava T.A.	81
ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ОБЪЕКТОВ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ	
Крамер И.В., Васильченко Е.М.	88
EXPERT ASSESSMENT OF ENVIRONMENTAL ACCESSIBILITY FOR DISABLED PERSONS WITH SPINE AND SPINAL CORD INJURY	
Kramer I.V., Vasilchenko E.M.	89
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МКФ В ОБУЧЕНИИ НАВЫКАМ САМООБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	
Виноградская З.В., Погольская М.А.	91
THE USE ICF IN TEACHING SELF-CARE SKILLS TO PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF SPINAL CORD INJURY	
Vinogradskaya Z.V., Pogolskaya M.A.	92
ПРОБЛЕМАТИКА ЭФФЕКТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНА СЛУХА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	
Смычек В.Б., Козлова С.В.	95
PROBLEMS OF EFFECTIVE FUNCTIONING OF THE SYSTEM OF MEDICAL AND SOCIAL ASSESSMENT OF PATIENTS WITH THE CONSEQUENCES OF DISEASES OF THE HEARING ORGAN IN THE REPUBLIC OF BELARUS	
Smychek V.B., Kozlowa S.W.	96
РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕННЫМ СЛУХОМ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ	
Зонтова О.В., Пудов В.И.	98
REHABILITATION OF CHILDREN WITH IMPAIRED HEARING AFTER COCHLEAR IMPLANTATION	
Zontova O.V., Pudov V.I.	98
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ СРЕДСТВАМИ АРТ-ТЕРАПИИ	
Климашева С.Б., Костерина З.В.	101
INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN REHABILITATION MEANS OF ART THERAPY	
Klimasheva S.B., Kosterina Z.V.	102
МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ КАК УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ	
Болотов Д.Д.	103

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, LIMITATION OF VITAL ACTIVITY AND HEALTH AS A UNIVERSAL TOOL FOR ASSESSING THE RESULTS OF COMPREHENSIVE REHABILITATION OF PEOPLE WITH DISABILITIES AND CHILDREN WITH DISABILITIES

Bolotov D.D..... 104

ДИСТАНЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ВОПРОСАМ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ

Шошмин А.В., Бесстрашнова Я.К., Никитин С.А., Рожко К.Н., Безготько Г.А., Мананкова Бю С. ... 108

REMOTE CONSULTING OF PROFESSIONALS ON COMPREHENSIVE REHABILITATION AND HABILITATION

Shoshmin A.V., Besstrashnova Y.K., Nikitin S.A., Rozhko K.N., Bezgot'ko G.A., Manankova Bye S. 109

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ОГРАНИЧЕНИЙ В СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ КАТЕГОРИЯХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ)

Вольнец Г.В., Пирожкова Т.А., Шургая М.А., Физицкая В.Д., Каблуква А.В., Бесланеев А.А., Брыксин Д.А., Шмелева И.Э., Никитин А.В. 114

DETERMINING THE DEGREE OF LIMITATIONS IN SOCIALLY SIGNIFICANT CATEGORIES OF LIFE BASED ON THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF)

Volynets G.V., Pirozhkova T.A., Shurgaya M.A., Fizitskaya V.D., Kablukova A.V., Beslaneyev A.A., Bryksin D.A., Shmeleva I.E., Nikitin A.V. 116

ЗАВИСИМОСТЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТ НАПРАВЛЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Коновалова Н.Г., Ляховецкая В.В., Дробышева Е.Г. 122

THE DEPENDANCE OF THE EFFICACY OF MOTOR REHABILITATION ON THE AIMES OF THE REHABILITATION PROCESS

Konovalova N.G., Lyachovetskaya V.V., Drobysheva E.G. 122

РАЗДЕЛ 2 СОЦИАЛЬНАЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ

SECTION 2 SOCIAL, PSYCHOLOGICAL AND PROFESSIONAL REHABILITATION AND ABILITATION OF DISABLED

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ИНВАЛИДОВ В СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ/АБИЛИТАЦИИ 126

Рогачева Т.В. 126

PROBLEMS OF DIAGNOSTICS OF DISABLED PEOPLE IN SOCIAL REHABILITATION/HABILITATION

Rogacheva T.V. 127

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА–ЮГРЫ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, ПОЖИЛЫМИ ГРАЖДАНАМИ И ИНВАЛИДАМИ СТРАШЕ 18 ЛЕТ, С ЧАСТИЧНОЙ ИЛИ ПОЛНОЙ УТРАТОЙ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ ТРАВМЫ

Иосифова Э.К., Валиуллина Л.А., Шматова С.А. 131

REHABILITATION PROGRAMMES OF SOCIAL SERVICE INSTITUTION OF KHANTY-MANSI
AUTONOMOUS AREA – YUGRA FOR CHILDREN WITH DISABILITIES, SENIOR CITIZENS AND
DISABLED PEOPLE OVER 18 YEARS, WITH PARTIAL OR COMPLETE LOSS OF BODY
FUNCTIONS DUE TO ILLNESS OR INJURY

Isifova E.K., Valiullina L.A., Shmatova S.A.	132
ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	
Сязина Н.Ю., Арустамян А.В., Самойлова Д.А., Рахманина И.Н.	139
THE USE OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING IN THE COMPLEX PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL DIAGNOSIS OF YOUNG CHILDREN WITH DISABILITIES	
Sazhina N.U., Arustamyan A.V., Samoilova D.A., Rahmanina I.N.	140
ВАЖНОСТЬ ПОНИМАНИЯ СМЫСЛА ДЛЯ ПРОЦЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ СТУДЕНТОВ С ОБЗ	
Петухов Д.Ю.	143
THE IMPORTANCE OF UNDERSTANDING THE MEANING OF THE PROCESS OF REHABILITATION OF STUDENTS WITH DISABILITIES	
Petukhov D.Yu.	144
ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ РАВНОГО ДОСТУПА К ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ И ТРУДОУСТРОЙСТВУ ИНВАЛИДОВ В ПРОЦЕССЕ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ «ДОСТУПНАЯ СРЕДА»	
Старобина Е.М., Чукардин В.А.	148
ON ENSURING EQUAL ACCESS TO VOCATIONAL EDUCATION AND EMPLOYMENT FOR PERSONS WITH DISABILITIES IN THE PROCESS OF IMPLEMENTATION OF THE STATE PROGRAM “ACCESSIBLE ENVIRONMENT”	
Starobina E.M., Chukardin V.A.	149
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	
Чердакова А.В.	153
INNOVATIVE TECHNOLOGIES OF PROFESSIONAL REHABILITATION	
Cherdakova A.V.	153
ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В МЕРОПРИЯТИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЛИЦ, ВПЕРВЫЕ ПРИЗНАННЫМИ ИНВАЛИДАМИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2019 Г	
Карасаева Л.А., Горяйнова М.В., Кароль Е.В., Белавина Е.А.	156
THE STUDY OF THE NEED FOR VOCATIONAL REHABILITATION MEASURES FOR PERSONS FIRST RECOGNIZED AS DISABLED IN ST. PETERSBURG IN 2019	
Karasaeva L.A., Goryainova M.V., Karol E.V., Belavina E.A.	157
МЕХАНИЗМ ВЫДЕЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ГРУПП ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО НАПОЛНЕНИЯ ПРОГРАММ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ И ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ СУСТАВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	
Смычек В.Б., Разуванов А.И.	160
MECHANISM FOR SELECTING REHABILITATION GROUPS FOR DIFFERENTIATED FILLING OF PROFESSIONAL AND LABOR REHABILITATION PROGRAMS FOR PATIENTS WITH IMPLANTED LOWER LIMB JOINTS	
Smychek V.B., Razuvanau A.I.	160

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРАВ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В
РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Копыток А.В. 163

LEGAL AND REGULATORY ASPECTS OF HUMAN RIGHTS WITH DISABILITIES IN THE
REPUBLIC OF BELARUS

Карыток Н.В. 164

СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОЦЕНКИ УТРАТЫ ОБЩЕЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ТРУДОСПОСБНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СО ВЗАИМООТЯГОЩАЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ
ОРГАНОВ И СИСТЕМ ОРГАНИЗМА

Власова-Розанская Е.В. 168

MODERN TECHNOLOGY OF ASSESSMENT OF LOSSES OF GENERAL AND PROFESSIONAL
EMPLOYMENT IN PATIENTS WITH COMBATING PATHOLOGY OF ORGANISMS AND SYSTEMS

Vlasava-Razanskaya E.V. 169

ФОРМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОВЗ (ИЗ
ОПЫТА РАБОТЫ В СПБ ГБУ «ПРОФЕССИОНАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»
ОБУЧАЮЩИХСЯ ХУДОЖЕСТВЕННЫХ ПРОФЕССИЙ)

Иосифова А.В. 175

FORMS OF PROFESSIONAL INTERACTION OF THE DISABLED AND PERSONS WITH HEALTH
LIMITATIONS (FROM THE WORK EXPERIENCE IN ST. PETERSBURG TECHNICAL SCHOOL
“PROFESSIONAL REHABILITATION CENTER” OF STUDENTS OF ARTISTIC PROCESSIONS

Iosifova A.V. 176

ВОЗМОЖНОСТИ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА «ШУФРИД» В
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Сотская Г.М., Жукова Е.В. 181

POSSIBILITIES OF THE HARDWARE SOFTWARE COMPLEX “SHUFRID” IN PROFESSIONAL
ORIENTATION OF DISABLED PEOPLE

Sotskaya G.M., Zhukova E.V. 182

К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ ИНВАЛИДОВ К
САМОПРЕЗЕНТАЦИИ ПРИ ТРУДОУСТРОЙСТВЕ

Сотская Г.М., Жукова Е.В. 187

ON THE ISSUE OF ASSESSING THE PSYCHOLOGICAL READINESS OF DISABLED PEOPLE SELF-
PRESENTATION IN EMPLOYMENT

Sotskaya G.M., Zhukova E.V. 188

ПРИКЛАДНОЙ АНАЛИЗ ПОВЕДЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ И КОРРЕКЦИИ БЫТОВЫХ
НАВЫКОВ У ЛИЦ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ

Галицкая А.К. 192

APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS IN FORMATION AND CORRECTION OF HOUSEHOLD AND
HYGIENIC SKILLS IN PERSONS WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES

Galitskaya A.K. 193

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В
УПРАВЛЕНИИ ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Иванова Е.Н., Гурьева И.В., Светлова О.В., Морозова Е.В., Порохина Ж.В. 197

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF EDUCATION OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS IN THE MANAGEMENT OF CHRONIC DISEASE

Ivanova E.N., Gurieva I.V., Svetlova O.V., Morozova E.V., Porohina J.V. 198

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ

Котельникова А.В., Кукшина А.А., Вороненко Е.А. 205

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH MOTOR DISEASES USING VIRTUAL REALITY TECHNOLOGY

Kotelnikova A.V., Kukshina, Voronenko E.A. 206

ЭЛЕКТРО- И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ТРАВМИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ

Ланская О.В., Лысов А.Д. 207

ELECTRO-AND PSYCHOPHYSIOLOGICAL MONITORING OF THE EFFECTIVENESS OF PHYSICAL REHABILITATION OF INJURED ATHLETES

Lanskaya O.V., Lysov A.D. 208

ПСИХОМОТОРИКА ИНВАЛИДОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Белянин О.Л., Гордиевская Е.О., Макаров К.М., Скребенков Е.А., Громакова С.В. 211

THE PSYCHOMOTOR ACTIVITY OF DISABLEDS IN CONSEQUENCE SHARP BREACH BRAIN BLOOD CIRCULATION

Belyanin O.L., Gordievskaya E.O., Makarov K.M., Skrebenkov E.A., Gromakova S.V. 212

РАЗДЕЛ 3 РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ. РАННЯЯ ПОМОЩЬ

SECTION 3 REHABILITATION AND ABILITATION OF CHILDREN. EARLY CHILDHOOD INTERVENTION

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАЗВИТИЯ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ ФОРМ УСТРОЙСТВА ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ РОССИЙСКИМИ НКО

Балашова Л.М. 216

A CASE STUDY OF THE DEVELOPMENT OF ALTERNATIVE FOSTER CARE FORMS OF PLACEMENT OF DISABILITIES CHILDREN IN RUSSIAN NGOS

Balashova L.M. 217

МКФ В АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Лорер В.В. 219

ICF IN ABILITATION OF CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER

Lorer V.V. 220

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ «МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ» ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НУЖДАЕМОСТИ РЕБЕНКА И ЕГО СЕМЬИ В УСЛУГАХ РАННЕЙ ПОМОЩИ

Самарина Л.В. 223

USING THE "INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH" TO DETERMINE THE NEED OF A CHILD AND HIS FAMILY FOR EARLY INTERVENTION

Samarina L.V. 223

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ В РАННЕЙ ПОМОЩИ	
Григорова Ю.А.....	225
APPLICATION OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH IN EARLY CHILDHOOD INTERVENTION	
Grigороva Ju.A.....	226
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ В КАТЕГОРИИ «СПОСОБНОСТЬ К ОБУЧЕНИЮ»	
Вольнец Г.В., Никитин А.В.....	229
DETERMINING THE DISABILITY IN CHILDREN IN THE “LEARNING ABILITY” CATEGORY	
Volynets G.V., Nikitin A.V.....	231
МЕДИКО - СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО - ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	
Ганузин В.М., Маскова Г.С., Шубина Е.В.	238
MEDICO - SOCIAL REHABILITATION OF SCHOOLCHILDREN WITH VIOLATIONS OF THE SUPPORT - MOTOR APPARATUS	
Ganuzin V.M., Maskova G.S., Shubina E.V.	238
К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕДИКО - СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА СЕМЬИ РЕБЕНКА С ИНВАЛИДНОСТЬЮ, КАК ПРЕДИКТОРА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА	
Серов А.В., Искендеров Д.Э., Шуляк Г.А.....	242
ON THE ISSUE OF DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF THE STUDY OF THE MEDICAL AND SOCIAL STATUS OF THE FAMILY OF A CHILD WITH DISABILITIES AS A PREDICTOR OF REHABILITATION POTENTIAL	
Serov A.V., Iskenderov D.E., Shulyak G.A.....	243
ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В МЛАДЕНЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ	
Майер М.А., Андрущенко Н.В., Мухамедрахимов Р.Ж., Крюков Е.Ю.....	246
ASSESSMENT OF THE REHABILITATION POTENTIAL OF PREMATURE INFANTS	
Maier M.A., Andrushchenko N.V., Muhamedrahimov R.J., Kryukov E.Yu.	247
ПРИМЕНЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОБОРУДОВАНИЯ В РАБОТЕ ПЕДАГОГА- ПСИХОЛОГА С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ	
Цинявская Т.В.	253
APPLICATION OF REHABILITATION EQUIPMENT IN THE WORK OF A TEACHER- PSYCHOLOGIST WITH CHILDREN WITH DISABILITIES	
Tsinyavskaya T.V.....	253
СОВОПРАКТИКА КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ВНИМАНИЯ	
Владыкина Н.П.....	257
THE REHABILITATION METHOD FOR CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT DISORDER (SOVOPRAKTIKA)	
Vladykina N.P.....	257

ДЕТСКАЯ ЗАНИМАТЕЛЬНАЯ ПЛОЩАДКА: ПРОСТРАНСТВО ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОВЗ	263
Vechkanova I.G., Shemyakina S.D.....	264
CHILDREN'S PLAYGROUND: SPACE FOR EDUCATION AND REHABILITATION OF DISABLED PRESCHOOLERS	
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА, ОСОБЕННОСТИ ФОРМ И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	267
Чеснокова Л.В., Соловьева О.О., Григорьева Н.Г., Леонтьева Л.А.....	268
THE CLINICAL PICTURE OF CEREBRAL PALSY, FORM FEATURES AND ACCOMPANYING PATHOLOGY OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM	
МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП	271
Арустамян Э.Э., Кузнецова Г.П.	271
MANUAL THERAPY AND ORTHOPAEDIC SUPPORT IN INTEGRATED REHABILITATION OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY	
Арустамян Е.Е., Kuznetzova G.P.	271
РАЗДЕЛ 4 МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ. САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ	
SECTION 4 MEDICAL REHABILITATION. SANATORIUM AND RESORT REHABILITATION	
ОЦЕНКА ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ (МКФ)	274
Ишутина И.С., Кантемирова Р.К., Шабанова О.А.	275
ASSESSMENT OF LIFE LIMITATIONS FOR DISABLED PEOPLE AS A RESULT OF BRONCHIAL ASTHMA USING THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING (ICF)	
Ишутина I.S., Kantemirova R.K., Shabanova O.A.	280
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МКФ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	280
Родионова А.Ю., Сергеева В.В.....	280
USE OF IFF FOR EVALUATION OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION WITH METABOLIC SYNDROME	
Родионова A.Y., Sergeeva V.V.....	283
ПРИМЕНЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ГЛИКЕМИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОГЛИКЕМИЙ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В СТРАТИФИКАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ	284
Светлова О.В., Гурьева И.В., Морозова Е.В., Дымочка М.А.	284
THE USE OF CONTINUOUS MONITORING OF GLYCEMIA FOR RISK ASSESSMENT AND PREVENTION OF HYPOGLYCEMIA AND COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS IN THE STRATIFICATION OF A COMPREHENSIVE REHABILITATION PROGRAM	
Svetlova O.V., Gurieva I.V., Morozova E.V., Dymochka M.A.	284

ОЦЕНОЧНЫЕ КОДЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Кускова С.П..... 287

EVALUATION CODES FOR THE FUNCTIONING OF BODY SYSTEMS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Kuskova S.P..... 288

СТАНДАРТИЗАЦИЯ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ежов В.В., Мизин В.И., Царев А.Ю., Ежов А.В..... 290

STANDARDIZATION OF CLINICAL AND FUNCTIONAL EVALUATION OF RESULTS OF THE SANATORIUM-RESORT STAGE OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR DISEASES

Ezhov V.V., Mizin V.I., Tsarev A.Yu., Ezhov A.V. 292

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МИЛДРОНАТА И МАГНИТОЛАЗЕРОТЕРАПИИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ежов В.В., Царев А.Ю., Куницына Л.А., Александров В.В., Ежова Л.В..... 296

COMBINED USE OF MILDRONATE AND MAGNETOLASEROTHERAPY AT THE SANATORIUM-RESORT STAGE OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC CEREBROVASCULAR PATHOLOGY

Ezhov V.V., Tsarev A.Yu., Kunitzina, Alexandrov V.V., Ezhova L.V. 297

ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ С ПОЗИЦИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

Львова Н.Л..... 301

ASSESSMENT OF IMPAIRED BODY FUNCTIONS IN PATIENTS WITH NEPHROLOGICAL PATHOLOGY FROM THE STANDPOINT OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING OF DISABILITY AND HEALTH

Lvova N.L..... 302

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТОЛА МЕХАНОТЕРАПИИ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА

Жукова Е.В., Сотская Г.М..... 304

POSSIBILITIES OF USING THE MECHANOTHERAPY TABLE IN NEUROREHABILITATION OF DISABLED PEOPLE WITH STROKE CONSEQUENCES

Zhukova E.V., Sotskaya G.M..... 305

ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Дудченко Л.Ш., Каладзе Н.Н. 309

IMPACT OF SANATORIUM MEDICAL REHABILITATION ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Dudchenko L.Sh., Kaladze N.N..... 310

ТРИДЦАТЬ ЛЕТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ АЭРОКРИОТЕРАПИИ В САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РОССИИ

Дорничев В.М., Баранов А.Ю., Баранов И.А., Охотникова А.А., Дорничев В.В..... 314

30 (THIRTY)-YEAR CLINICAL USAGE OF AEROCRYOTHERAPY IN SANATORIUM-RESORT
REHABILITATION IN RUSSIA

Dornichev V.M., Baranov A.Y., Baranov I.A., Ohotnikova A.A., Dornichev V.V..... 314

**РАЗДЕЛ 5 АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
ПРОТЕЗИРОВАНИЯ И ОРТЕЗИРОВАНИЯ**

**SECTION 5 ASSISTANT TECHNOLOGIES. INNOVATIVE TECHNOLOGIES OF PROSTHETICS
AND ORTHOTICS**

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К УДОВЛЕТВОРЕНИЮ ПОТРЕБНОСТИ ИНВАЛИДОВ С
ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА В СПЕЦИАЛЬНОМ ТЕХНИЧЕСКОМ
СРЕДСТВЕ ДЛЯ ПЕРЕДВИЖЕНИЯ (КРЕСЛЕ-КОЛЯСКЕ)

Хохлова О.И., Васильченко Е.М., Денисова Я.А. 321

PERSONALIZED APPROACH TO MEETING THE NEEDS OF DISABLED PEOPLE WITH
TRAUMATIC SPINAL CORD INJURY IN A SPECIAL TECHNICAL MEANS OF TRANSPORTATION
(WHEELCHAIR)

Khokhlova O.I., Vasilchenko E.M., Denisova Ya.A..... 322

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ, КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И НУЖДАЕМОСТЬ В
ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ
НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА В 2015 – 2019 ГОДАХ

Саликова С.И., Карицкая Ю.О. 326

PRIMARY DISABILITY, CLINICAL FEATURES AND NEED FOR TECHNICAL MEANS OF
REHABILITATION OF PATIENTS WITH MALIGNANT INTRODUCED GUTS IN 2015 - 2019

Salikova S.I., Karitskaya Y.O..... 327

АНАЛИЗ НУЖДАЕМОСТИ ИНВАЛИДОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В ТЕХНИЧЕСКИХ
СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД 2017-2019

Шеремета А.Н., Шамшева Е.В., Саликова С.И. 331

ANALYSIS OF NEED OF PERSONS WITH DISABILITIES WITH MULTIPLE SCLEROSIS IN
TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION IN THE OMSK REGION IN 2017-2019

Sheremeta A.N., Shamsheva E.V., Salikova S.I. 332

ДОВЕРИЕ, ВРЕМЯ И ДАВЛЕНИЕ - ОРТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ СКОЛИОЗЕ

Коганова А.Б., Першин А.А. 336

TRUST, TIME AND PRESSURE – THE BRACE TREATMENT OF ADOLESCENT IDIOPATHIC
SCOLIOSIS

Koganova A.B., Pershin A.A. 337

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПИИ И КИНЕЗИОТЕРАПИИ
У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО И ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВОВ

Мусаев А.В., Гулиева С.Г., Мехдиев П.С. 340

EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS OF KNEE AND HIP BY
USING FIZIOTHERAPY AND KINEZIOTHERAPY

Musayev A.V., Quliyeva S.Q., Mehdiyev P.S. 340

АЛФАВИТНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ АВТОРОВ 345

INDEX OF AUTHORS 346

**РАЗДЕЛ 1 ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И
АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ, ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ.
ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ.
SECTION 1 FORMATION OF THE SYSTEM OF COMPLEX REHABILITATION AND
ABILITATION OF DISABLED AND CHILDREN WITH DISABILITIES, PILOT PROJECT.
ORGANIZATIONAL AND LEGAL ASPECTS OF REHABILITATION**

УДК 616-036.82/85

**ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ
(АБИЛИТАЦИИ) ИНВАЛИДОВ НА РЕГИОНАЛЬНОМ И МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЯХ**

Радуга В.И.¹, Шестаков В.П.¹, Свинцов А.А.^{1,2}, Чернякина Т.С.^{1,2}, Колюка О.Е.^{1,2}

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

²СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Обозначение нормами части 2 статьи 9 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" в редакции Федерального закона от 1 декабря 2014 г. N 419-ФЗ основных направлений реабилитации и абилитации инвалидов продуцируют функционирование соответствующих организационно-правовых систем. Реализация таких принципов реабилитации как «непрерывность», «комплексность», «системность» может быть затруднена без внедрения в процесс реабилитации института межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти и организационно-правовых формирований, функционирующих в рамках различных отраслевых систем, что в свою очередь повлечет ущемление прав инвалидов в области реабилитации и абилитации. Система реабилитации инвалидов, построенная по смешанному отраслевому и функциональному признакам, относится к группе сложных систем, что объясняет ее сбои, требует повышенного внимания к вопросам управления, организации и поддержания субординационных и координационных связей. Обязательность участия организационно-правовых составляющих регионального и муниципального уровней в реализации индивидуальных программ реабилитации (абилитации) инвалидов обозначена нормами международно-правовых актов в области социальной защиты инвалидов. Анализ ранее принятых нормативных правовых актов на соответствие международным договорам позволяет выявить пробелы, нерешенные проблемы различных межведомственных организационно-функциональных аспектов при формировании предмета правового регулирования в сфере реабилитации или абилитации инвалидов, что и определяет актуальность исследования.

Цель. Анализ нормативных правовых актов, определяющих организационно-правовые аспекты межведомственного взаимодействия при реализации индивидуальных программ реабилитации (абилитации) инвалидов на региональном и муниципальном уровнях

Материалы и методы. Материалами исследования являлись нормативные правовые акты, принятые органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления, обеспечивающие межведомственное взаимодействие при реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов. В работе были использован комплекс методов научного познания, включая общенаучные методы: анализ, синтез, индукция, дедукция, специальные: сравнительный, формально-юридический и др.

Результаты. В результате анализа принятых нормативных правовых актов на региональном и муниципальном уровнях установлено, что к настоящему времени сложилась определенная нормативная правовая база, так или иначе, затрагивающая отдельные аспекты межведомственного взаимодействия осуществляемого в процессе реабилитации и абилитации инвалидов. В статье обозначены прецеденты правовой регламентации межведомственного взаимодействия регионального уровня в областях: образования инвалидов: —утверждение Планов мероприятий ("дорожных карт") по реализации межведомственных планов по вопросу образования инвалидов (детей-инвалидов) и учащихся с ограниченными возможностями здоровья в рамках реализации прав детей с ограниченными возможностями здоровья на создание специальных условий получения образования; труда и занятости инвалидов: —создание межведомственных рабочих групп по трудоустройству инвалидов; —утверждение регламента межведомственного взаимодействия Федерального казенного учреждения "Главное бюро медико-социальной экспертизы по субъекту Российской Федерации", органов образования, социальной защиты населения субъекта Российской Федерации по улучшению содействия занятости и трудоустройства инвалидов, проживающих на территории

субъекта Российской Федерации; — утверждение регламента межведомственного взаимодействия при организации профессиональной ориентации и профессионального обучения и трудоустройства инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, а также сопровождения инвалидов молодого возраста при получении ими профессионального образования и содействия в последующем трудоустройстве; социального обслуживания: — утверждение регламента межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации в связи с реализацией полномочий субъекта Российской Федерации в сфере социального обслуживания.

Заключение. Межотраслевой предмет правового регулирования в сфере реабилитации или абилитации инвалидов позволяет говорить об обязательном внедрении института межведомственного взаимодействия при функционировании организационного механизма. Формированию эффективной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов будет способствовать учет различных межведомственных организационно-функциональных аспектов при формировании предмета правового регулирования не только собственно в сфере реабилитации или абилитации инвалидов, но и в смежных отраслях общественных отношений (ранняя помощь, образование, занятость, социальное обслуживание).

Ключевые слова: инвалид, реабилитации, абилитация, межведомственное взаимодействие.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Радуту Владимир Иванович – старший научный сотрудник отдела мониторинга соблюдения прав инвалидов Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: radutoy@mail.ru

Шестаков Владимир Петрович – руководитель научного направления Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия, доктор медицинских наук, профессор, e-mail: Schestakov.V.P@yandex.ru

Свинцов Александр Анатольевич – заместитель директора Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России; доцент кафедры сестринского дела и социальной защиты Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия, кандидат медицинских наук, доцент, e-mail: aleksv53@yandex.ru

Черныкина Татьяна Сергеевна – руководитель отдела мониторинга соблюдения прав инвалидов Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России; профессор кафедры профилактической медицины и охраны здоровья государственного бюджетного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Санкт-Петербург, Россия, доктор медицинских наук, профессор, e-mail: maimulovt@mail.ru

Колока Ольга Евгеньевна – старший научный сотрудник отдела мониторинга соблюдения прав инвалидов Института реабилитации и абилитации ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: Problemkom@mail.ru

INSTITUTIONAL AND LEGAL ASPECTS OF INTER-AGENCY COOPERATION IN THE IMPLEMENTATION OF INDIVIDUAL REHABILITATION (HABILITATION) PROGRAMMES FOR PERSONS WITH DISABILITIES AT THE REGIONAL AND MUNICIPAL LEVELS

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

¹Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled

²North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov

St. Petersburg, Russia

Abstract

Background. The provisions of article 9, paragraph 2, of the Federal Law No. 181-ФЗ of 24 November 1995 on the social protection of persons with disabilities in the Russian Federation, as amended by the Federal Law of 1 December 2014, No. 419-ФЗ of the main areas of rehabilitation and habilitation of persons with disabilities, produce the functioning of the relevant organizational and legal systems. The implementation of such principles of rehabilitation as "continuity," complexity, "systematization" can be difficult without introducing into the rehabilitation process the institution of inter-agency cooperation between the executive authorities and organizational and legal formations operating within the framework of various sectoral systems, which in turn will infringe on the rights of persons with disabilities in the field of rehabilitation and habilitation. The system of rehabilitation of persons with disabilities, based on mixed sectoral and functional characteristics, belongs to a group of complex systems, which explains its failures, requires increased attention to the issues of management, organization and maintenance of subordination and coordination links. The participation of the organizational and legal components of the regional and municipal levels in the implementation of individual rehabilitation (habilitation) programmes for persons with

disabilities is mandatory by the norms of international legal instruments in the field of social protection of persons with disabilities. The analysis of previous normative legal acts on compliance with international treaties makes it possible to identify gaps, unresolved problems of various interdepartmental organizational and functional aspects in the formation of the subject of legal regulation in the field of rehabilitation or habilitation of persons with disabilities, which determines the relevance of the study.

Aim. Analysis of normative legal acts defining organizational and legal aspects of inter-agency cooperation in the implementation of individual rehabilitation (habilitation) programmes for persons with disabilities at the regional and municipal levels.

Materials and methods. Material and methods The materials of the study were normative legal acts adopted by the State authorities of the constituent entities of the Russian Federation and local self-government bodies providing inter-agency cooperation in the implementation of individual rehabilitation programmes for persons with disabilities; In the work was used a complex of methods of scientific knowledge, including popular scientific methods: analysis, synthesis, induction, extraction, special: comparative, formal-legal, etc.

Results. As a result of the analysis of the adopted normative legal acts at the regional and municipal levels, it has been established that to date a certain normative legal framework has been established, in one way or another, affecting certain aspects of inter-agency cooperation carried out in the process of rehabilitation and habilitation of persons with disabilities. The article sets out precedents for the legal regulation of inter-agency cooperation at the regional level in the following areas: educations of disabled people:

- Approval of action plans (road maps) for the implementation of inter-agency plans for the education of persons with disabilities (children with disabilities) and students with disabilities within the framework of the realization of the rights of children with disabilities to create special conditions for education; Employment and employment of persons with disabilities;
- Establishment of inter-agency working groups on the employment of persons with disabilities;
- Approval of the regulations of the interdepartmental cooperation of the Federal State Institution "General Bureau of Medical and Social Expertise on the Constituent Entity of the Russian Federation," the bodies of education and social protection of the population of the constituent entity of the Russian Federation to improve the promotion of employment and employment of persons with disabilities living in the territory of the constituent entity of the Russian Federation;
- Approval of the regulations for inter-agency cooperation in the organization of vocational guidance and vocational training and employment of disabled persons and persons with disabilities, as well as support for young persons with disabilities in obtaining vocational education and in facilitating subsequent employment; social service;
- Approval of the regulations for inter-agency cooperation between the executive authorities of the subject of the Russian Federation in connection with the exercise of the powers of the subject of the Russian Federation in the field of social services.

Conclusion. The cross-sectoral subject of legal regulation in the field of rehabilitation or habilitation of persons with disabilities makes it possible to speak of the mandatory introduction of the institution of inter-agency cooperation in the functioning of the organizational mechanism. The establishment of an effective system of comprehensive rehabilitation and habilitation of persons with disabilities, including children with disabilities, will be facilitated by the inclusion of various inter-agency organizational and functional aspects in the formation of the subject of legal regulation not only in the field of rehabilitation or habilitation of persons with disabilities, but also in related sectors of social relations (early assistance, education, employment, social services).

Key words: *Disabled person, rehabilitation, habilitation, interagency cooperation*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Vladimir I. Raduto – Senior Researcher of the Department of Monitoring the Observance of the Rights of Disabled Persons of the Institute of Rehabilitation and Habilitation of Disabled Persons of the Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled radutoy@mail.ru

Vladimir P. Shestakov – Head of Scientific Direction of the Institute of Rehabilitation and Habilitation of Disabled Persons of the Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, St. Petersburg, Russia, Doctor of Medical Sciences, Professor, e-mail: Schestakov.V.P@yandex.ru

Alexander A. Svintsov – Deputy Director of the Institute of Rehabilitation and Habilitation of Disabled Persons of the Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled; Associate Professor of the Department of Nursing and Social Protection of the North-West State Medical University named after I. I. Mechnikov of the Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, Russia, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, e-mail: aleksv53@yandex.ru

Tatiana S. Chernyakina – Head of the Department of Monitoring Compliance with the Rights of Persons with Disabilities of the Institute of Rehabilitation and Habilitation of Persons with Disabilities of the Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled; Professor of the Department of Preventive Medicine and Health

Protection of the State Budgetary Institution of Higher Education "North-West State Medical University named after I. I. Mechnikov" of the Ministry of Health of the Russian Federation. St. Petersburg, Russia, Doctor of Medical Sciences, Professor, e-mail: maimulovt@mail.ru

Olga E. Koluka – Senior Researcher of the Department of Monitoring the Observance of the Rights of Persons with Disabilities of the Institute of Rehabilitation and Habilitation of the Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, St. Petersburg, Russia, russia: Problemkom@mail.ru

Введение. Обозначение нормами части 2 статьи 9 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации"¹ в редакции Федерального закона от 1 декабря 2014 г. N 419-ФЗ² основных направлений реабилитации и абилитации инвалидов продуцируют функционирование соответствующих организационно-правовых систем.

Реализация таких принципов реабилитации как «непрерывность», «комплексность», «системность» может быть затруднена без внедрения в процесс реабилитации института межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти и организационно-правовых формирований, функционирующих в рамках различных отраслевых систем, что в свою очередь повлечет ущемление прав инвалидов в области реабилитации и абилитации [1].

В процессе реализации межведомственного взаимодействия органы исполнительной власти решают различные вопросы, которые порой требуют специального и индивидуального подхода. Это обусловлено тем, что деятельность исполнительной власти весьма многогранна и разнообразна, поскольку она осуществляется в различных сферах жизнедеятельности общества (экономической, социальной, культурной и т.д.), поэтому рассмотрение организационных аспектов межведомственного взаимодействия представляет собой важнейшее практическое и теоретическое значение для науки [2].

Система реабилитации инвалидов, построенная по смешанному отраслевому и функциональному признакам, относится к группе сложных систем, что объясняет ее сбои, требует повышенного внимания к вопросам управления, организации и поддержания субординационных и координационных связей [3].

Обязательность участия организационно-правовых составляющих регионального и муниципального уровней в реализации индивидуальных программ реабилитации (абилитации) инвалидов обозначена нормами международно-правовых актов в области социальной защиты инвалидов.

Положения пункта 5 Правила 3 Стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов(1993)³ определяют местонахождение всех служб реабилитации в общинах, в которых проживают инвалиды.

Положения ратифицированной Российской Федерацией⁴ Конвенции о правах инвалидов (2006)⁵, во-первых, распространяют действие норм Конвенции на все части федеративных государств без каких бы то ни было ограничений или изъятий (пункт 5 статьи 4), а, во-вторых, обязывают государств участников организовывать, укреплять и расширять комплексные абилитационные и реабилитационные услуги и программы, таким образом, чтобы эти услуги и программы способствовали вовлечению и включению в местное сообщество и во все аспекты жизни общества и были доступны для инвалидов как можно ближе к местам их непосредственного проживания, в том числе в сельских районах (подпункт «б» пункта 1 статьи 26).

Анализ ранее принятых нормативных правовых актов на соответствие международным договорам позволяет выявить пробелы, нерешенные проблемы различных межведомственных организационно-функциональных аспектов при формировании предмета правового регулирования в сфере реабилитации или абилитации инвалидов, что и определяет актуальность исследования.

¹ О социальной защите инвалидов в Российской Федерации / Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 1995. – N 48, ст. 4563.

² О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов / Федеральный закон от 1 декабря 2014 г. N 419-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2014. – N 49, ч. 1, ст. 6928.

³ Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов / приняты Генеральной Ассамблеей ООН 20 декабря 1993 г. // документ опубликован не был.

⁴ О ратификации Конвенции о правах инвалидов / Федеральный закон от 3 мая 2012 г. N 46-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2012. – N 19, ст. 2280.

⁵ О правах инвалидов / Конвенция ООН от 13 декабря 2006 г. // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2013. – N 6, ст. 468.

Цель. Анализ нормативных правовых актов, определяющих организационно-правовые аспекты межведомственного взаимодействия при реализации индивидуальных программ реабилитации (абилитации) инвалидов на региональном и муниципальном уровнях.

Материал и методы. Материалами исследования являлись нормативные правовые акты, принятые органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления, обеспечивающие межведомственное взаимодействие при реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов; в работе был использован комплекс методов научного познания, включая общенаучные методы: анализ, синтез, индукция, дедукция, специальные: сравнительный, формально-юридический и др.

Результаты. Нормы отраслевых законодательных актов Российской Федерации обозначают презумпцию участия субъектов Российской Федерации и муниципальных образований в области:

- а) реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов:
 - обязательное исполнение решений учреждений медико-социальной экспертизы;
 - осуществление мероприятий по реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов;
 - создание условий в подведомственных учреждениях для получения инвалидами по слуху услуг по переводу с использованием русского жестового языка (часть 4 статьи 8, части 2,8 статьи 11, часть 4 статьи 14 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации"⁶;
- б) образования:
 - создание организаций, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам;
 - предоставление специальных учебников и учебных пособий, иной учебной литературы, а также услуг сурдопереводчиков и тифлосурдопереводчиков;
 - обеспечение подготовки педагогических работников, владеющих специальными педагогическими подходами и методами обучения и воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, и содействия привлечению таких работников в организации, осуществляющие образовательную деятельность (части 5, 11, 12 статьи 79 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации"⁷);
- в) физической культуры и спорта:
 - интеграция инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в систему физической культуры, физического воспитания и спорта посредством физкультурно-спортивных организаций;
 - организация проведения физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий с участием инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;
 - создание детско-юношеских спортивно-адаптивных школ, адаптивных детско-юношеских клубов физической подготовки;
 - оказание содействия развитию физической культуры и спорта инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья, адаптивной физической культуры и адаптивного спорта (части 6, 7 статьи 31 Федерального закона от 4 декабря 2007 г. N 329-ФЗ "О физической культуре и спорте в Российской Федерации"⁸; пункт 16 части 1 статьи 14.1, пункт 15 части 1 статьи 15.1, пункт 17 части 1, пункт 6 части 1.1 статьи 16.1 Федерального закона от 6 октября 2003 г. N 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации"⁹);
 - обеспечение подготовки спортивных сборных команд субъекта Российской Федерации, в том числе среди лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов (подпункт 30 пункта 2 статьи 26.3 Федерального закона от 6 октября 1999 г. N 184-ФЗ "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации"¹⁰);

⁶ О социальной защите инвалидов в Российской Федерации / Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 1995. – N 48, ст. 4563.

⁷ Об образовании в Российской Федерации / Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 30.12.2012.

⁸ О физической культуре и спорте в Российской Федерации / Федеральный закон от 4 декабря 2007 г. N 329-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2007. – N 50, ст.6242.

⁹ Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации / Федеральный закон от 6 октября 2003 г. N 131-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2003. – N 40, ст. 3822.

¹⁰ Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов

г) социального обслуживания инвалидов (подпункт 24 пункта 2 статьи 26.3 Федерального закона от 6 октября 1999 г. № 184-ФЗ "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации");

д) оказания поддержки общественным объединениям инвалидов, привлечения полномочных представителей общественных объединений инвалидов для подготовки и принятия решений, затрагивающих интересы инвалидов (часть 3 статьи 33 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации", пункт 11 части 1 статьи 14.1, пункт 10 части 1 статьи 15.1, пункт 11 части 1 статьи 16.1 Федерального закона от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации").

К настоящему времени на региональном и муниципальном уровнях сложилась определенная нормативная правовая база, так или иначе, затрагивающая отдельные аспекты межведомственного взаимодействия осуществляемого в процессе реабилитации и абилитации инвалидов.

Целям организации межведомственного взаимодействия по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов служит утверждение межведомственных планов по:

- реализации мероприятий, направленных на развитие системы профилактики инвалидизации населения¹¹;

- формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов¹²;в

- внедрению и реализации методов адаптивной физической культуры и спорта в индивидуальные программы реабилитации или абилитации¹³.

В целях организации эффективной совместной деятельности органов исполнительной власти, обеспечивающих формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на региональном уровне регламентируются процессуальные аспекты межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области реабилитации и (или) абилитации инвалидов. В соответствующих нормативных правовых актах, в частности, обозначаются:

- круг участников межведомственного взаимодействия (органы исполнительной власти, осуществляющих функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в области социальной защиты населения, здравоохранения, образования, труда и занятости, культуры, физической культуры и спорта);

- функции участников межведомственного взаимодействия в соответствии с отраслевой направленностью;

- формы межведомственного взаимодействия;

- формы и условия обмена информацией;

- правовые основы осуществления контроля в области межведомственного взаимодействия¹⁴.

При наличии в муниципальном образовании соответствующих отраслевых органов не исключена

государственной власти субъектов Российской Федерации / Федеральный закон от 6 октября 1999 г. № 184-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 1999. – № 42, ст.5005.

¹¹ Об утверждении межведомственного плана реализации Концепции мероприятий, направленных на развитие системы профилактики инвалидизации населения и реабилитации инвалидов на территории Пермского края, на 2014-2016 годы / распоряжение Правительства Пермского края от 2 октября 2014 г. № 263-рп // документ опубликован не был.

¹² Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») межведомственного взаимодействия исполнительных органов государственной власти по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Амурской области / / постановление Правительства Амурской области от 28 июня 2019 г. № 344 // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 02.07.2019.

¹³ Об утверждении межведомственного плана мероприятий по внедрению и реализации методов адаптивной физической культуры и спорта в индивидуальные программы реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида в городе Нижневартовске до 2020 года / постановление Администрации города Нижневартовска от 6 сентября 2018 г. № 1193// документ опубликован не был.

¹⁴ Об утверждении Порядка межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти Хабаровского края по реабилитации и (или) абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов / распоряжение Правительства Хабаровского края от 26 декабря 2019 г. № 1067-рп Официальный интернет-портал нормативных правовых актов Хабаровского края <http://laws.khv.gov.ru>, 30.12.2019.

правовая регламентация процессуальных аспектов межведомственного взаимодействия муниципальных органов и организаций по вопросам реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов¹⁵.

Межведомственное взаимодействие органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации при оказании комплексной реабилитации и (или) абилитации инвалидов может осуществляться также и посредством заключения соглашения между соответствующими органами исполнительной власти о межведомственном взаимодействии (Пермский край¹⁶). В соглашении обозначаются, в частности, стороны соглашения, предмет соглашения, задачи, права и обязательства, формы сотрудничества сторон.

На обозначение информационной составляющей межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации и местного самоуправления при оказании комплексной реабилитации и (или) абилитации инвалидов направлена правовая регламентация в части:

- организации и функционирования системы межведомственного информационного взаимодействия¹⁷;

- утверждения правовых актов соответствующих отраслевых органов исполнительной власти по организации информационного взаимодействия¹⁸;

- обеспечения электронного взаимодействия органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации с федеральным казенным учреждением «Главное бюро медико-социальной экспертизы» по субъекту Российской Федерации¹⁹.

В целях обеспечения согласованного функционирования и взаимодействия учреждений разной ведомственной принадлежности для рассмотрения вопросов, связанных с реализацией прав инвалидов на проведение комплексной реабилитации или абилитации на региональном и муниципальном уровнях создаются межведомственные координационные органы, в задачи которых входят:

- координация (обеспечение согласованности) действий государственных и муниципальных органов и организаций социального обслуживания, медицинских организаций, организаций образования, учреждений культуры и спорта, иных заинтересованных служб по организации деятельности по абилитации, реабилитации и социальной интеграции инвалидов²⁰;

- участие в адаптации государственной политики в сфере социальной защиты и реабилитации инвалидов к особенностям территории, определение приоритетных направлений деятельности в этой сфере;

- рассмотрение проектов законодательных и иных нормативных актов, методических и

¹⁵ О межведомственном взаимодействии по вопросам реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов (детей-инвалидов) в Балтасинском муниципальном районе / постановление Руководителя Исполкома муниципального образования «Балтасинский муниципальный район» от 12 мая 2009 г. N 177 // документ опубликован не был.

¹⁶ О межведомственном взаимодействии органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сферах здравоохранения, образования, социальной защиты населения, физической культуры и спорта, труда и занятости населения при оказании комплексной реабилитации и (или) абилитации инвалидов / Соглашение заключено в г. Перми 19 сентября 2016 г. N 978 // документ опубликован не был.

¹⁷ О системе межведомственного информационного взаимодействия при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида в Удмуртской Республике / распоряжение Правительства Удмуртской Республики от 10 мая 2016 г. N 566-р // Официальный сайт Главы Удмуртской Республики и Правительства Удмуртской Республики <http://www.udmurt.ru>, 16.05.2016.

¹⁸ Об организации работы по межведомственному взаимодействию исполнительных органов государственной власти Республики Бурятия с федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы по реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида / распоряжение Правительства Республики Бурятия от 20 июня 2016 г. N 348-р // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru, 21.06.2016.

¹⁹ Об организации работы по межведомственному взаимодействию по реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида / распоряжение Кабинета Министров Чувашской Республики от 31 мая 2016 г. N 364-р // Собрание законодательства Чувашской Республики. – 2016. – N 5. ст. 538.

²⁰ О создании межведомственного координационного совета по вопросам организации абилитации, реабилитации и социальной интеграции детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями / распоряжение Правительства Чеченской Республики от 1 декабря 2017 г. N 322-р // документ опубликован не был.

организационных вопросов, предложений и социальных инициатив органов власти, ведомств, организаций, общественных объединений и граждан по вопросам профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов²¹;

- подготовка предложений по вопросам реализации государственной политики в области профилактики инвалидности на соответствующей территории²²;

- проведение совместных межведомственных совещаний, обсуждений, обмен информацией;

- проведение (содействие в проведении) научно - практических конференций, семинаров и смотров - конкурсов по проблемам инвалидов, фестивалей самодеятельного творчества инвалидов²³;

- осуществление контроля за надлежащим исполнением нормативно-правовых актов по вопросам реабилитации инвалидов²⁴;

- формирование позитивного общественного мнения к инвалидам²⁵;

- разработка, утверждение и реализация непрерывных индивидуальных маршрутов комплексной реабилитации инвалидов;

- осуществление непрерывного мониторинга реализации индивидуальных маршрутов, его корректировка с учетом потребностей участников реабилитации²⁶;

- организация процесса рассмотрения сложных случаев назначения технических средств реабилитации инвалидам с учетом индивидуальных особенностей инвалида, ребенка-инвалида²⁷.

Формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов на региональном и муниципальном уровнях способствует привлечение межведомственной составляющей в регламентацию организационно-правовых аспектов оказания ранней помощи детям с ограничениями жизнедеятельности в части:

- утверждения Планов мероприятий («дорожных карт») по разработке и внедрению межведомственной модели ранней помощи²⁸;

²¹ О межведомственной комиссии по координации деятельности в сфере реабилитации инвалидов / постановление Главы Ялуторовского района от 19 марта 2003 г. N 247-п // документ опубликован не был.

²² О создании межведомственной комиссии по вопросам социального обслуживания населения и реабилитации инвалидов при Администрации Алнашского района / постановление Администрации Алнашского района от 28 августа 2000 г. N 219 // документ опубликован не был.

²³ О городской межведомственной Комиссии по координации деятельности в сфере реабилитации инвалидов / постановление администрации г. Владивостока от 27 февраля 2001 г. N 292 // документ опубликован не был.

²⁴ Об утверждении Положения межведомственной рабочей группы по вопросам реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов на территории Атнинского района / постановление Главы администрации Атнинского района от 20 января 2004 г. N 14 // документ опубликован не был.

²⁵ Об утверждении Положения о деятельности межведомственной рабочей группы по разработке, утверждению и реализации непрерывных индивидуальных маршрутов комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями, детей-инвалидов, молодых инвалидов и развитию муниципальной системы комплексного сопровождения людей с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями в муниципальном образовании город Покачи / постановление Администрации города Покачи от 22 января 2019 г. N 44 // Приложение к газете «Покачевский вестник» от 1 февраля 2019 г. N 4.

²⁶ О создании межведомственной рабочей группы по разработке, утверждению и реализации непрерывных индивидуальных маршрутов комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями и молодых инвалидов / постановление Администрации Ханты-Мансийского района от 4 июля 2018 г. N 192 // «Наш район» от 5 июля 2018 г. N 26.

²⁷ О создании и деятельности комиссии / приказ Министерства социального развития Пермского края от 18 июня 2019 г. N СЭД-33-01-03-373 // Официальный сайт Министерства социального развития Пермского края <http://minsoc.permkrai.ru>, 20.06.2019.

²⁸ Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») по разработке и внедрению межведомственной модели ранней помощи семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья, в Омской области в 2016 - 2018 годах / распоряжение Правительства Омской области от 10 августа 2016 г. N 122-рп // документ опубликован не был

- функционирования межведомственных рабочих групп по созданию системы ранней помощи²⁹, реализации на соответствующей территории плана мероприятий Десятилетия детства³⁰;
- утверждения процессуальных аспектов межведомственного взаимодействия по оказанию ранней помощи на региональном³¹ и муниципальном уровнях³²;
- создания межведомственных служб ранней помощи³³.

Межотраслевой предмет правового регулирования в сфере реабилитации или абилитации инвалидов обязывает обозначить прецеденты правовой регламентации в области:

1) образования инвалидов:

- межведомственное взаимодействие в рамках реализации прав детей с ограниченными возможностями здоровья на создание специальных условий получения образования³⁴;
- утверждение Планов мероприятий («дорожных карт») по реализации межведомственных планов по вопросу образования инвалидов (детей-инвалидов) и учащихся с ограниченными возможностями здоровья³⁵.

2) труда и занятости инвалидов:

- создание межведомственных рабочих групп по трудоустройству инвалидов³⁶;
- утверждение регламента межведомственного взаимодействия Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по субъекту Российской Федерации», органов образования, социальной защиты населения субъекта Российской Федерации по улучшению содействия занятости и трудоустройства инвалидов, проживающих на территории субъекта Российской Федерации³⁷;

²⁹ О создании Межведомственной рабочей группы по созданию системы ранней помощи в Пензенской области / распоряжение Правительства Пензенской области от 15 декабря 2017 г. N 587-рП // Официальный сайт Правительства Пензенской области <http://www.penza.ru>, 19.12.2017.

³⁰ О создании межведомственной рабочей группы по реализации на территории города Кузнецка муниципального плана мероприятий Десятилетия детства в городе Кузнецке / распоряжение Администрации г. Кузнецка от 17 сентября 2018 г. N 74р // «Вестник администрации города Кузнецка Пензенской области» от 28 сентября 2018 N 19.

³¹ Об утверждении Порядка межведомственного взаимодействия по оказанию ранней помощи детям с ограничениями жизнедеятельности на территории Новосибирской области / приказ Минобразования Новосибирской области N 2709, Минздрава Новосибирской области N 3328, Минтруда и соцразвития Новосибирской области N 1123 от 24 октября 2018 г. // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 24.10.2018.

³² Об утверждении Порядка межведомственного взаимодействия по оказанию ранней помощи на территории города Ачинска / постановление администрации г. Ачинска Красноярского края от 13 декабря 2018 г. N 450-п // Официальный сайт органов местного самоуправления города Ачинска в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» <http://www.adm-achinsk.ru>, 19.12.2018.

³³ О создании межведомственной Службы ранней помощи детям-инвалидам и детям с ограниченными возможностями здоровья в возрасте от 0 до 3 лет, а также семьям их воспитывающих на территории Алатырского района / постановление администрации Алатырского района Чувашской Республики от 20 июня 2019 г. N 176 // документ опубликован не был.

³⁴ О межведомственном взаимодействии в рамках реализации прав детей с ограниченными возможностями здоровья (в том числе детей-инвалидов) на создание специальных условий получения образования (в том числе дополнительного) и проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего и среднего общего образования / приказ Минобразования Саратовской области N 823, Минздрава Саратовской области N 378, Минсоцразвития Саратовской области N 425, Главного управления Министерства внутренних дел Российской Федерации по Саратовской области N 361 от 14 марта 2016 г. // Сайт сетевого издания «Новости Саратовской губернии» www.g-64.ru, 18.03.2016.

³⁵ Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») Первомайского района Тамбовской области по реализации межведомственных планов по вопросу образования инвалидов (детей-инвалидов) и учащихся с ограниченными возможностями здоровья на период до 2020 года / постановление администрации Первомайского района Тамбовской области от 18 мая 2018 г. N 513 // Сетевое издание «ТОП68 Тамбовский областной портал» <http://www.top68.ru>, 23.05.2018.

³⁶ О создании межведомственной рабочей группы по трудоустройству инвалидов / постановление Администрации г. Шахты от 5 мая 2017 г. N 2461 // «Шахтинские известия» от 12 мая 2017 N 36.

³⁷ Об утверждении Регламента межведомственного взаимодействия Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ставропольскому краю» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, министерства образования Ставропольского края и министерства труда и

– утверждение регламента межведомственного взаимодействия при организации профессиональной ориентации и профессионального обучения и трудоустройства инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, а также сопровождения инвалидов молодого возраста при получении ими профессионального образования и содействия в последующем трудоустройстве³⁸;

3) социального обслуживания:

– утверждение регламента межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации в связи с реализацией полномочий субъекта Российской Федерации в сфере социального обслуживания³⁹.

Заключение. Межотраслевой предмет правового регулирования в сфере реабилитации или абилитации инвалидов позволяет говорить об обязательном внедрении института межведомственного взаимодействия при функционировании организационного механизма.

Формированию эффективной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов будет способствовать учет различных межведомственных организационно-функциональных аспектов при формировании предмета правового регулирования не только собственно в сфере реабилитации или абилитации инвалидов, но и в смежных отраслях общественных отношений (ранняя помощь, образование, занятость, социальное обслуживание).

Источник финансирования: ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Реабилитация инвалидов: национальное руководство / под. ред. Г. Н. Пономаренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа.. – С.41,45. [Reabilitaciya invalidov: nacional'noe rukovodstvo / pod. red. G. N. Ponomarenko. – M.: GE`OTAR-Media.. – S.41,45].

2. Замолоцких Ю.Н. Организационное обеспечение межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти / Ю.Н. Замолоцких // Государственная власть и местное самоуправление. – 2018. – N 2. – С. 18-22. [Zamoloczkiх Yu.N. Organizacionnoe obespechenie mezhvedomstvennogo vzaimodejstviya organov ispolnitel'noj vlasti / Yu.N. Zamoloczkiх // Gosudarstvennaya vlast' i mestnoe samoupravlenie. – 2018. – N 2. – S. 18-22].

3. Мохов А.А. Совершенствование российского законодательства о проведении медико-социальной экспертизы и улучшении межведомственного взаимодействия / А.А. Мохов, О.Н Петюкова // Вестник Пермского университета. Юридические науки. – 2018. – Вып 42. – С. 587-615. [Moxov A.A. Sovershenstvovanie rossijskogo zakonodatel'stva o provedenii mediko-social'noj e`kspertizy` i uluchshenii mezhvedomstvennogo vzaimodejstviya / A.A. Moxov, O.N Petyukova // Vestnik Permskogo universiteta. Yuridicheskie nauki. – 2018. – Vy`p 42. – S. 587-615].

социальной защиты населения Ставропольского края по улучшению содействия занятости и трудоустройства инвалидов, проживающих на территории Ставропольского края / постановление Правительства Ставропольского края от 14 декабря 2016 г. N 521-п // Официальный интернет-портал правовой информации Ставропольского края www.pravo.stavregion.ru, 15.12.2016.

³⁸ Об утверждении регламента межведомственного взаимодействия при организации профессиональной ориентации и профессионального обучения и трудоустройства инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, а также сопровождения инвалидов молодого возраста при получении ими профессионального образования и содействия в последующем трудоустройстве / постановление Правительства Брянской области от 16 января 2017 г. N 9-п // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 18.01.2017.

³⁹ Об утверждении Регламента межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти Ленинградской области в связи с реализацией полномочий Ленинградской области в сфере социального обслуживания / постановление Правительства Ленинградской области от 2 декабря 2014 г. N 562 // Официальный интернет-портал Администрации Ленинградской области <http://www.lenobl.ru>, 11.12.2014.

ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

Склянная К.А.^{1,2}, Бронников В.А.^{1,2}, Григорьева М.И.^{1,3}

¹ГБУ ПК Центр комплексной реабилитации инвалидов,

²ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет,

³ФГБОУ ВО Пермский государственный научно-исследовательский университет

Пермь, Россия

Аннотация

Введение. Для эффективного функционирования системы реабилитации по месту жительства необходимо формирование образовательной сети, которая позволит обеспечить продуктивное взаимодействие специалистов с различными знаниями и опытом, а также выделение ключевого специалиста и необходимых ему компетенций.

Цель. Определить образовательные компетенции специалистов в области реабилитации по месту жительства.

Материалы и методы. Нами были рассмотрены рекомендации всемирной организации здравоохранения, профессиональный стандарт «Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере», профессиональный стандарт «Специалист по социальной работе», а также был изучен профессиональный стандарт «Специалист по медицинской реабилитации».

Результаты. Были выделены ключевые компетенции специалиста (менеджера), в частности обучение практических специалистов, а также управление ресурсами сообщества и связями внутри и вне сообщества, управление циклом реабилитационного процесса, обеспечение эффективности реабилитации. В профессиональных стандартах рассмотренных специалистов по социальной реабилитации были отмечены наличие таких компетенций, как управление циклом реабилитационного процесса и связи с реабилитационными структурами внутри сообщества, однако не отражена необходимость в оценке потребностей и анализе ресурсов сообщества, обучении практических специалистов, и взаимодействии с внешними структурами, а также поддержание мультидисциплинарных связей.

Заключение. Таким образом, поддержание эффективного функционирования системы реабилитации по месту жительства требует работы квалифицированного ключевого специалиста с определенным набором компетенций, которые предполагают трансдисциплинарный подход к обучению этих специалистов, т.е. необходимость объединять и комбинировать компетенции из различных профессиональных стандартов, наиболее отвечающими потребностям специалистами являются специалист по социальной работе и специалист по реабилитации в социальной сфере.

Ключевые слова: Реабилитация по месту жительства; реабилитация на уровне общин; образование в реабилитации.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Ксения Александровна Склянная, к.м.н., ассистент кафедры МСЭ и комплексной реабилитации ФГБОУ ВО ПГМУ, заведующая отделением медико-социальной реабилитации ГБУ ПК ЦКРИ, тел.89194624869, skks1008@mail.ru, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-3197-919X>

Владимир Анатольевич Бронников, д.м.н., заведующий кафедрой МСЭ и комплексной реабилитации ФГБОУ ВО ПГМУ, директор-врач ГБУ ПК ЦКРИ, г.Пермь, Россия

Милана Игоревна Григорьева, старший преподаватель кафедры социальной работы и конфликтологии ФГБОУ ВО ПГНИУ, начальник краевого ресурсно-методического центра ГБУ ПК ЦКРИ, г.Пермь, Россия

MATTERS OF EDUCATION OF PROFESSIONALS IN THE FIELD OF COMMUNITY-BASED REHABILITATION

Sklyannaya K.A.^{1,2}, Bronnikov V.A.^{1,2}, Grigorieva M.I.^{1,3}

¹Center of Complex rehabilitation of disabled people,

²Perm State Medical University,

³Perm State University

Perm, Russia

Abstract

Background. For the effective functioning of community-based rehabilitation, it is necessary to form an educational network that will allow for the productive interaction of specialists with various knowledge and experience, as well as the selection of a key specialist and the competencies he/she needs.

Aim. To determine the educational competencies of specialists in the field of community-based rehabilitation.

Materials and methods. We reviewed the recommendations of the World Health Organization, the professional standard “Specialist in rehabilitation work in the social sphere”, the professional standard “Specialist in social work”, and also studied the professional standard “Specialist in medical rehabilitation”.

Results. The key competencies of a specialist (manager) were identified, in particular the training of practitioners, as well as managing community resources and relationships within and outside the community, managing the cycle of the rehabilitation process, and ensuring the effectiveness of rehabilitation. In the professional standards of the examined social rehabilitation specialists, the presence of such competencies as managing the cycle of the rehabilitation process and relations with rehabilitation structures within the community was noted, however, the need for assessing and analyzing community resources, training practitioners, and interacting with external structures was not reflected, and also maintaining multidisciplinary relationships.

Conclusion. Thus, maintaining the effective functioning of the rehabilitation system at the place of residence requires the work of a qualified key specialist with a certain set of competencies that require a transdisciplinary approach to the training of these specialists, i.e. the need to unite and combine competencies from various professional standards, the most meeting specialists are social work specialist and social rehabilitation specialist.

Key words: *community-based rehabilitation; education in rehabilitation.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Ksenia Aleksandrovna Sklyannaya, Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of MSE and Comprehensive Rehabilitation, Perm State Medical University, Head of the Department of Medical and Social Rehabilitation, Center of Complex rehabilitation of disabled people, Tel. 89194624869, skks1008@mail.ru, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-3197-919X>

Vladimir Anatolievich Bronnikov, MD, Head of the Department of MSE and Comprehensive Rehabilitation, Perm State Medical University, Director of the Center of Complex rehabilitation of disabled people, Perm, Russia

Milana Igorevna Grigorieva, Senior Lecturer, Department of Social Work and Conflictology Perm State University, Head of the Regional Resource and Methodological Center, Center of Complex rehabilitation of disabled people, Perm, Russia

Введение. Реабилитация на уровне общин, или реабилитация по месту жительства человека (англ. community-based rehabilitation) согласно определению Всемирной организации здравоохранения представляет собой реабилитацию на уровне отдельных сообществ, направленную на улучшение качества жизни инвалидов и их семей, удовлетворение основных потребностей и обеспечение их включения и вовлечения в жизнь общества. Эта инициатива проводится с середины 1980-х годов. В настоящее время она приняла форму многосекторальной стратегии, направленной на обеспечение того, чтобы инвалиды могли получать доступ к образованию, работе, службам здравоохранения и социальным службам и пользоваться их преимуществами [1]. Принятая ВОЗ матрица реабилитации по месту жительства включает в себя вопросы сохранения здоровья, образования, самообеспечения, социальные вопросы, а также сохранение прав и возможностей человека (2). Реализация всех ключевых пунктов этой матрицы предполагает включение в процесс специалистов, имеющих различный образовательный профиль и уровень образования. К таким специалистам можно отнести медицинских работников (врачей, медсестер, сиделок), специалистов в образовании (педагогов, практических специалистов с опытом преподавания, членов общественных организаций, экспертов по собственному опыту), специалистов по социальной работе, юристов, специалистов центров занятости и других. Формирование образовательной сети, которая позволит обеспечить продуктивное взаимодействие специалистов с различными знаниями и опытом, а также выделение ключевого специалиста и необходимых ему компетенций необходимо для эффективного функционирования системы реабилитации по месту жительства.

Цель. Определить компетенции ключевого специалиста в области реабилитации по месту жительства.

Материалы и методы. Нами были рассмотрены рекомендации всемирной организации здравоохранения [2], которые предлагают два варианта ресурсов работы в сфере реабилитации по месту жительства, выделяя формальные и неформальные ресурсы. К неформальным относятся люди с инвалидностью, их семьи и близкие, волонтеры; формальные ресурсы включают в себя инструкторов и специалистов, менеджера (ключевого специалиста) и руководящий комитет. В России в настоящий момент не разработано законодательство, регулирующее процесс реабилитации по месту жительства. Однако в Федеральном законе от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 02.12.2019) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [3] среди прочих указаны следующие направления реабилитации инвалидов: общее и профессиональное образование, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах) и производственная адаптация; социально-средовая, социокультурная реабилитация, социально-бытовую адаптация, а также физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт. Таким образом, это дает основания

предположить, что реабилитация по месту жительства может реализовываться на первом (базовом) уровне социальной реабилитации в качестве реализации мероприятий индивидуальной программы реабилитации и адаптации. В этом случае необходимо рассмотреть соответствующие компетенции специалистов в данной области. Нами были рассмотрены профессиональный стандарт «Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере» [4], профессиональный стандарт «Специалист по социальной работе» [5], а также для сравнения был изучен профессиональный стандарт «Специалист по медицинской реабилитации» [6].

Результаты исследования. Согласно структуре организации реабилитации по месту жительства в ней задействованы специалисты различных уровней и сфер медицинской и социальной деятельности. Для активного функционирования этой системы необходимо максимально мобилизовать ресурсы сообщества, а также поддерживать имеющиеся междисциплинарные связи и создавать новые для привлечения различных структур в реабилитационную систему. Требуемое образование практических специалистов, участвующих в реабилитации по месту жительства, должно соответствовать их основному виду деятельности, однако такие специалисты нуждаются в повышении квалификации по направлению реабилитации по месту жительства. Обучение практических специалистов, а также управление ресурсами сообщества и связями внутри и вне сообщества входит в задачи так называемого менеджера, или ключевого специалиста в структуре реабилитации по месту жительства. Подчеркивается важность принадлежности данного специалиста к сообществу, что гарантирует лучшее владение информацией о потребностях и ресурсах. Такому специалисту необходимо иметь образование, максимально отвечающее его необходимым компетенциям. Руководство ВОЗ по реабилитации на уровне общин определяет следующие компетенции ключевого специалиста:

- обеспечение цикла реабилитационного процесса;
- обеспечение участия в процессе органов самоуправления,
- обеспечение алгоритмов, системности и методической поддержки процесса реабилитации;
- создание и поддержание сетей и партнерских отношений как внутри сообщества, так и за его пределами;
- обеспечение вовлечения заинтересованных сторон;
- мобилизация и управление ресурсами;
- наращивание потенциала сообществ и обеспечение учета проблем инвалидности в секторе развития;
- управление процессом реабилитации путем делегирования задач и обязанностей;
- мониторинг и поддержка мультидисциплинарной команды;
- организация образовательного процесса;
- управление информационными системами для мониторинга прогресса и производительности [2].

Если рассмотреть компетенции специалиста по реабилитации в социальной сфере, то среди прочих можно выделить следующую компетенцию, которая отвечает вышеуказанным требованиям: «организация и управление реабилитационным случаем» [4]. Это подразумевает взаимодействие со специалистами и структурами, задействованными в реабилитационном процессе. Компетенции специалиста по социальной работе более широки, и некоторые из них охватывают сразу несколько задач ключевого специалиста [5]:

- организация социального обслуживания граждан - получателей социальных услуг с учетом индивидуальной программы предоставления социальных услуг, индивидуальных потребностей и обстоятельств, по которым гражданин признан нуждающимся в социальном обслуживании;
- деятельность по планированию, организации, контролю за реализацией и развитию социального обслуживания;
- планирование, организация и контроль за деятельностью подразделения по предоставлению социальных услуг, социального сопровождения, профилактики обстоятельств, обуславливающих нуждаемость гражданина в социальном обслуживании;
- контроль реализации индивидуальной программы предоставления социальных услуг.

Если сравнивать данные профессиональные стандарты со стандартом специалиста по медицинской реабилитации [6], то его компетенции направлены исключительно на оказание реабилитационной помощи и не затрагивают социальные аспекты, имеющие большое значение для реабилитации по месту жительства.

Стоит отметить, что в профессиональных стандартах всех рассмотренных специалистов не отражена необходимость в оценке потребностей и анализе ресурсов сообщества, обучении практических специалистов, и взаимодействии с внешними структурами, а также поддержание междисциплинарных связей.

Заключение. Таким образом, поддержание эффективного функционирования системы реабилитации по месту жительства требует работы квалифицированного ключевого специалиста с определенным набором компетенций, включающим управление реабилитационным процессом, оценку и анализ ресурсов сообщества, формирование и поддержание междисциплинарных связей, а также взаимодействие с неформальными ресурсами сообщества. Такие компетенции предполагают трансдисциплинарный подход к

обучению этих специалистов, т.е. необходимость объединять и комбинировать компетенции из различных профессиональных стандартов, наиболее отвечающими потребностям специалистами являются специалист по социальной работе и специалист по реабилитации в социальной сфере.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Руководящие принципы по реабилитации на уровне отдельных сообществ. Ссылка активна на 01.03.2020 [Community-based rehabilitation (CBR) (In Russ.)] <https://www.who.int/disabilities/cbr/ru/>
2. Реабилитация на уровне общины. Руководство по РУО. Всемирная организация здравоохранения, 2010г. Ссылка активна на 01.03.2020. [Community-based rehabilitation: CBR guidelines. World Health Organization (In Russ.)] <https://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/ru/>
3. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 02.12.2019) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Ссылка активна на 01.03.2020. [Federal'nyi zakon ot 24.11.1995 N 181-FZ (red. ot 02.12.2019) "O sotsial'noi zashchite invalidov v Rossiiskoi Federatsii". (In Russ.)] http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/
4. Профессиональный стандарт «Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере», доступен на <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56619739/> ссылка активна на 01.03.2020.
5. Профессиональный стандарт «Специалист по социальной работе». Ссылка активна на 01.03.2020 [Professional'nyi standart "Spetsialist po rehabilitatsionnoi rabote v sotsial'noi sfere". (In Russ.)] <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56595573/>
6. Профессиональный стандарт «Специалист по медицинской реабилитации». Ссылка активна на 01.03.2020 [Professional'nyi standart "Spetsialist po meditsinskoj rehabilitatsii". (In Russ.)] <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71954304/>

УДК 364.66

О ПЕРСПЕКТИВАХ ВНЕДРЕНИЯ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА ИНВАЛИДА В ТЕРРИТОРИЯХ ПЕРМСКОГО КРАЯ

Бронников В.А.¹, Григорьева М.И.²

¹ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов»,

²Пермский государственный национальный исследовательский университет
Пермь, Россия

Аннотация

Введение. В Пермском крае потребность инвалидов и семей с детьми-инвалидами в реабилитационных услугах выше, чем ресурсная возможности региона, при этом, с одной стороны, реабилитационная инфраструктура территорий Пермского края отличается, не везде есть реабилитационные организации. С другой стороны, и потребности людей с инвалидностью в реабилитационных услугах различны: большинству детей и части взрослых трудоспособного возраста с инвалидностью, установленной впервые, необходимы комплексные реабилитационные услуги с применением современного диагностического оборудования и роботизированной реабилитационной техники. Их реабилитация должна проводиться в специализированных реабилитационных центрах. Другим детям и взрослым с инвалидностью, пожилым людям, необходимы некоторые реабилитационные услуги, так называемые «разовые», «единичные»: медицинская помощь, психологическое или правовое консультирование, подбор ТСР, содействие в адаптации жилья. Кроме того, люди с инвалидностью должны быть максимально интегрированы в общество, пользоваться объектами спортивной, культурно-досуговой, образовательной инфраструктуры, иметь поддержку при решении финансовых вопросов и в вопросах содействия занятости. Практически все эти мероприятия прописаны в индивидуальной программе реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА), но реализовать их в территориях бывает сложно, этому препятствует различная ведомственная подчиненность организаций и учреждений, отсутствие их взаимодействия на местном уровне.

Цель. Необходимость методологической разработки и внедрения модели, способствующей повышению доступности реабилитационных услуг по месту жительства инвалидов.

Материалы и методы. В качестве инструмента, позволяющего повысить доступность реабилитационных услуг для инвалидов и семей с детьми-инвалидами в регионе выбрана модель Community based

rehabilitation (CBR), модель «реабилитации на уровне общин», которая в нашем случае была названа, на наш взгляд, более уместно как модель «реабилитации по месту жительства». В Пермском крае сделана попытка, основываясь на международной методологии Community based rehabilitation (CBR) Всемирной организации здравоохранения и действующем российском законодательстве разработать и применить механизмы и технологии реабилитации на уровне местных сообществ, реабилитации в микросоциальной среде.

Результаты. Ожидается, что реализация технологии будет способствовать снятию имеющихся барьеров в системе реабилитации путем организации, координации и маршрутизации процесса реабилитации человека по месту жительства ответственным специалистом, координации всех задействованных в процессе реабилитации организаций регионального и муниципального уровня для достижения реабилитационных целей отдельного взрослого или ребенка с инвалидностью. Модель предполагает развитие ресурсов территории, ресурсов человека с инвалидностью и ресурсов его ближайшего окружения. В Пермском крае в качестве пилотных территорий реализации технологии были выбраны Ординский муниципальный округ (сельская территория) и город Пермь, в дальнейшем технология будет транслирована на другие территории.

Заключение. В Пермском крае сложились условия для реализации модели реабилитации по месту жительства, есть понимание как имеющихся барьеров для ее реализации, так и возможностей по их преодолению.

Ключевые слова: реабилитация по месту жительства, доступность реабилитационных услуг, межведомственное взаимодействие.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Бронников Владимир Анатольевич: директор ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов», главный внештатный реабилитолог Министерства здравоохранения Пермского края; зав.кафедрой медико-социальной экспертизы и комплексной реабилитации ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России; профессор кафедры социальной работы и конфликтологии ФГБОУ ВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет»; доктор медицинских наук. Адрес: 614094, г. Пермь, ул. Связистов, 11 а. Телефон +7 9027917078; eLibrary SPIN: 9077-2541; e-mail: rehabperm@social.permkrai.ru

Григорьева Милана Игоревна: старший преподаватель кафедры социальной работы и конфликтологии ФГБОУ ВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет»; начальник Краевого ресурсно-методического центра ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов». Адрес: 614094, г. Пермь, ул. Связистов, 11 а. Телефон +7 9125868610; ORCID 0000-0001-5717-4667; eLibrary SPIN: 9077-2541; e-mail: milanagrekhova@list.ru

ABOUT PROSPECTS FOR THE DEVELOPMENT OF THE MODEL OF COMMUNITY BASED REHABILITATION IN TERRITORIES OF THE PERM REGION

Bronnikov V.A.¹, Grigoreva M.I.²

¹Center of Complex rehabilitation of disabled people

²Perm State University

Perm, Russia

Abstract

Background. In the Perm region the need for people with disabilities and families with children with disabilities in rehabilitation services is higher than the resource potential of the territory, while, on the one hand, the rehabilitation infrastructure of the Perm region is different, rehabilitation organizations are not located everywhere. On the other hand, the needs of people with disabilities in rehabilitation services are different: the majority of children and part of working-age adults with disability established for the first time need comprehensive rehabilitation services using modern diagnostic equipment and robotic rehabilitation equipment. Their rehabilitation should be carried out in specialized rehabilitation centers. Other children and adults with disabilities, older people need some rehabilitation services, we called them “one-time” or “single” rehabilitation services, such as medical care, psychological or legal counseling, helping in selection of technical rehabilitation equipment, assistance in adapting housing. In addition, people with disabilities should be integrated as much as possible into society, use the facilities of sports, cultural and leisure, educational infrastructure, have support in resolving financial issues and in promoting employment. Almost all of these measures are prescribed in the individual rehabilitation and habilitation program for the disabled person but it can be difficult to implement them in the territories, this is hindered by various departmental subordination of organizations and institutions, and the lack of their interaction at the local level.

Aim. The need for methodological development and implementation of a model that improves the availability of rehabilitation services at the place of residence of persons with disabilities.

Materials and methods. As we think the Community based rehabilitation (CBR) model can be the tool to increase the availability of rehabilitation services for people with disabilities and families with children with disabilities in the Perm region. In the Perm region we tried based on the international Community based rehabilitation (CBR) methodology of the World Health Organization and current Russian legislation to develop and apply mechanisms and technologies of rehabilitation at the level of local communities, rehabilitation in a microsocial environment.

Results. It is expected that the implementation of the technology will help to remove existing barriers in the rehabilitation system by organizing, coordinating and routing the process of human rehabilitation at the place of residence by a responsible specialist, coordinating all organizations involved in the rehabilitation process at the regional and municipal levels to achieve the rehabilitation goals of an individual adult or child with disability. The model involves the development of the resources of the territory, the resources of a person with a disability and the resources of his immediate environment. In the Perm Territory, the Orda Municipal District (rural territory) and the city of Perm were chosen as pilot territories for the implementation of the technology, and in future the technology will be broadcast to other territories.

Conclusion. In the Perm region there are conditions for the implementation of the model of rehabilitation at the place of residence, there is an understanding of both the barriers to its implementation and the possibilities to overcome them.

Keywords: *Community based rehabilitation, accessibility to rehabilitation services, interprofessional collaboration.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Vladimir A. Bronnikov, Doctor of Medicine, Center of Complex rehabilitation of disabled people, director (address: Svyazistov, 11a, Perm, Russia, 614094).

Milana I. Grigoreva, Perm State University, senior lecturer of Social Work and Conflict Study Department (address: Svyazistov, 11a, Perm, Russia, 614094).

Введение. По данным Федерального реестра инвалидов на 1 декабря 2019 года в Пермском крае проживает 200 706 инвалидов в возрасте старше 18 лет, из них 34% - это лица трудоспособного возраста [1]. Несмотря на то, что численность инвалидов за последнее время сокращается, актуальной задачей для региона является развитие сферы реабилитационных услуг, повышение доступа к сфере реабилитации для людей с инвалидностью.

Среди целей устойчивого развития ООН одна сформулирована как улучшение здоровья, то есть обеспечение здоровья для людей любого возраста во всем мире. Данная цель, по мнению специалистов Всемирной организации здравоохранения, предполагает деятельность в двух направлениях: обеспечение высокого качества оказания услуг в сфере укрепления здоровья, профилактики, лечения, реабилитации и паллиативной помощи в соответствии с потребностью людей и защита от финансовых трудностей и бедности.

Человек, таким образом, в рамках данного подхода рассматривается как пациент, когда является объектом медицинской профилактики, которая предполагает, в том числе, профилактику инвалидности, то есть своевременное проведение диагностических мероприятий, лечение и медицинскую реабилитацию. Если мы говорим об инвалиде, мы рассматриваем человека через призму мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации. Если же мы говорим об интеграции человека, рассматриваем человека как гражданина страны, имеющего равные права, в том числе право на достойный уровень жизни, для мы должны обеспечить развитие системы комплексной реабилитации.

Реабилитация Всемирной организацией здравоохранения понимается как комплекс вмешательств, направленных на уменьшение инвалидности и оптимизацию функционирования человека с инвалидностью и улучшение его взаимодействия с окружающей средой. Всемирная организация здравоохранения также определяет реабилитацию как комбинированное и координированное применение медицинских, психологических, социальных, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки (переквалификации) индивидуума на оптимум его трудоспособности.

Современные подходы ВОЗ по развитию реабилитации в системе здравоохранения предполагают, что реабилитация - это стратегия здравоохранения, которая, на основе интегративной модели функционирования, инвалидности и здоровья ВОЗ, применяет и включает:

- подходы к оценке функционирования с учетом нарушений здоровья;
- подходы к оптимизации способностей человека;
- подходы, которые развивают и укрепляют ресурсы человека;
- подходы, которые обеспечивают благоприятную среду;
- подходы, которые развивают производительность человека;

– подходы, которые повышают качество жизни человека и во всех возрастных группах, включая здравоохранение, образование, трудовые и социальные вопросы; нацеленные на то, чтобы люди с заболеваниями, которые имеют инвалидность или подвержены риску ее возникновения, могли достичь и поддерживать оптимальное функционирование [2].

Цель. Новой для Пермского края практикой, позволяющей обеспечить доступность реабилитационных услуг, способствующей повысить независимость человека с инвалидностью, в том числе через включение его в процессы занятости, должна стать модель реабилитации по месту жительства (CBR – community based rehabilitation), которая предполагает всестороннее развитие реабилитационной инфраструктуры в сферах здравоохранения, образования, обеспечения средств к существованию, сферы социальной защиты и включения человека с инвалидностью в жизнь общества. Всемирная организация здравоохранения рассматривает сегодня модель реабилитации по месту жительства как комплексный межсекторный подход, направленный на обеспечение равных возможностей и социальную интеграцию людей с инвалидностью как мер по борьбе с бедностью и профилактике инвалидности.

Материалы и методы. Реабилитация в микросоциальной среде или реабилитация на уровне общины – это комплекс мер, координируемых территориальными органами системы социальной защиты населения, реализуемых организациями и учреждениями различной ведомственной принадлежности вне зависимости от форм собственности и отдельными специалистами и по месту жительства (проживания) инвалида, ребенка-инвалида с целью содействия им в получении необходимых реабилитационных мероприятий и реализации их прав наравне с другими членами общества. Реабилитация в микросоциальной среде или реабилитация на уровне общины – это построение реабилитационного пространства и организация равных возможностей в процессе реабилитации и социальной интеграции для лиц с инвалидностью (детей и взрослых) и членов их семей.

Под микросоциальной средой понимают сообщество индивидов, объединенных общими ценностями, интересами, разделяющих единые конфессиональные взгляды и проживающие совместно в одинаковых социальных и экономических условиях на одной территории. Микросоциальная среда – это сложная социально-экономическая, культурно-историческая, политико-правовая, психолого-педагогическая система, состоящая из государственных и негосударственных институтов различного уровня. Реабилитация в микросоциальной среде опирается на уровневый подход к социальной деятельности, где макроуровень – это уровень органов государственной власти (законодательной, исполнительной, судебной), в рамках которого формируется социальная политика в области реабилитации на государственном и региональном уровне; мезоуровень предполагает организацию реабилитации в микро-социуме, в качестве которого выступают микрорайоны, отдельные организации и учреждения (реабилитационные центры, психоневрологические интернаты, школы и т.д.); микроуровень, предполагающий организацию реабилитационных мероприятий по отношению к отдельно человеку с инвалидностью (взрослому или ребенку) и его семье. В связи с этим для Пермского края более предпочтителен термин «реабилитация по месту жительства».

Важным является и то, что помимо институционального развития и развития межведомственного взаимодействия в муниципалитете модель реабилитации по месту жительства предполагает учет медицинских или физических потребностей человека (рассмотрение человека с инвалидностью как пассивного получателя услуг) и максимально ориентирована на вовлечение его самого и его семьи в планирование и реализацию реабилитационных мероприятий.

В Пермском крае получатели реабилитационных услуг имеют возможность проходить реабилитационные мероприятия по направлениям (государственное задание) или сертификатам на реабилитацию, соответственно, реабилитационные услуги оказывают как государственные (реабилитационные центры системы социальной защиты), так и негосударственные (санатории-профилактории) организации.

Анализ системы реабилитации Пермского края продемонстрировал, что потребность в реабилитационных услугах удовлетворяется далеко не полностью, так, в 2020 году было выдано всего 7 601 направлений и сертификатов на реабилитацию, тогда как подано заявлений за этот период было 20 563, а, в целом, по мнению экспертов Минтруда России потребность в Пермском крае составляет 28 356 курсов реабилитации. Следовательно, ситуация в регионе характеризуется недостаточным охватом реабилитационными мероприятиями всех нуждающихся в реабилитационных услугах; неравномерностью распределения территорий, имеющих реабилитационные организации, по Пермском краю; наличие территорий, где отсутствуют реабилитационные организации; наличие в территориях Пермского края организаций системы здравоохранения, образования, культуры, физической культуры и спорта, НКО, которые могут быть вовлечены в систему реабилитации, но на данный момент в территориях нет механизмов их взаимодействия в целях реабилитации. В связи с этим необходимо повышать доступность реабилитационных услуг в территориях и развивать систему социальной реабилитации по месту жительства, формируя инфраструктура, обеспечивая наличие подготовленных кадров, отработывая эффективные механизмы.

Участие Пермского края в 2016-2019 в двух федеральных проектах – Пилотному проекту по развитию медицинской реабилитации и Пилотном проекте по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, а также проекте «Развитие социальной реабилитации через образование» совместно с европейскими и российскими партнерами в рамках гранта Эразмус+ позволили по-новому увидеть возможности модели Community based rehabilitation, предложенной ВОЗ еще в 70-е годы XX века.

В рамках существующей сегодня в регионе трехуровневой модели социальной реабилитации стало очевидным, что модель реабилитации оп месту жительства должна дополнить существующие практики реабилитации на первом уровне, где осуществляется реализация мероприятий ИПРА по месту жительства инвалида, обеспечивается социальная поддержка инвалидов, в том числе детей-инвалидов, помощь в оборудовании жилых помещений, социальное сопровождение, оказание услуг по правовому и психологическому консультированию, социальное посредничество при решении проблем инвалидов с семьей, имеющих детей-инвалидов.

Реализуемый механизм реабилитации по месту жительства предполагает формирование в каждом муниципалитете координационного органа при органах местного самоуправления, ответственных за организацию, координацию и управление процессом реабилитации по месту жительства, а также наличие специалистов, выполняющих функции куратора реабилитационного случая, который через построение связей и посредническую помощь содействует человеку с инвалидностью в его реабилитации и интеграции [3].

Результаты. В ходе внедрения технологии реабилитации по месту жительства были выявлены ряд барьеров, но и найдены способы преодоления данных барьеров, большинство из которых успешно применяется в Пермском крае.

Барьеры	Описание барьеров	Возможности и опыт преодоления барьеров
Понятийно-категориальные барьеры	Отсутствие единых понятий, касающихся вопросов организации реабилитационных мероприятий Отсутствие российской научной интерпретации понятия «реабилитация по месту жительства» Сложность в объяснении модели возможным участникам	Разъяснение идеи реабилитации по месту жительства на уровне глав ОМСУ, мотивирование Поддержка идеи реализации моделей со стороны Министерства социального развития Пермского края Семинары и циклы для специалистов учреждений социальной защиты, социального обслуживания, занятости Максимальное информирование о CBR и руководящих принципах РУО ВОЗ
Правовые барьеры	Отсутствие в действующем законодательстве понятий, определяющих деятельность по организации реабилитации по месту жительства Барьеры, связанные с неопределенностью полномочий в области реабилитации ОИГВ субъекта Российской Федерации и ОМСУ Неопределенность реабилитации по месту жительства как услуги	Поиск законных способов организации взаимодействия в сфере реабилитации по месту жительства на уровне муниципалитетов (возможности действующего законодательства)
Институциональные барьеры	Отсутствие нормативно определенного ответственного субъекта за организацию реабилитации по месту жительства Необходимость организации межведомственного взаимодействия на уровне муниципалитета с учетом разноразмерности возможных	Проведение межведомственных круглых столов на уровне глав ОМСУ Участие в Координационных советах по делам инвалидов территорий Рассмотрение Координационных советов по делам инвалидов как межведомственного координационного органа по реализации модели

	участников (субъектов) Недостаток возможных участников (субъектов)	реабилитации по месту жительства Разработка Соглашений о взаимодействии
Финансовые барьеры	Трудность привлечения финансовых ресурсов для организации реабилитации по месту жительства из-за разной ведомственной и уровневой принадлежности субъектов	Реабилитация по месту жительства как социальная услуга Муниципальные программы «Управление финансовыми ресурсами» в целях реабилитации по месту жительства
Кадровые барьеры	Отсутствие специалистов управленческого уровня в сфере организации реабилитации по месту жительства Отсутствие подготовленных специалистов по организации реабилитации по месту жительства	Подготовка специалистов управленческого уровня в сфере организации реабилитации по месту жительства Подготовка специалистов по организации реабилитации по месту жительства

Заключение. На данный момент в Пермском крае механизмом, позволяющим организовывать деятельность по реабилитации на уровне муниципалитетов, становятся соответствующие соглашения между Министерством социального развития Пермского края, Министерством здравоохранения Пермского края и соответствующими муниципалитетами. На основе матрицы CBR Всемирной организации здравоохранения в соглашениях прописываются права и обязанности участников реализации модели. Тем самым, создана возможность повышения эффективности реализации ИПРА по месту жительства инвалида, ребенка-инвалида, внедрения инновационных реабилитационных технологий, что, в свою очередь, способствует повышению степени удовлетворенности инвалидов, детей-инвалидов реабилитационными мероприятиями по месту жительства.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES:

1. Федеральный реестр инвалидов. Ссылка активна на 25.01.2020 [Federal register of persons with disabilities. Accessed January 25, 2020 (In Russ.)]. <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost?territory=57000000>
2. Реабилитация 2030: призыв к действию. Ссылка активна 25.01.2020 [Rehabilitation 2030: A Call for Action. Accessed January 25, 2020 (In Russ.)]. URL: <https://www.who.int/rehabilitation/CallForActionRU.pdf>
3. Организация реабилитации в микросоциальной среде: методические рекомендации для социальных участков. Пермь, 2018. [Organization of rehabilitation in micro-social environment: Guidelines for CBR specialists. Perm, 2018 (In Russ.)]

УДК 364.42.44

ЕВРОПЕЙСКИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРСОНАЛЬНОГО АССИСТИРОВАНИЯ

Ишутина И.С., Владимирова О.Н., Ходаковский М.Д.
ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Страны Европы совместно решают вопрос интеграции инвалидов в общество с помощью разработки нормативно-правовых актов, методических рекомендаций. Персональное ассистирование становится одним из главных видов социальной реабилитационной помощи.

Цель. Изучить опыт использования методик персонального ассистирования в странах Европы.

Материалы и методы. Были рассмотрены нормативно-правовые акты в сфере персонального ассистирования таких стран, как Королевство Норвегия, Королевство Швеция, Федеративная Республика Германия, Швейцарская Конфедерация, Республика Италия, Латвийская Республика, Республика Казахстан.

Результаты. В Норвегии и Швеции законодательно закреплено положение о персональном ассистировании. Услуга персональных ассистентов для лиц с инвалидностью на бесплатной основе предоставляется также в странах Западной Европы, таких как ФРГ и Швейцария. Институт «персональной помощи» закреплен в Законе №92/104 Республики Италия. Согласно требованиям отдельных итальянских муниципалитетов, персональные ассистенты включаются в профессиональные реестры. Активно развивается модель персонального ассистирования в Латвии и Казахстане.

Заключение. В рассмотренных нами странах Европы существует различный взгляд на формирование модели персонального ассистирования. Предъявляются различные требования к квалификации работников,

используется разные способы оплаты труда, не всегда имеется возможность трудоустройства родственников в качестве ассистентов. При этом в этих странах у лиц с ограниченными возможностями имеется возможность самостоятельно выбирать ассистента, регулировать объем помощи, что соответствует социально-ориентированному подходу в реабилитации инвалидов.

Ключевые слова: *инвалид, зарубежный опыт, страны Европы, персональное ассистирование, уход.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Ходаковский Матвей Дмитриевич; тел. 8-911-281-49-03; адрес ул. Бестужевская 50, индекс 195067; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6953-5191>; eLibrary SPIN: 7618-1708; e-mail: hodak200@yandex.ru;

Ишутина Инна Сергеевна, к.м.н.; тел. 8-905-266-83-54; адрес: ул. Бестужевская 50, индекс 195067; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6640-904X>; e-mail: in.ishutina@yandex.ru

Владимилова Оксана Николаевна, к.м.н., доцент; тел. 8-921-348-09-37; адрес ул. Бестужевская 50, индекс 195067; ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-6692-2882>; e-mail: vladox1204@yandex.ru

EUROPEAN EXPERIENCE OF USING THE PERSONAL ASSISTANCE

Ishutina I.S., Vladimirova O.N., Khodakovskii M.D.

Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled

St. Petersburg, Russia

Abstract

Background. European countries are jointly solving the issue of integrating people with disabilities into society through the development of regulatory legal acts and guidelines. Personal assistance is becoming one of the main types of social rehabilitation.

Aim. To study the experience of using methods of personal assistant in European countries

Materials and methods. The regulatory legal acts in the field of personal assistance were considered in such countries as the Kingdom of Norway, the Kingdom of Sweden, the Federal Republic of Germany, the Swiss Confederation, the Republic of Italy, the Republic of Latvia, and the Republic of Kazakhstan.

Results. In Norway and Sweden, there is a legal provision for personal assistance. The service of personal assistants for persons with disabilities is also provided free of charge in Western European countries such as Germany and Switzerland. The institution of “personal assistance” is enshrined in Law No. 92/104 of the Republic of Italy. According to the requirements of individual Italian municipalities, personal assistants are included in professional registers. The model of personal assistance is actively developing in Latvia and Kazakhstan.

Conclusion. In the European countries we have examined, there is a different view on the formation of a personal assistance model. There are different requirements for the qualifications of workers, different methods of remuneration are used, there is not always the possibility of employment of relatives as assistants. At the same time, in these countries, persons with disabilities have the opportunity to independently choose an assistant, regulate the amount of assistance, which corresponds to a community-based approach in the rehabilitation of disabled people.

Key words: *disabled person, foreign experience, European countries, personal assistance, care.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Matvei D. Khodakovskii; phone 8-911-281-49-03; address ul. Bestuzhevskaja 50, ZIP 195067; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6953-5191>; eLibrary SPIN: 7618-1708; e-mail: hodak200@yandex.ru;

Inna S. Ishutina, PsD; phone 8-905-266-83-54; address ul. Bestuzhevskaja 50, ZIP 195067; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6640-904X>; e-mail: in.ishutina@yandex.ru;

Oksana N.Vladimirova, PsD, associate professor; phone 8-921-348-09-37, address ul. Bestuzhevskaja 50, ZIP 195067; ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-6692-2882>; e-mail: vladox1204@yandex.ru

Введение. В Российской Федерации по данным Росстата насчитывается 11,9 миллионов инвалидов, среди них 688 тыс. – детей – инвалидов [1]. По данным Федерального реестра инвалидов, на сентябрь 2020 года на территории Российской Федерации проживают чуть менее 1,2 млн. инвалидов с детства [2]. Инвалидность является не только медицинской проблемой, но и социальной, так как в связи со стойкими нарушениями функций органов и систем, лица с ограниченными возможностями имеют особые потребности, от которых зависит их жизнь в обществе. Способность инвалидов быть независимыми экономическими субъектами, участвовать в политической, культурной и социальной жизни общества отражает уровень реализации их прав как граждан социального государства, создает предпосылки для реализации их потенциала и способствует социальному и экономическому развитию государства, укреплению общественно-политической стабильности. В 2012 году Правительство Российской Федерации ратифицировало Конвенцию, которая стала методологической основой для реформирования нормативно-правовых актов.

Страны Европы совместно решают вопрос интеграции инвалидов в общество с помощью разработки нормативно-правовых актов, методических рекомендаций. Так, Европейский Союз разработал Стратегию по инвалидам 2010-2020г.г. для достижения полного внедрения людей с инвалидностью в социум с помощью высококачественной социальной помощи. Также были разработаны интернациональные методические рекомендации по организации помощи инвалидам при социально-ориентированной помощи. Были выведены следующие постулаты данного вида помощи: вовлеченность в социальную жизнь; поддержка, основанная на индивидуальных потребностях; помощь в жилом помещении инвалида. Созданный на их базе институт персонального ассистирования становится одним из главных видов социальной реабилитационной помощи инвалидам [3].

Цель. Изучить опыт использования методик социального проживания в странах Европы. Российская Федерация имеет общие границы с европейскими странами, ратифицировала Конвенцию о правах инвалидов и статьи, касающиеся помощи инвалидам и детям-инвалидам и их семьям Европейской социальной хартии.

Материалы и методы. При подготовке данной статьи была рассмотрена нормативно-правовая база в сфере персонального ассистирования таких стран, как Королевство Норвегия, Королевство Швеция, Федеративная Республика Германия (далее – ФРГ), Швейцарская Конфедерация, Республика Италия, Латвийская Республика, Республика Казахстан.

Результаты исследования. В социальной модели скандинавских стран на протяжении многих лет большое значение придается повышению экономической безопасности, развитой государственной системе здравоохранения и социальным услугам. Также государственные органы содействуют предоставлению услуг, дающих инвалидам возможность жить нормальной, интегрированной жизнью в собственном жилье. В целях удовлетворения потребностей инвалидов в Норвегии законодательно закреплено положение о персональном ассистировании. Согласно ему, инвалиды несут ответственность работодателя в отношении своих сотрудников и управляют их работой в соответствии с собственными потребностями. Являясь участником программы, инвалид может сам распоряжаться своей повседневную жизнь, самостоятельно принимая решения относительно того, кто будет его ассистентами, какую работу они будут выполнять и в какое время [4].

В 1993 году правительство Королевства Швеция издало закон об уходе и обслуживании лиц с функциональными нарушениями взамен закона об уходе 1985 года и закона об интернатах для лиц с нарушениями опорно-двигательной системы 1965 года. В новом законе прописаны формы особого ухода и бытового обслуживания, куда вошла услуга личного ассистента. Получить ее могут люди с разного рода серьезными функциональными нарушениями, кроме тех, кто старше 65 лет, и кто проживает в квартире коллективного проживания. Персонального ассистента может получить и ребенок с инвалидностью, если за ним нужен постоянный уход, помощником в данном случае может стать один из родителей. Объем услуг, оказываемых персональным ассистентом, определяет сам инвалид. Для оплаты услуг ассистента лицу с инвалидностью выплачиваются пособия на необходимые расходы, куда включены заработная плата помощника и административные расходы [5].

Услуга персональных ассистентов для лиц с инвалидностью на бесплатной основе предоставляется также в странах Западной Европы. Так, например, в ФРГ предусмотрено предоставление услуги ассистента лицу с тяжелой формой инвалидности на безвозмездной основе. Также, согласно Социальному кодексу Германии, инвалидам возмещаются расходы на оплату услуг персонального помощника. В Швейцарии услуги персональных ассистентов предоставляются бесплатно с недельным объемом услуг не более двадцати часов в неделю. Дополнительные часы оплачиваются непосредственно лицами с инвалидностью либо их законными представителями [6].

Законодательство Республики Италия гарантирует полное уважение человеческого достоинства, свободы и автономии, отрицая все формы дискриминации, в том числе по инвалидности. Местные органы власти обязаны принимать специальные меры социальной помощи, гарантирующие право инвалида на самостоятельную жизнь. Институт «персональной помощи» закреплен в Законе №92/104. Персональный помощник (или ассистент) предоставляется либо местными органами власти, либо инвалидом самостоятельно с заключением трудового договора. Персональный ассистент может иметь квалификацию в качестве домашнего работника или преподавателя. Для последнего устанавливается более высокая оплата труда. Согласно требованиям отдельных итальянских муниципалитетов, персональные ассистенты включаются в профессиональные реестры для облегчения поиска и контроля. В целях стимулирования такой занятости законодательство предусматривает ряд льгот для персональных помощников [7].

Активно действует и развивается модель персонального ассистирования в Латвии. Услуги ассистента в Латвии предоставляются бесплатно детям - инвалидам от пяти лет, а также инвалидами с выраженными функциональными ограничениями, обусловленными тяжелыми стойкими нарушениями функций органов и систем. Для получения услуги персонального ассистента инвалиду необходимо обратиться в

Государственную врачебную комиссию по экспертизе здоровья и трудоспособности, которая выдает заключение о необходимости персонального ассистирования. После получения заключения лицо с инвалидностью обращается в социальную службу с заявлением о предоставлении услуги персонального ассистента, где обязательно указывается, для какого рода мероприятий лицу требуются услуги и предполагаемый недельный объем услуг, который не должен превышать сорок часов. Инвалид может выбрать персонального ассистента самостоятельно. Услуги персонального ассистента предоставляются лицу с инвалидностью на основании договора. Контроль за исполнением сторонами обязательств по договору возлагается на социальную службу. Персональный ассистент, может оказывать услуги нескольким инвалидам, но недельный объем оказания услуг по оказанию ухода за инвалидом не должен превышать сорок часов. Важно отметить, что законодательство Латвии не предусматривает никаких квалификационных требований к персональному ассистенту, кроме опыта общения с инвалидами [6].

С 2005 года методики персонального ассистирования развиваются в Республике Казахстан. В соответствии с Законом «О социальной защите инвалидов Республики Казахстан» предоставление индивидуального помощника для инвалидов I группы с выраженными ограничениями способности к передвижению является одной из услуг социальной реабилитации. Помощник определяется как специалист, в обязанности которого входит сопровождать инвалида от места проживания до пункта назначения (медицинское учреждение, социальное учреждение, досуговое учреждение и т.д.) и обратно. Помимо этого, приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан № 26 «О некоторых вопросах реабилитации инвалидов» для лиц со стойкими нарушениями функции слуха и речи предоставляется специалист жестового языка с годовым объемом услуг в количестве шестидесяти часов. Основанием для предоставления персонального ассистента является индивидуальная программа реабилитации, а также соответствующие медицинские показатели. Услуги индивидуального помощника или специалиста жестового языка предоставляются лицам с инвалидностью бесплатно за счет средств отделов занятости, исходя из заработной платы специалиста по социальной работе за час [6].

Заключение. В рассмотренных нами странах Европы существует различный взгляд на развитие методик персонального ассистирования. Проявляются различные требования к квалификации работников, оплату услуг ассистента проводят или инвалиды, или органы исполнительной власти страны в сфере социальной защиты населения. Не везде имеется возможность трудоустройства родственников в качестве ассистентов, введения единого реестра персональных ассистентов. При этом законодательство данных стран позволяет лицам с ограниченными возможностями самостоятельно выбирать ассистента, регулировать объем помощи, что соответствует социально-ориентированному подходу в реабилитации инвалидов. Российская Федерация может использовать опыт зарубежных стран для разработки теоретических основ модели персонального ассистирования.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1) Общая численность инвалидов по группам инвалидности / Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики / URL: <https://www.gks.ru/folder/13964> (Ссылка активна на 28.02.2020г.) [Obshhaya chislennost' invalidov po gruppam invalidnosti / Oficial'nyj sajt Federal'noj sluzhby gosudarstvennoj statistiki. Accessed February 28, 2020 (In Russ.)] <https://www.gks.ru/folder/13964>

2) Численность инвалидов по причинам инвалидности. Федеральный реестр инвалидов. <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost/chislennost-po-prichinam?territory=1> (дата обращения 01.08.2020г.) [Chislennost' invalidov po prichinam invalidnosti. Federal'nyy reestr invalidov. <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost/chislennost-po-prichinam?territory=1> (access date: 01.08.2020) (In Russ.)]

3) Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care. European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care, November 2012. P. 163

4) И.В. Боровикова. Роль государства всеобщего благосостояния в обеспечении социальной защищенности инвалидов в Норвегии. // Научное мнение. - 2016. - №12. – С.134-137 [I.V. Borovikova. Rol gosudarstva vseobshchego blagosostoyaniia v obespechenii socialnoi zashchishchennosti invalidov v Norvegii. // Nauchnoe mnenie. 2016. №12. S.134-137 (In Russ.)]

5) А. Бакк, К. Грюндевальд Забота и уход: Книга о людях с задержкой умственного развития // Пер. со шведск. п/ред. Ю. Колесовой. – СПб: ИРАВ, 2001; 177-178 [Bakk A., Gryundeval'd K. Zabota i uhod: Kniga o lyudyah s zaderzhkoj umstvennogo razvitiya // Per. so shvedsk. p/red. YU. Kolesovoj. – SPb: IRAB, 2001; 177-178 (In Russ.)]

6) А.А. Ляшко. Правовое регулирование института персонального ассистента: сравнительная характеристика // Проблемы гражданского права и процесса: сб. науч. ст. Вып. 3. Под ред. И. Э. Мартыненко. – Гродно: ГрГУ, 2018. – С. 160 - 170. [A.A. Lyashko. Pravovoe regulirovanie instituta personalnogo assistenta: sravnitelnaia harakteristika // Problemi grazhdanskogo prava i processa: sb. nauch. st. Vyp. 3. Pod red. I. E. Martynenko. – Grodno: GrGU, 2018. – С. 160 - 170. (In Russ.)]

7) А.Г. Апенюк. Опыт правового регулирования института «персональный ассистент» в Италии. // Верховенство права: человек в государстве. Сборник научных статей, докладов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Под. ред. К.Г. Дедюхина – Ижевск: Ижевский институт (филиал) РПА Минюста России. – 2019. – С. 73 – 76. [A.G. Apenok. Opyt pravovogo regulirovaniia instituta «personalnyi assistent» v Italii. // Verhovenstvo prava: chelovek v gosudarstve. Sbornik nauchnykh statei, dokladov Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferencii s mezhdunarodnim uchastiem. Pod. red. K.G. Dedyuhina – Izhevsk: Izhevskii institut (filial) RPA Minyusta Rossii. – 2019. – S. 73 – 76. (In Russ.)]

УДК 159.9.075

РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА ПЕРВОЕ ПОЛУГОДИЕ 2019 ГОДА

Порохина Ж.В., Ярков А.А., Морозова Е.В.

Федеральный центр научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов на базе Федерального государственного бюджетного учреждения Федеральное Бюро медико-социальной экспертизы Минтруда России
Москва, Россия

Аннотация

Введение. В статье изложены результаты реализации Федеральным центром научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов мониторинга состояния системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Российской Федерации.

Цель. Мониторинг проводится для целей оценки выполнения поручения Президента Российской Федерации № Пр-50 от 13.01.2018 г., а также исполнения подпрограммы 2 «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов», Госпрограммы «Доступная среда», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 29.03.2019 г. № 363.

Материалы и методы. Мониторинг осуществлялся на основании предоставляемой субъектами Российской Федерации информации в соответствии с отчетными формами. Из 85 субъектов Российской Федерации 80 субъектов предоставили информацию «О формировании и развитии системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов (реабилитационный паспорт субъекта Российской Федерации)»; 75 субъектов представили информацию «Об организации, предоставляющей реабилитационные и (или) абилитационные услуги инвалидам и детям-инвалидам в субъекте Российской Федерации (реабилитационный паспорт организации)».

Результаты. Представлен анализ основных показателей, предоставленных субъектами Российской Федерации, касательно: актуального состояния инвалидности взрослого и детского населения Российской Федерации; комплекса мер по формированию и развитию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, предпринимаемых субъектами Российской Федерации, включая данные по региональным программам (подпрограммам) по формированию и развитию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов; формирования региональной законодательной и нормативной правовой базы по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов; создания (строительства и реконструкции) центров комплексной реабилитации инвалидов (детей-инвалидов) в регионах; наличия в регионах организаций, предоставляющих реабилитационные и (или) абилитационные услуги (мероприятия), в том числе многопрофильных реабилитационных центров и центров комплексной реабилитации инвалидов (детей-инвалидов), включая вопросы обеспеченности реабилитационных организаций кадрами (врачами, психологами, педагогами) и актуальной потребности в соответствующих кадрах для укомплектования организаций, оказывающих реабилитационные услуги инвалидам, включая детей-инвалидов; самооценки регионами сформированности системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов; фактической нуждаемости инвалидов и детей-инвалидов в субъектах Российской Федерации в услугах (мероприятиях) по реабилитации и (или) абилитации; фактической обеспеченности инвалидов и детей-инвалидов услугами (мероприятиями) по реабилитации и (или) абилитации.

Заключение. Проведенный анализ полученной от субъектов информации позволяет в целом констатировать положительную динамику формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, включая детей инвалидов по ряду изучаемых направлений. Однако, по-прежнему актуальным является ряд нерешенных нормативно-правовых задач на уровне федерального законодательства, существенно затрудняющих ход формирования комплексной системы реабилитации в Российской Федерации, требующих скорейшей проработки.

Ключевые слова. *Комплексная система реабилитации, абилитации инвалидов, детей-инвалидов, доступность реабилитационных услуг.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Порохина Жанна Вячеславовна, кандидат психологических наук, руководитель Федерального центра научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России. 127486, Москва, ул. Ивана Сусанина, 3 Тел. +7(927) 775-97-90 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6747-6455>; SPIN: 7195-5566; E-mail: jjporohina@yandex.ru

Ярков Алексей Анатольевич, заместитель руководителя Федерального центра научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России 127486, Москва, ул. Ивана Сусанина, 3 Тел. +7(910) 471-04-53 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7031-4377>; SPIN: 1840-2655; E-mail: yarkov_aa@fbmse.ru

Морозова Елена Валерьевна, кандидат психологических наук, кандидат психологических наук, заместитель руководителя Федерального центра научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России 127486, Москва, ул. Ивана Сусанина, 3 Тел. +7(910) 471-04-53 ORCID: <https://orsid.org/https://orcid.org/0000-000.-1897-5776>; SPIN: 5261-3551; E-mail: elvamorozova@yandex.ru

RESULTS OF MONITORING THE FORMATION OF A SYSTEM OF COMPREHENSIVE REHABILITATION AND HABILITATION OF DISABLED PERSONS IN THE SUBJECTS OF THE RUSSIAN FEDERATION FOR FIRST SIX MONTHS OF THE 2019

Porohina J.V., Yarkov A.A., Morozova E.V.

Federal center for scientific, methodic and methodological support for the development of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children on the basis of the Federal state budget institution Federal Bureau of medical and social expertise of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation
Moscow, Russia

Abstract

Background. The article describes the results of the Federal center for scientific, methodological and methodological support for the development of the system of complex rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children monitoring the state of the system of complex rehabilitation and habilitation of disabled people, including children with disabilities, in the Russian Federation.

Aim. The monitoring is carried out for the purpose of evaluating the implementation of the order of the President of the Russian Federation no. PR-50 of 13.01.2018, as well as the implementation of subprogram 2 “Improving the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people”, The state program “Accessible environment”, approved by the government of the Russian Federation no. 363 of 29.03.2019.

Materials and methods. Monitoring was carried out on the basis of information provided by the subjects of the Russian Federation in accordance with the reporting forms. Out of 85 subjects of the Russian Federation, 80 subjects provided information “on the formation and development of a system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children (rehabilitation passport of the subject of the Russian Federation)”; 75 subjects provided information “on an organization providing rehabilitation and (or) habilitation services to disabled people and disabled children in the subject of the Russian Federation (rehabilitation passport of the organization)”.

Results. The analysis of the main indicators provided by the subjects of the Russian Federation concerning: the current state of disability of the adult and child population of the Russian Federation; a set of measures for the formation and development of a system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children taken by the subjects of the Russian Federation, including data on regional programs (subprograms) for the formation and development of a system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people; formation of a regional legislative and regulatory framework for the comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people; creation (construction and reconstruction) of centers for the comprehensive rehabilitation of disabled people (disabled children) in the regions; availability of organizations in the regions that provide rehabilitation and (or)

habilitation services (activities), including multidisciplinary rehabilitation centers and centers for complex rehabilitation of disabled people (disabled children), including the provision of rehabilitation organizations with personnel (doctors, psychologists, teachers) and the actual need for appropriate personnel to staff organizations that provide rehabilitation services to disabled people, including children with disabilities; self-assessment by regions of the formation of a system of complex rehabilitation and habilitation of disabled people and children with disabilities; the actual need for rehabilitation and (or) habilitation services for disabled people and children with disabilities in the subjects of the Russian Federation; the actual availability of rehabilitation and (or) habilitation services for disabled people and children with disabilities.

Conclusion.: The analysis of the information received from the subjects allows us to generally state the positive dynamics of the formation of a system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people, including children with disabilities in a number of areas under study. However, there are still a number of unresolved legal issues at the level of Federal legislation that significantly complicate the formation of a comprehensive rehabilitation system in the Russian Federation and require early elaboration.

Key words: *complex system of rehabilitation, habilitation of disabled people, disabled children, availability of rehabilitation services.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Porokhina Zhanna Vyacheslavovna, PhD Psychol. Sci., Head of the Federal center for scientific, methodological and methodological support for the development of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children. 3, Ivan Susanin street, Moscow, 127486 Tel. +7(927) 775-97-90 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6747-6455>; SPIN: 7195-5566; E-mail: jporohina@yandex.ru

Yarkov Alexey Anatolevich, Deputy head of the Federal center for scientific and methodological support of the development of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children of the Federal state budgetary institution of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation 3, Ivan Susanin street, Moscow, 127486 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7031-4377>; SPIN: 1840-2655; E-mail: yarkov_aa@fbmse.ru Tel. +7 (965)391-60-55

Morozova Elena Valerievna, candidate of psychological Sciences, PhD Psychol. Sci., Deputy head of the Federal center for scientific, methodological and methodological support for the development of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children. 3, Ivan Susanin street, Moscow, 127486 Tel. +7(910) 471-04-53 ORCID: <https://orsid.org/> <https://orcid.org/0000-0002-1897-5776>; SPIN: 5261-3551; E-mail: elvamorozova@yandex.ru

Введение. Федеральным центром научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов продолжена работа по реализации мониторинга состояния системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Российской Федерации. Мониторинг проводится во исполнение поручения Президента Российской Федерации № Пр-50 от 13.01.2018 г., а также подпрограммы 2 «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов», государственной программы «Доступная среда», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 29.03.2019 г. № 363.

Цель. Мониторинг реализуется для целей оценки достаточности принимаемых субъектами Российской Федерации мер по формированию комплексной системы реабилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации.

Материалы и методы. Информация предоставлялась субъектами Российской Федерации по состоянию на конец первого полугодия 2019 года в соответствии с отчетными формами, разработанными Федеральным центром во исполнение поручения Минтруда России. Из 85 субъектов Российской Федерации 80 субъектов предоставили информацию «О формировании и развитии системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов (реабилитационный паспорт субъекта Российской Федерации)»; 75 субъектов представили информацию «Об организации, предоставляющей реабилитационные и (или) абилитационные услуги инвалидам и детям-инвалидам в субъекте Российской Федерации (реабилитационный паспорт организации)».

Также с целью оценки состояния комплексной системы реабилитации и абилитации в субъектах анализировались сведения из форм федерального статистического наблюдения № 7-собес и 7-Д (собес), базы данных ФГИС «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы» (ФГИС ЕАВИИАС МСЭ), а также сведения из открытой части ФГИС «Федеральный реестр инвалидов» (ФГИС ФРИ) и иных открытых источников.

Результаты. Проведенный анализ, предоставленных субъектом данных позволяет констатировать следующее.

Исходя из анализа общего накопленного контингента инвалидов, в том числе детей-инвалидов, наиболее актуальным является развитие предоставления реабилитационных и абилитационных услуг (мероприятий) взрослым инвалидам вследствие болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований, болезней костно-мышечной системы, психических расстройств и расстройств поведения; детям-инвалидам - вследствие психических расстройств и расстройств поведения, болезней нервной системы, врожденных аномалий (пороков развития) и хромосомных нарушений, а также эндокринных заболеваний. При этом спектр нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности, как и их тяжесть, в общем контингенте инвалидов в возрасте 18 лет и старше и детей-инвалидов чрезвычайно разнообразен.

Субъектами Российской Федерации предпринимаются меры по формированию и развитию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, к основным из которых относятся:

- разработка, утверждение и реализация региональных программ (подпрограмм) по формированию и развитию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов;
- формирование региональной законодательной и нормативной правовой базы по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов;
- создание (посредством строительства и реконструкции) многопрофильных реабилитационных центров и центров комплексной реабилитации инвалидов (детей-инвалидов).

В динамике за 2018 – 2019 гг. число субъектов Российской Федерации, получающих целевое софинансирование из средств федерального бюджета на формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, выросла с 18 до 39 регионов, или почти в 2,2 раза.

По данным, представленным субъектами Российской Федерации, 54 субъекта имеют утвержденные региональные программы (подпрограммы) или планы по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. За первое полугодие 2019 г. их доля, по сравнению с началом отчетного периода (конец 2018 г.), значительно возросла - на 61,9%.

В 2019 г. по сравнению с 2018 г. наблюдается отчетливая положительная динамика по включению в региональные программы (подпрограммы) или планы по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов РОИВ во всех основных сферах, на которые возложена реализация мероприятий, предусмотренных индивидуальными программами реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалидов, ИПРА детей-инвалидов.

Однако, по-прежнему сохраняется недостаточная включенность РОИВ в сфере культуры, а также физической культуры и спорта, в систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов.

Координатором вопросов формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в абсолютном большинстве (практически в 100% случаев), как и в 2018 г., выступает региональный орган государственной власти в сфере социальной защиты населения.

В динамике отмечается увеличение (до 94,8% или на 1,8%) количества регионов, имеющих собственное законодательное и нормативное правовое обеспечение вопросов комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов.

Вместе с тем, необходимо отметить, что, несмотря на наличие более чем в половине регионов нормативных правовых актов, регулирующих порядок межведомственного взаимодействия при осуществлении мероприятий по реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, практические механизмы реализации такого взаимодействия на данном этапе развиты недостаточно.

В ходе мониторинга состояния системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Российской Федерации уточнено количество организаций, включенных в работу по реализации ИПРА инвалидов, ИПРА детей-инвалидов – не менее 22747 таких организаций во всех основных сферах (здравоохранение, социальная защита, образование, труд и занятость, культура и искусство, физическая культура и спорт). При этом в систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в настоящее время включено 6967 (30,6% от всех организаций, так или иначе работающих с инвалидами в части реализации их ИПРА) организаций различной ведомственной подчиненности. Планируется к включению в систему комплексной реабилитации в дальнейшем - 3539 организаций.

В качестве многопрофильных реабилитационных центров и центров комплексной реабилитации инвалидов (детей-инвалидов) субъекты Российской Федерации определили 295 организаций (в 2018 г. – 228 организаций). В контексте приведенного выше анализа необходимо отметить, что регионы предоставляли указанную информацию в условиях законодательной и нормативно-правовой неопределенности понятий «реабилитационная (абилитационная) услуга», «организация, предоставляющая реабилитационные и (или) абилитационные услуги», «многопрофильный реабилитационный центр», «центр комплексной реабилитации инвалидов (детей-инвалидов)».

Данные, предоставленные субъектами, касательно обеспеченности процесса реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов врачами, педагогами и психологами констатируют что на данном этапе (по сведениям 67 регионов, представивших соответствующие показатели) в организациях, предоставляющих услуги по реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов работает 170 723 врачей, психологов и педагогов, из них: врачей – 36 284 человека, педагогов – 114769 человек, психологов – 19130 человек.

Как и в 2018 г. по представленным субъектами данным выявлен значительный дефицит квалифицированных кадров, осуществляющих мероприятия по реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов. Всего субъектами Российской Федерации заявлена потребность в 16 890 специалистах, из них: 9340 чел. (55,3%) – врачи, 3133 чел. (18,6%) – психологи, 4417 чел. (26,1%) – педагоги.

В соответствии с приказом Минтруда России от 30.06.2017 г. № 545 «Об утверждении методики оценки региональной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов» субъектами Российской Федерации была проведена самодиагностика сформированности региональной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов. По результатам анализа данных предоставляемых субъектами о проведении оценки региональной системы можно сделать следующие выводы:

- система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов находится на стадии формирования в 15 субъектах Российской Федерации (18,9% от числа принявших участие в мониторинге);

- необходимо совершенствование региональной системы в 39 субъектах Российской Федерации (49,4% от числа принявших участие в мониторинге);

- в разрезе участия в Госпрограмме в 2019 г. результаты оценки сформированности системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в сравнении с данными 2018 г. повысились в 10 (55,6% от 18 регионов, получивших целевое софинансирование из средств федерального бюджета на 2019 г.) субъектах Российской Федерации, остались на прежнем уровне в 2 (11,1%) регионов, понизилась в 1 (5,6%) субъекте (в 1 регионе в 2018 г. оценка не проводилась).

Анализ реабилитационных паспортов показал, что абсолютное большинство субъектов Российской Федерации не владеет достоверной информацией, позволяющей оценить потребность инвалидов, в том числе детей инвалидов, в услугах (мероприятиях) по основным направлениям реабилитации или абилитации в соответствии с их ИПРА.

Такая ситуация приводит к невозможности обоснованного планирования и реализации субъектами Российской Федерации мер по формированию и развитию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, в том числе строительства, реконструкции и перепрофилирования реабилитационных центров, обучения специалистов, закупки реабилитационного оборудования и т.д.

Указанная проблема может быть решена посредством ведения субъектами Российской Федерации межведомственной электронной базы данных ИПРА инвалидов, ИПРА детей-инвалидов, в том числе с использованием сервисов ФГИС ФРИ и с внесением в базу данных не только выписок из ИПРА, предусмотренных положениями приказа Минтруда России от 13.06.2017 г. № 486н «Об утверждении порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм» и поступающих в государственные органы исполнительной власти регионов, на которые возложено исполнение мероприятий ИПРА, но и сведений об ИПРА (ИПР) инвалидов, разработанных и выданных за прошедшее время.

При этом для целей рационального планирования мероприятий по реабилитации и абилитации с учетом профиля и специфики работы организаций, включенных в систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов субъекта Российской Федерации, также представляется целесообразным ведение базы данных с учетом нозологических форм заболеваний, последствий травм, дефектов, а также стойких нарушений функций и ограничений жизнедеятельности инвалидов, к которым они привели.

Также проведенный мониторинг показал уточненные по сравнению с 2018 г. данные о возможности обеспечения инвалидов и детей-инвалидов реабилитационными (абилитационными) услугами (мероприятиями) в регионах, в которых они проживают, в соответствии с рекомендациями в их ИПРА: услуги (мероприятия) в сфере социальной защиты инвалиды и дети-инвалиды могут получить в 92,4% регионов (в 2018 г. по взрослым инвалидам этот показатель составлял в среднем 86%), в сфере здравоохранения – в 67,1% (в 2018 г. – 78,5%), в сфере образования – в 64,6% (в 2018 г. – 34%), в сфере труда и занятости – в 75,9% (в 2018 г. – 63%), в сфере физической культуры и спорта - в 53,2% (в 2018 г. – 62,5%).

При этом услуги (мероприятия) по всем основным направлениям реабилитации и абилитации (социальная защита, здравоохранение, образование, труд и занятость, физическая культура и спорт) в первом полугодии инвалиды взрослого возраста смогли получить в 44 регионах, а дети-инвалиды – в 41 регионе, тогда как в

2018 г. только 7 субъектов указало, что инвалидам, в том числе детям-инвалидам, предоставляются реабилитационные услуги и мероприятия во всех основных сферах.

Заключение. Таким образом, обобщая итоги сведений, предоставленных субъектами, а также сведений из других открытых источников, касательно формирования комплексной системы реабилитации и абилитации инвалидов в Российской Федерации, в целом можно констатировать положительную динамику данной деятельности по ряду направлений.

Структура и анализ общего накопленного контингента инвалидов, включая детей-инвалидов, характеризуется широким спектром нозологических форм заболеваний и с самыми разнообразными нарушениями функций организма и ограничениями жизнедеятельности, что свидетельствует о необходимости дальнейшего развития комплексного подхода по системному оказанию реабилитационных и абилитационных услуг (мероприятий) во всех основных сферах (здравоохранения, социальной защиты, образования, труда и занятости, культуры и искусства, физической культуры и спорта), предоставляемых инвалидам вследствие высокой потребности в данных услугах.

Субъектами Российской Федерации предпринимаются активные меры в части разработки, утверждения и реализации региональных программ (подпрограмм) по формированию и развитию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

Наблюдается положительная динамика по включению в систему реабилитации в субъектах всех органов исполнительной власти, обязанных обеспечивать реализацию реабилитационного процесса на комплексной основе. Однако, сфера культуры и физической культуры и спорта по-прежнему не активно включена в данный процесс.

Также активная деятельность, в рамках реализации программ (подпрограмм) по формированию комплексной системы реабилитации в субъектах, проводится в части разработки региональной законодательной нормативно-правовой базы по вопросам комплексной реабилитации, абилитации.

Субъектами активно реализуются планы по развитию реабилитационной инфраструктуры в части строительства и реконструкции многопрофильных реабилитационных центров; по развитию материально-технической базы посредством оснащения оборудованием реабилитационных организаций; укреплению кадрового потенциала реабилитационной сферы (обучения и подготовки кадров для оказания реабилитационных и абилитационных услуг инвалидам, детям-инвалидам) и др.

Однако, несмотря на положительные тенденции в формировании комплексной системы реабилитации в Российской Федерации, по-прежнему актуальным является ряд нерешенных нормативно-правовых задач, связанных с формированием нормативно-правового регулирования для обеспечения межведомственного взаимодействия, а также задач нерешенных на уровне федерального законодательства, существенно затрудняющих ход формирования и эффективного функционирования комплексной системы реабилитации в Российской Федерации, требующих скорейшей проработки.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

УДК:616-036.82

РАЗВИТИЕ СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

Аннотация

Введение. Инвалиды имеют равное с другими гражданами право на самостоятельный образ жизни, выбор места пребывания и жительства. Возможность лица с инвалидностью воспользоваться данным правом в настоящее время может быть осуществлено посредством реализации различных технологий сопровождаемого проживания.

Внедрение в стране стационарозамещающих технологий будет способствовать формированию основ самостоятельного образа жизни инвалидов, повышению уровня и качества их жизни, даст возможность людям с ограничениями жизнедеятельности полноценно трудиться и интегрироваться в общество.

Цель. Оценить динамику развития технологий сопровождаемого проживания в субъектах Российской Федерации.

Материалы и методы. В статье использованы материалы, представленные из 85 субъектов Российской Федерации по организации технологий сопровождаемого проживания. Для анализа и обобщения данных применялись методы научного системно-структурного и статистического анализа и синтеза.

Результаты. Технологии сопровождаемого проживания реализуются в 69 субъектах Российской Федерации (81,2%). Работа по внедрению ведется поэтапно. Подготовительный этап реализован во всех 69 субъектах Российской Федерации, учебный этап – в 55 субъектах, постоянное сопровождаемое проживание – реализуется в 48 субъектах. В целом за год можно отметить положительную динамику по развитию данного направления. Наибольший рост обусловлен за счет субъектов, реализующих учебный этап число которых выросло на 27,9% (с 43 до 55).

Заключение. Результаты мониторинга, проведенные на различных этапах исследования, позволили выявить динамику внедрения технологий сопровождаемого проживания в субъектах Российской Федерации и оценить эффективность принимаемых мер на государственном и региональном уровне. Полученные данные могут быть использованы для совершенствования деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по развитию сопровождаемого проживания и определению подходов к деинституализации интернатной системы в России.

Ключевые слова: *Сопровождаемое проживание, права инвалидов, качество жизни, стационарные учреждения социального обслуживания.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Кожушко Людмила Александровна, кандидат медицинских наук, Санкт-Петербург, ул. Бестужевская 50, 195067, Санкт-Петербург, Россия.

+7 (911) 211-26-47 ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3291-6606>, Email: l.timch@mail.ru

Владимирова Оксана Николаевна, кандидат медицинских наук, директор института социальной реабилитации и абилитации инвалидов, Санкт-Петербург, Россия.

+7 (921)348-09-37 Email: vladox1204@yandex.ru

DEVELOPMENT OF ASSISTED LIVING IN THE SUBJECTS OF THE RUSSIAN FEDERATION

Kozhushko L.A., Vladimirova O.N.

Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
St.Petersburg, Russia

Abstract

Background. Persons with disabilities have the same right as other citizens to an independent lifestyle and a choice of place of residence and domicile. The ability of a person with a disability to take advantage of this right, with the availability of its implementation, taking into account the evidence and the availability of appropriate predictors and motivation, can now be realized through the implementation of various technologies of assisted living.

The introduction of hospital-replacing technologies in the country will contribute to the formation of the foundations of an independent lifestyle for people with disabilities, increase the level and quality of their lives, and will enable people with disabilities to fully work and integrate into society.

Aim is to evaluate the dynamics of the development of technologies of accompanied living in the subjects of the Russian Federation

Materials and methods. The study was conducted on the basis of materials submitted by executive authorities of 85 constituent entities of the Russian Federation. Study Stages 2018 and 2019.

Results. Accompanied living technologies are implemented in 69 constituent entities of the Russian Federation (81.2%). Implementation work is being carried out in stages. The preparatory phase was implemented in all 69 constituent entities of the Russian Federation, the training phase - in 55 constituent entities, permanent accompanied accommodation - implemented in 48 constituent entities. In general, over the year, positive dynamics in the development of this direction can be noted. The greatest growth was due to the subjects implementing the educational stage, the number of which increased by 27.9% (from 43 to 55).

Conclusion. The monitoring results, carried out at various stages of the study, made it possible to identify the dynamics of the introduction of technologies of accompanied living in the constituent entities of the Russian Federation and to evaluate the effectiveness of measures taken at the state and regional levels. The data obtained can be used to improve the activities of the executive authorities of the constituent entities of the Russian Federation in the development of accompanied living and in determining approaches to the deinstitutionalization of the boarding system in Russia.

Keywords: *assisted living, rights of disabled people, quality of life, patient-in social services*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Lyudmila Alexandrovna Kozhushko, Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Social Rehabilitation and Habilitation of Disabled Persons, 195067, St. Petersburg, Russia.

Oksana Nikolaevna Vladimirova Candidate of Medical Sciences, Director of the Institute Head of the Department of Social Rehabilitation and Habilitation of Disabled Persons, 195067, St. Petersburg, Russia.

Введение. Приоритетной задачей государства является обеспечение полной реализации инвалидами всех прав и основных свобод, в том числе право на собственное жилье, труд, достойную среду обитания, участие в жизни общества. Одно из направлений ее решения – развитие сопровождаемого проживания.

Сопровождаемое проживание - технология социального обслуживания, которая предусматривает предоставление инвалидам услуг вне стационарных учреждений, по месту их проживания в привычной благоприятной среде.

Инвалиды имеют право жить в обычных местах проживания, при равных вариантах выбора с другими людьми и участвовать в жизни общества⁴⁰. Становление сопровождаемого проживания людей с инвалидностью актуализировано в связи с вступлением в силу новых нормативных правовых документов, и поправок в уже действующие документы на территории Российской Федерации, которые определило ратификация в 2012 г. «Конвенции о правах инвалидов».

Развитие этого направления в нашей стране встраивается в Концепцию развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов и сопровождения при организации их жизнеустройства. В рамках реализации Концепции все субъекты разрабатывают проекты программ по совершенствованию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, обязательным условием для софинансирования которых, является включение мероприятий по развитию технологий сопровождаемого проживания.

Цель. Оценить динамику развития технологий сопровождаемого проживания в субъектах Российской Федерации.

Материалы и методы. Исследование проведено по материалам, представленным исполнительными органами власти 85 субъектов Российской Федерации. Этапы исследования 2018 и 2019 гг.

Метод исследования. Сплошное статистическое исследование, для целей которого, разработана система индикаторов, согласованная с Минтрудом России и общественными организациями, по широкому кругу вопросов развития технологий сопровождаемого проживания (193 показателя).

Результаты исследования. Анализ мониторинга показал, что технологии сопровождаемого проживания реализуются в 69 субъектах Российской Федерации (81,2%), что на 1 субъект больше по сравнению с данными 2018 г.

Подготовительный этап реализован во всех 69 субъектах Российской Федерации, учебный этап – в 55 субъектах, постоянное сопровождаемое проживание – реализуется в 48 субъектах. Наибольший рост обусловлен за счет субъектов, реализующих учебный этап число которых выросло на 27,9% (с 43 до 55).

Как показали результаты исследования, учебное сопровождаемое проживание в субъектах Российской Федерации реализуется в трех формах: путем организации тренировочных квартир на базе центров социального обслуживания, в жилых домах и в стационарных учреждениях социального обслуживания (детских и взрослых).

Тренировочная квартира представляет собой специально подготовленное и оборудованное жилое помещение для проживания в течение непродолжительного времени (обычно от трех месяцев до года) небольшой группы людей (до 7 человек) с ограничениями жизнедеятельности при сопровождении социальными работниками. Проживающие обучаются навыкам самообслуживания, составления домашнего бюджета, ведения домашнего хозяйства, осуществления различных платежей (оплаты покупок в магазинах, коммунальных платежей и др.), организации досуга.

⁴⁰ Конвенция о правах инвалидов. - ООН, 2006. - URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения 12.02.2019)

2. Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12.12.1993 (с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 г. № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 г. № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 г. № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 г. № 11-ФКЗ).- URL: [Consultant.ru>document/cons_doc_LAW_28399/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/) (дата обращения 12.02.2019).

3. Федеральный закон Российской Федерации от 25.06.1993 г. № 5242-1(ред. от 03.04.2017 г.) «О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_2255/ (дата обращения 12.02.2019).

По данным мониторинга на 1.10.2019г. в 55 субъектах Российской Федерации функционирует 186 тренировочных квартир, в т.ч. 153 (82,2%) квартиры в стационарных учреждениях социального обслуживания (82 – в ПНИ, 49 – в ДДИ, 22 – в других стационарных учреждениях), 21 квартира (11,3%) – в реабилитационных центрах (центрах социального обслуживания населения) и 12 (6,5%) квартир организовано в жилом фонде.

Установлено, что инвалиды, проживающие в стационарных учреждениях, проходят подготовку к сопровождаемому проживанию в тренировочных квартирах организованных на базах этих учреждений, а инвалиды, проживающие в семьях – в квартирах организованных в жилом фонде и в реабилитационных центрах.

Как показали результаты исследования, учебные квартиры при центрах реабилитации инвалидов организованы региональными органами исполнительной власти, а учебные квартиры в жилом фонде в основном - общественными организациями.

На сегодняшний день – наибольшее число тренировочных квартир организовано при стационарных учреждениях социального обслуживания. Они функционируют в 49 субъектах Российской Федерации, из них в 29 субъектах - в структуре ПНИ, в 35 субъектах – в структуре ДДИ, и в 17 субъектах – и в ДДИ и в ПНИ. Основной рост субъектов - на 25% (с 28 до 35), реализующих технологии учебного этапа в 2019 году наблюдается за счет организации тренировочных квартир в структуре ДДИ.

Общее количество стационарных учреждений, использующих технологии учебного этапа в субъектах Российской Федерации – выросло на 47,1% с 104 до 153, в т.ч. в структуре ДДИ - на 58% - с 31 до 49, в структуре ПНИ - на 32,3% с 62 до 82, в структуре др. стационарных учреждений – на 50% с 11 до 22.

Постоянное сопровождаемое проживание инвалидов в субъектах Российской Федерации реализуется в двух формах: индивидуальное и малыми группами.

Индивидуальное сопровождаемое проживание – организуется путем оказания инвалиду необходимой помощи в повседневной жизни при его самостоятельном проживании в жилом помещении (квартире, комнате, частном доме и др.). Помещение может находиться в собственности инвалида, быть арендованным (на правах социального или коммерческого найма) или принадлежать др. лицам. Как правило, индивидуальное сопровождаемое проживание предоставляется инвалидам, которые прошли этап обучения в тренировочных квартирах, овладели навыками самообслуживания и самостоятельности в различных сферах жизнедеятельности и нуждаются в периодическом сопровождении.

По данным анализа индивидуальная форма сопровождаемого проживания реализуется в 25 субъектах Российской Федерации. Всего в отчетном периоде было предоставлено инвалидам 47 квартир для сопровождаемого проживания, из них абсолютное большинство - 40 квартир (85,1%) за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации.

Групповое сопровождаемое проживание реализуется путем предоставления услуг и мероприятий по сопровождению инвалидам при их совместном проживании малыми группами в отдельных жилых помещениях (4-7 человек, с размещением в одной комнате не более 2-х человек). Данная форма сопровождаемого проживания реализована – в 41 субъекте Российской Федерации (85,4 % от 48, в которых реализуется постоянный этап).

Основные формы реализации данной технологии – квартиры сопровождаемого проживания, организованные в отдельных жилых домах (дом на группу/ы), квартиры сопровождаемого проживания, организованные в многоквартирных жилых домах, отнесенные к Жилищному фонду (разного вида использования), а также помещения квартир типа стационарных учреждений социального обслуживания.

Отдельные жилые дома (дом на группу) организованы в 23 субъектах Российской Федерации. Всего функционирует 42 дома, различной формы собственности.

По данным мониторинга общее количество квартир сопровождаемого проживания в субъектах Российской Федерации на 01.10.2019 г. составило 190 единиц, из них квартир в домах жилищного фонда 55 единиц (29,0%), в структуре стационарных учреждений социального обслуживания 135 (71,0%) квартир.

В 2020 году планируется открыть 173 квартиры сопровождаемого проживания, однако только 18 из них (10,4%) - в жилых помещениях, остальные 155 (89,6%) - в структуре стационарных учреждений (72 квартиры в ПНИ, 9– в ДДИ и 74 - в других стационарных учреждениях).

В 2019 году отмечается рост численности инвалидов, получающих услуги в рамках сопровождаемого проживания – на 36,9% - с 2545 до 3485 чел. Половина из них 1797 чел. (51,5%), проходили подготовку к сопровождаемому проживанию в тренировочных квартирах, остальные 1688 человек (48,5%) находятся на постоянном проживании, при этом получают услуги по сопровождению периодически – 134 чел., регулярно – 415 чел., постоянно - 1139 человек.

Данный факт свидетельствует о том, что большинство инвалидов (67,5%), находящихся на сопровождаемом проживании имеют тяжело-выраженные нарушения функций и 3 степень ограничения жизнедеятельности по основным категориям.

В 2019 году на сопровождаемое проживание было направлено 1465 чел., нуждаются в данной форме проживания еще 10 847 человек из них 9678 чел. - с психическими нарушениями.

С целью совершенствования работы в этом направлении специалисты ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России разработали критерии, по которым будет проводиться отбор лиц с психическими нарушениями для самостоятельного проживания и оцениваться их способность к трудоустройству. В 2020 году планируется апробировать данные критерии в пилотных субъектах Российской Федерации.

Заключение. Таким образом, отмечается положительная динамика по развитию технологий сопровождаемого проживания в субъектах Российской Федерации: рост числа субъектов реализующих это направление, охват инвалидов данной формой жизнеустройства и планирование новых мероприятий по их организации.

Создание условий, замещающих обслуживание в стационаре, на сопровождение лиц с тяжелыми нарушениями здоровья в обычных местах проживания предопределяет интеграцию людей с инвалидностью в активную жизнедеятельность общества и способствует повышению их качества жизни.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

УДК 369.8:616.052: 616.083: 616-036.86

ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ ПРОЖИВАТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО У ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ

Владимирова О.Н., Ишутина И.С., Шабанова О.А.
ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Приоритетным направлением социальной политики государства является обеспечение всех граждан равными возможностями для доступа к социальным, экономическим, культурным ценностям, гарантирование всем членам общества уважения к личности и соблюдения прав каждого. Для реализации своих гражданских прав и обязанностей инвалиды нуждаются в поддержке общества и государства. Право каждого человека на свободное передвижение, выбор места пребывания и жительства гарантируется Конвенцией «О правах инвалидов» ООН,[1], Конституцией Российской Федерации и Законом Российской Федерации от 25.06.1993 № 5242-1 «О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации».

Цель. Разработка критериев оценки способности лиц с нарушением психических функций проживать самостоятельно и быть частично трудоспособным.

Материалы и методы. Инвалиды с нарушениями психических функций – инвалиды с интеллектуальными и психическими расстройствами, имеющие, как правило, коммуникативные, поведенческие, интеллектуальные и эмоциональные отклонения, значительно влияющие на их интеграцию и социализацию в обществе, и требующие особых мер для организации их жизнеустройства и трудоустройства, включая их сопровождение. Сопровождение инвалидов может осуществляться с использованием различных технологий и методик, в том числе стационарозамещающих. При определении перечня услуг, необходимых при сопровождаемом проживании инвалидов, следует учитывать нуждаемость инвалида в получении таких услуг, состояние здоровья, возраст, зависимость от посторонней помощи.

Результаты. Критерии оценки способности лиц с нарушением психических функций проживать самостоятельно и быть частично трудоспособным (далее – критерии) включают оценку: – регулярности услуг сопровождения; – объёма услуг сопровождения; – вида (характера) сопровождения; – необходимость услуг персонального ассистента.

Заключение. Критерии разработаны для определения дифференцированных подходов к оценке нуждаемости отнесения граждан, страдающих психическими расстройствами, к частично трудоспособным и способным проживать самостоятельно с учетом предоставления им необходимых социальных услуг с учетом положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. В критериях оценки способности лиц с нарушением психических функций проживать

самостоятельно и быть частично трудоспособным мы использовали понятие автономия лица и степень автономии.

Ключевые слова: инвалиды с нарушениями психических функций, сопровождение, автономия лица, типы сопровождения.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Шабанова Оксана Антоновна, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации инвалидов, Института реабилитации и абилитации инвалидов, ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, ул. Бестужевская, дом 50, Санкт-Петербург, 195067, Российская Федерация, Тел.: +7(911)-257-42-64, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8019-8963> ResearcherID: O-3246-2014 Elibrary SPIN-код: 3085-5255 E-mail: expert-oksana@mail.ru

Владимирова Оксана Николаевна - кандидат медицинских наук, директор Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России 195067, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, 50 Телефон: 8 (812) 543-97-72 e-mail: vladox1204@yandex.ru ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6692-2882> SPIN-код: 6405-4757

Ишутина Инна Сергеевна, кандидат медицинских наук, руководитель отдела медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации инвалидов, Института реабилитации и абилитации инвалидов, ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, ул. Бестужевская, дом 50, Санкт-Петербург, 195067, Российская Федерация, тел.8-905-266-83-54, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6640-904X> Elibrary SPIN-код: 3433-3029 e.mail: in.ishutina@yandex.ru

AN ASTIMATE OF POSSIBILITIES OF INDEPENDENT LIVING FOR PEOPLE WITH MENTAL DISABILITIES

Vladimirova O.N., Ishutina I.S., Shabanova O.A.
Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
St. Petersburg, Russian Federation

Abstract

Background. Priority direction of social politics of the state is providing of all citizens equal possibilities for access to the social, economic, cultural values, avouching for all members of society of respect to personality and observance of rights each. For realization of the civil laws and duties invalids need support of society and state. Every human right on a free movement, the choice of place of stay and inhabitation is guaranteed by Convention “About rights for the invalids” of the UNO, by Constitution of Russian Federation and Law of Russian Federation from 25.06.1993 № 5242-1 “About a right for the citizens of Russian Federation on freedom of movement, choice of place of stay and inhabitation within the limits of Russian Federation”.

Aim. Development of criteria of estimation of ability of persons with violation of psychical functions to live independently and to be partly able to work.

Materials and methods. Invalids with violations of psychical functions are invalids with intellectual and psychical disorders, having, as a rule, communicative, поведенческие, intellectual and emotional rejections considerably influencing on their integration and socialization in society, and requiring the special measures for organization of them жизнеустройства and employments, including their accompaniment. Accompaniment of invalids can come true with the use of different technologies and methodologies, including стационарозамещающих. At determination of list of services necessary at the accompanied residence of invalids, it is necessary to take into account a нуждаемость invalid in the receipt of such services, state of health, age, dependence on an extraneous help.

Results. Criteria of assessing of ability of persons with violation of psychical functions to live independently and to be partly able (further are criteria) to work include an estimation: - to regularity of services of accompaniment; - volume of services of accompaniment; - type (character) of accompaniment; it is a necessity of services of the personal assistant.

Conclusion. Search criteria for the necessary differentiated approaches to assessing the needs of citizens suffering from mental disorders, which partially include the able-bodied and able to independently take into account the provision of the necessary social services to them, taking into account the main functioning capabilities, disability and health. In the criteria for assessing a person's ability to disrupt mental functions, we must understand the concept of face autonomy and the degree of autonomy.

Key words: disabled people with mental disorders, accompaniment, autonomy of a person, types of accompaniment.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Shabanova Oksana Antonovna – Candidate of Medical Sciences, Leading Researcher at the Department of Medical and Social Expertise and Medical Rehabilitation of Disabled Persons, Institute for Rehabilitation and Abilitation of Disabled Persons, Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, ul. 50

Bestuzhevskaya, St. Petersburg, 195067, Russian Federation, tel.: +7-911-257-42-64, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8019-8963> ResearcherID: O-3246-2014 Elibrary SPIN-код: 3085-5255; e-mail: expert-oksana@mail.ru

Vladimirova Oksana Nikolaevna - Candidate of Medical Sciences, Director of the Institute for Rehabilitation and Abilitation of Disabled Persons of the Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, 195067, Russia, St. Petersburg, ul. Bestuzhevskaya, 50 Phone: 8 (812) 543-97-72 e ORCID:<http://orcid.org/0000-0001-6692-2882>; SPIN-код: 6405-4757 e-mail: vladox1204@yandex.ru

Ishutina Inna Sergeevna, Candidate of Medical Sciences, head at the Department of Medical and Social Expertise and Medical Rehabilitation of Disabled Persons, Institute for Rehabilitation and Abilitation of Disabled Persons, Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, ul. 50 Bestuzhevskaya, St. Petersburg, 195067, Russian Federation, tel.: 8-905-266-83-54 ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6640-904X> Elibrary SPIN-код: 3433-3029, e-mail: in.ishutina@yandex.ru

Введение. Право каждого человека на свободное передвижение, выбор места пребывания и жительства гарантируется Конвенцией «О правах инвалидов» ООН, Конституцией Российской Федерации и Законом Российской Федерации от 25.06.1993 № 5242-1 «О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации».

Приоритетным направлением социальной политики государства является обеспечение всех граждан равными возможностями для доступа к социальным, экономическим, культурным ценностям, гарантирование всем членам общества уважения к личности и соблюдения прав каждого. Для реализации своих гражданских прав и обязанностей инвалиды нуждаются в поддержке общества и государства.

Цель. Целью данного исследования является разработка критериев оценки способности лиц с нарушением психических функций проживать самостоятельно и быть частично трудоспособным.

Материалы и методы. Инвалиды с нарушениями психических функций – инвалиды с интеллектуальными и психическими расстройствами, имеющие, как правило, коммуникативные, поведенческие, интеллектуальные и эмоциональные отклонения, значительно влияющие на их интеграцию и социализацию в обществе, и требующие особых мер для организации их жизнеустройства и трудоустройства, включая их сопровождение.

Результаты исследования. В критериях оценки способности лиц с нарушением психических функций проживать самостоятельно и быть частично трудоспособным мы использовали понятие автономия лица и степень автономии.

Автономия лица - самостоятельность, способность или право гражданина действовать на основании установленных (сделанных, составленных им самим) принципов.

Степень автономии лица определяется дифференцированно с учетом единой шкалы оценки МКФ, в зависимости от необходимой поддержки.

Автономия лица незначительно затруднена (незначительная нуждаемость в поддержке - 1 степень):

- услуги сопровождения - периодически (время от времени) 1 раз в неделю;
- объем услуг сопровождения (до 4 часов/нед.);
- «Сопровождение по запросу»;
- персональный ассистент не требуется.

Автономия лица умеренно затруднена (умеренная нуждаемость в поддержке - 2 степень):

- услуги сопровождения – периодически до 1 раза в сутки;
- объем услуг сопровождения (от 4 до 12 час / нед., суммарно);
- «Ассистирующее участие /контролирующее сопровождение» (нуждается в участии сопровождающего, напоминании и контроле);
- персональный ассистент (требуется для группы).

Автономия лица выраженно затруднена (выраженная нуждаемость в поддержке - 3 степень):

- услуги сопровождения - регулярно 2-4 раза в сутки;
- объем услуг сопровождения 4-8 часов / сутки (суммарно);
- «Руководящее участие и совместное выполнение» (нуждается в руководстве к действию и в совместном выполнении действий);
- персональный ассистент - требуется для малой группы.

Автономия лица значительно выраженно затруднена (значительно выраженная нуждаемость в поддержке - 4 степень):

- услуги сопровождения - постоянно 5-6 раз в сутки и более;
- объем услуг сопровождения - выше 8 часов и более / сутки суммарно;

– нуждается в замещении действий действиями сопровождающего (невозможность самостоятельной деятельности);- персональный ассистент – требуется индивидуально.

Для разработки оценочных критериев под понятием «самостоятельное проживание» понимались измеримые критерии разделов «Активность и участие» МКФ, с особым вниманием к доменам подразделов «Самообслуживание» (d510-599) и «Бытовая жизнь» (d610-699). Под термином «быть трудоспособным» понимались домены МКФ из подраздела «Основные сферы жизни», покрывающего функции, важные для успешного осуществления работы, занятости, образования (d 840-859). Критерии и домены МКФ обладают большой внутренней связностью, взаимным соответствием клинических, клинико-психологических и медико-социальных аспектов нарушения психического здоровья.

Введение доменов МКФ в критерии оценки самостоятельного проживания и трудоспособности лиц с нарушениями психических функций позволило:

- уточнить содержание отличительных признаков, на основании которых производится оценка;
- измерить признаки с помощью единой шкалы МКФ;
- использовать в качестве критериев не столько медицинские показатели, сколько активность и участие граждан в обычных социальных отношениях в естественных жизненных ситуациях;
- привлечь для оценки доменов специалистов с различным образованием, прежде всего, с образованием по направлению «Социология и социальная работа».

Критериями определения типа сопровождения при организации сопровождаемого проживания граждан с психическими расстройствами, являются:

1. Тип Сопровождения I - «сопровождение по запросу»:

– самостоятелен и не нуждается в помощи и компенсации в следующих семи доменах: обучение и применение знаний, общение, мобильность, самообслуживание, бытовая жизнь, межличностные отношения, главные сферы жизни;

– в остальных двух доменах (общие задачи и требования, жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь) нуждается в напоминании и контроле;

– не страдает заболеванием или нарушением функционирования, требующим регулярного наблюдения и контроля со стороны персонала.

2. Тип Сопровождения II - «ассистирующее/контролирующее участие»

– нуждается в напоминании и контроле/участии в одном и более из следующих семи доменов: обучение и применение знаний, общение, мобильность, самообслуживание, бытовая жизнь, межличностные отношения, главные сферы жизни;

– вид необходимой помощи и компенсации в остальных двух доменах варьируется от отсутствия необходимости (не нуждается в помощи и компенсации) до вида 2 (нуждается в участии сопровождающего).

– страдает заболеванием или нарушением функционирования, требующим регулярного наблюдения и контроля со стороны персонала.

3. Тип Сопровождения III - «руководящее участие и совместное выполнение»:

– нуждается в участии и в руководстве к действиям сопровождающего в одном и более из следующих семи доменов: обучение и применение знаний, общение, мобильность, самообслуживание, бытовая жизнь, межличностные отношения, главные сферы жизни;

– вид необходимой помощи и компенсации в остальных двух доменах варьируется от отсутствия необходимости (не нуждается в помощи и компенсации) до вида 3 (руководство к действию и совместное выполнение действий);

– страдает заболеванием или нарушением функционирования, требующим регулярного наблюдения и контроля со стороны персонала.

4. Тип Сопровождения IV - «замещающее выполнение и уход»:

– нуждается в поддержке в форме замещения действий действиями сопровождающего в одном и более из следующих семи доменов: обучение и применение знаний, общение, мобильность, самообслуживание, бытовая жизнь, межличностные отношения, главные сферы жизни;

– страдает заболеванием или нарушением функционирования, требующим постоянного наблюдения, контроля и помощи со стороны персонала.

Заключение. Таким образом, для обеспечения возможности самостоятельного проживания граждан с психическими нарушениями, в т.ч., с учетом реализации стационарозамещающих технологий, необходимо учитывать объем, периодичность и тип социального сопровождения. Определение данных показателей рекомендуется проводить на основе тяжести функциональных нарушений, ограничений жизнедеятельности и влияния контекстных факторов (внешних и личностных) с использованием МКФ инструментария.

Меры воздействия, привязанные к категориям МКФ и степени выраженности нарушений, позволят комплексно подойти к определению необходимой помощи при сопровождаемом проживании лиц с данными нарушениями.

Источник финансирования. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Конвенция о правах инвалидов. - ООН, 2006. Ссылка активна на 25.02.2020 [Convention on the Rights of Persons with Disabilities. – UN, 2006. (In Russ.)]
http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml

УДК 364.075.2

ВОСТРЕБОВАННОСТЬ В СОПРОВОЖДАЕМОМ ПРОЖИВАНИИ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОПРОСА ГРАЖДАН, ПОЛУЧАЮЩИХ СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРНАТАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Веревкин И.А.¹, Калинина В.В.¹, Гусева Е.С.¹, Черюканов А.В.², Мещанинова Т.П.³, Чеминава Т.В.⁴, Юзефович А.С.⁵, Костив И.Г.⁶, Белая С.В.⁷, Чистяков Е.В.⁸

¹Санкт-Петербургское государственное автономное стационарное учреждение социального обслуживания «Психоневрологический интернат №10» им. В.Г. Горденчука

²СПБ ГБУСО «Психоневрологический интернат №1»

³СПБ ГБУСО «Психоневрологический интернат №2»

⁴СПБ ГБУСО «Психоневрологический интернат №3»

⁵СПБ ГБУСО «Психоневрологический интернат №4»

⁶СПБ ГБУСО «Психоневрологический интернат №6»

⁷СПБ ГБУСО «Психоневрологический интернат №7»

⁸СПБ ГБУСО «Психоневрологический интернат №9»

Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. В статье представлен анализ данных полученных в ходе опроса граждан с психопатологией, получающих социальные услуги в государственных стационарных учреждениях социального обслуживания, находящихся в ведении Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга, о необходимости внедрения и апробации стационарозамещающей технологии на государственном уровне.

Цель исследования: изучение потребности граждан, получающих социальные услуги в государственных стационарных учреждениях социального обслуживания (психоневрологических интернатах), в сопровождаемом проживании.

Материалы и методы. Приводятся статистические данные по количеству граждан, проживающих в психоневрологических интернатах Санкт-Петербурга, желающих перейти на формат сопровождаемого проживания. В качестве основного метода использовался устный и письменный опрос получателей социальных услуг по заранее разработанной анкете.

Результаты исследования. Проведенный опрос среди граждан с психопатологией, получающих социальные услуги в государственных стационарных учреждениях социального обслуживания (психоневрологических интернатах), находящихся в ведении Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга, позволил изучить потребность внедрения и апробации сопровождаемого проживания как стационарозамещающей технологии для данной категории граждан.

Заключение. На основании вышеперечисленных результатов можно сделать следующие выводы: из 1647 человек (100%) 613 человек (37%) хотели бы жить самостоятельно, 510 человек (31%) предпочитают остаться в психоневрологическом интернате и 524 человека (32%) выражают свое желание жить и работать в центре сопровождаемого проживания, а также предполагают, что смогут обеспечивать себя материально, оплачивать коммунальные услуги, ходить в магазин, покупать и готовить еду, организовать свой уклад жизни.

Одновременно с внедрением технологии сопровождаемого проживания в Санкт-Петербурге необходимо разработать современную модель психоневрологических интернатов, позволяющую реализовать учебный

(тренировочный) этап сопровождаемого проживания. Практическое совместное применение новой стационарозамещающей технологии и новой модели психоневрологических интернатов позволяет минимизировать число граждан, неспособных адаптироваться к самостоятельной жизни в социуме.

Ключевые слова: сопровождаемое проживание, психоневрологический интернат, инвалиды с психопатологией, граждане пожилого возраста.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Веревкин Иван Александрович, адрес: 193312, Санкт-Петербург, ул. Коллонтай, д.36; телефон: 8(911)2057775; e-mail: gaypni-10@yandex.ru

Калинина Вера Викторовна, адрес: 193312, Санкт-Петербург, ул. Коллонтай, д.36; телефон: 8(911)2057772; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4299-2370>; e-mail: kali-vera@yandex.ru

Гусева Екатерина Станиславовна, адрес: 193312, Санкт-Петербург, ул. Коллонтай, д.36; телефон: 8(921)7772477; e-mail: estimonova@gmail.com

Черюканов Александр Вячеславович, адрес: 197720, Санкт-Петербург, г. Зеленогорск, ул. Мира, д.6, телефон: 8(812)4338880; e-mail: pni-1@mail.ru

Мещанинова Татьяна Петровна, адрес: 198515, Санкт-Петербург, г. Петродворец, Санкт-Петербургское шоссе, д. 130, телефон: 8(921)9413949; e-mail: pni2@mail.ru

Чеминава Теймураз Варламович, адрес: 198504, Санкт-Петербург, г. Петродворец, Заячий пр., д.3, телефон: 8(921)9636402; e-mail: pni-3@mail.ru

Юзefович Александр Святославович, адрес: 196602, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Павловское шоссе, д.67; телефон: 8(921)9572462; e-mail: pni-4-2010@yandex.ru

Костив Ирина Григорьевна, адрес: 197729, Санкт-Петербург, пос. Смолячково, Приморское шоссе, д.675; телефон: 8(911)7036258; e-mail: pni6-pni6@mail.ru, pni6spb@mail.ru

Белая Светлана Владимировна, 198264, Санкт-Петербург, пр. Ветеранов, д.180, телефон: 8(921)4209848; e-mail: pni7@rambler.ru

Чистяков Евгений Владимирович, 198320, Санкт-Петербург, Красное Село, ул. Красногородская, д. 1, телефон: 8(921)8907903; e-mail: pni9@mail.ru

DEMAND FOR ACCOMPANIED ACCOMMODATION FOR SOCIAL SERVICE RECIPIENTS BASED ON THE RESULTS OF A SURVEY OF CITIZENS RECEIVING SOCIAL SERVICES IN PSYCHONEUROLOGICAL BOARDING SCHOOLS FOR ADULTS IN SAINT PETERSBURG

Verevkin I.A.¹, Kalinina V.V.¹, Guseva E.S.¹, Cherukanov A.V.², Meshchaninova T.P.³, Cheminava T.V.⁴, Uzefovich A.S.⁵, Kostiv I.G.⁶, Belaya S.V.⁷, Chistyakov E.V.⁸

¹St. Petersburg State Autonomous Stationary Establishment of Social Service “Psychoneurological Boarding No. 10” named after V.G. Gordenchuk, St. Petersburg.

²St. Petersburg State Budgetary Stationary Establishment of Social Service “Psychoneurological Boarding No. 1”, St. Petersburg

³St. Petersburg State Budgetary Stationary Establishment of Social Service “Psychoneurological Boarding No. 2”, St. Petersburg

⁴St. Petersburg State Budgetary Stationary Establishment of Social Service “Psychoneurological Boarding No. 3”, St. Petersburg

⁵St. Petersburg State Budgetary Stationary Establishment of Social Service “Psychoneurological Boarding No. 4”, St. Petersburg

⁶St. Petersburg State Budgetary Stationary Establishment of Social Service “Psychoneurological Boarding No. 6”, St. Petersburg

⁷St. Petersburg State Budgetary Stationary Establishment of Social Service “Psychoneurological Boarding No. 7”, St. Petersburg

⁸St. Petersburg State Budgetary Stationary Establishment of Social Service “Psychoneurological Boarding No. 9”, St. Petersburg

Abstract

Background. The article presents an analysis of data obtained in the course of a survey of citizens with psychopathology who receive social services in state inpatient social service institutions administered by the Committee for social policy of St. Petersburg, on the need to introduce and test inpatient replacement technology at the state level.

Aim. Study of the need of citizens receiving social services in state inpatient social service institutions (psychoneurological boarding schools) for accompanied accommodation.

Materials and methods. The article provides statistical data on the number of citizens living in psychoneurological boarding schools in St. Petersburg who want to switch to the format of accompanied residence. The main method used was an oral and written survey of recipients of social services using a pre-developed questionnaire.

Results. The survey conducted among citizens with psychopathology who receive social services in state inpatient social service institutions (psychoneurological boarding schools) administered by the Committee for social policy of St. Petersburg, allowed us to study the need for the introduction and testing of assisted living as a inpatient replacement technology for this category of citizens.

Conclusion. Based on the above results, the following conclusions can be drawn: out of 1647 people (100%), 613 people (37%) would like to live independently, 510 people (31%) prefer to stay in a psychoneurological boarding school, and 524 people (32%) Express their desire to live and work in center with support, and also assume that they will be able to support themselves financially, pay for utilities, go to the store, buy and cook food, and organize their way of life.

Simultaneously with the introduction of assisted living technology in St. Petersburg, it is necessary to develop a modern model of psychoneurological boarding schools that allows implementing the educational (training) stage of accompanied living. Practical joint application of the new inpatient replacement technology and the new model of psychoneurological boarding schools allows to minimize the number of citizens who are unable to adapt to independent life in society.

Key words: *accompanied accommodation for disabled people, psychoneurological boarding school for adults, disabled people with psychopathology, elderly citizens.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Ivan A. Verevkin, address: 36 Kollontai street, Saint Petersburg, 193312; phone number: 8(911)2057775; e-mail: gaypni-10@yandex.ru

Vera V. Kalinina, address: 36 Kollontai street, Saint Petersburg, 193312; phone number: 8(911)2057772; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4299-2370>; e-mail: kali-vera@yandex.ru

Ekaterina S. Guseva, address: 36 Kollontai street, Saint Petersburg, 193312; phone number: 8(921)7772477; e-mail: estimonova@gmail.com

Alexander V. Cherukanov, address: 6 Mira street, Zelenogorsk, Saint Petersburg, 197720; phone number: 8(812)4338880; e-mail: pni-1@mail.ru

Tatyana P. Meshchaninova, address: 198515, Saint Petersburg, Petrodvorets, Saint Petersburg highway, 130; phone number: 8(921)9413949; e-mail: pni2@mail.ru

Teymuraz V. Cheminava, address: 198504, St. Petersburg, Petrodvorets, Zayachy Ave., 3; phone number: 8(921)9636402; e-mail: pni-3@mail.ru

Alexander S. Uzefovich, address: 196602, St. Petersburg, Pushkin, Pavlovsk highway, 67; phone number: 8(921)9572462; e-mail: pni-4-2010@yandex.ru

Irina G. Kostiv, address: 197729, Saint Petersburg, Smolyachkovo village, Primorskoe shosse, 675; phone number: 8(911)7036258; e-mail: pni6-pni6@mail.ru, pni6spb@mail.ru

Svetlana V. Belaya, address: 198264, St. Petersburg, Veterans Ave., 180; phone number: 8(921)4209848; e-mail: pni7@rambler.ru

Evgeniy V. Chistyakov, address: 198320, Saint Petersburg, Krasnoye Selo, Krasnogorodskaya str., 1, phone number: 8(921)8907903; e-mail: pni9@mail.ru

Введение. В соответствии со статьей 19 Конвенции о правах инвалидов, принятой Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 года № 61/106, все государства - участники настоящей Конвенции признают равное право всех инвалидов жить в обычных местах проживания, при равных с другими людьми вариантах выбора, и принимают эффективные и надлежащие меры для того, чтобы содействовать полной реализации инвалидами этого права и их полному включению и вовлечению в местное сообщество, в том числе обеспечивая, чтобы:

- инвалиды имели возможность выбирать наравне с другими людьми свое место жительства и то, где и с кем проживать, и не были обязаны проживать в каких-то определенных жилищных условиях;

- инвалиды имели доступ к разного рода оказываемым на дому, по месту жительства и иным вспомогательным услугам на базе местного сообщества, включая персональную помощь, необходимую для поддержки жизни в местном сообществе и включения в него, а также для недопущения изоляции или сегрегации от местного сообщества;

- услуги и объекты коллективного пользования, предназначенные для населения в целом, были в равной степени доступны для инвалидов и отвечали их нуждам [1].

Одним из приоритетных направлений социальной политики Санкт-Петербурга является создание на государственном уровне новой стационароразмещающей технологии, предусматривающей возможность предоставления инвалидам социальных услуг, услуг по реабилитации и абилитации, образовательных услуг и проведения мероприятий по социальному сопровождению инвалидов (содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам) в целях компенсации (устранения) обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности и сохранения пребывания в привычной, благоприятной для него среде, выработки навыков, обеспечивающих максимально возможную самостоятельность в реализации основных жизненных потребностей (организация быта, досуга, общения и социальных связей), и адаптации к самостоятельной жизни.

В ноябре 2019 года на базе Санкт-Петербургского государственного автономного стационарного учреждения социального обслуживания «Психоневрологический интернат № 10» имени В.Г. Горденчука как опорно-экспериментальной методической площадки Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга был проведен анализ результатов опроса граждан, получающих социальные услуги в государственных стационарных учреждениях социального обслуживания (психоневрологических интернатах), находящихся в ведении Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга, по изучению потребности граждан с психопатологией о необходимости внедрения и апробации стационароразмещающей технологии на государственном уровне.

Цель исследования. изучение потребности граждан, получающих социальные услуги в государственных стационарных учреждениях социального обслуживания (психоневрологических интернатах), в сопровождаемом проживании.

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи в опрос было включено 1647 получателей социальных услуг с психопатологией (из них 670 (41%) мужчин и 977 (59%) женщин), что составляет 26% от общего числа граждан (6326 человек), состоящих на стационарном социальном обслуживании в государственных стационарных учреждениях социального обслуживания (психоневрологических интернатах) Санкт-Петербурга.

Среди опрошенных граждан инвалиды трудоспособного возраста составили 992 человека, из них 271 человек (16%) - инвалиды в возрасте от 18 до 35 лет, 721 человек (44%) - инвалиды в возрасте от 36 до 55 (женщины) и от 36 до 60 лет (мужчины) и 655 человек (40%) – граждане пожилого возраста. На момент обследования являлись инвалидами 100 % респондентов.

В качестве основного метода использовался устный и письменный опрос получателей социальных услуг по заранее разработанной анкете. Анкета, разработанная для опроса, содержала вопросы, касающиеся оценки возможности самостоятельного или сопровождаемого проживания, выявления отношения граждан к различным факторам необходимым для самостоятельного или сопровождаемого проживания (элементарные навыки самообслуживания, трудовая занятость, социально-средовая ориентация), а также возможности восстановления и сохранения родственных связей и семейных ценностей у данной категории лиц. Анкетирование позволило упорядоченно и систематизировано выявить мнения группы людей в определенной последовательности.

Анкета состояла из введения (преамбульно-инструктивного раздела), социально-демографической части и опросного листа. Во время проведения опроса респонденты демонстрировали заинтересованность, вовлеченность и интерес к происходящему. Соответственно можно считать, что данная выборка позволяет говорить о репрезентативности данных и возможности переноса мнения опрошенных на мнение граждан, находящихся на стационарном социальном обслуживании в целом.

Результаты исследования. На основании анализа полученных с помощью анкетирования данных были получены следующие результаты.

Среди опрошенных получателей социальных услуг желание проживать самостоятельно выразили 613 человек (37%), из них 116 человек (43%) – инвалиды в возрасте от 18 до 35 лет, и 327 человек (45%) инвалиды в возрасте от 36 до 55 (женщины) и от 36 до 60 лет (мужчины), 170 человек (26%) – граждане пожилого возраста.

Из числа опрошенных получателей социальных услуг возможность жить самостоятельно, но с периодической помощью персонала, отмечают 631 человек (38%), из них: 110 человек (41%) – инвалиды в возрасте от 18 до 35 лет, 331 человек (46%) – инвалиды в возрасте от 36 до 55 (женщины) и от 36 до 60 лет (мужчины), 190 человек (29%) – граждане пожилого возраста.

Жить и работать в центре сопровождаемого проживания в двух-, трех- или четырехместных комнатах под присмотром персонала выразили желание 524 получателя социальных услуг (32%), из них: 89 человек (33%) – инвалиды в возрасте от 18 до 35 лет, 255 человек (35%) – инвалиды в возрасте от 36 до 55 (женщины) и от 36 до 60 лет (мужчины), 180 человек (27%) – граждане пожилого возраста.

Демонстрируют свое желание проживать с родственниками 867 человек (53%) из числа опрошенных, из них: 172 человека (63%) – это получатели социальных услуг молодого возраста и 443 человека (61%) – это получатели социальных услуг среднего возраста, что может быть объяснено сохранностью родственных связей и семейных ценностей у данной категории лиц. Необходимо отметить, что граждане пожилого возраста 324 человека (50%) выразили желание проживать в психоневрологическом интернате. Это может быть объяснено тем, что у опрошенных граждан пожилого возраста отсутствуют близкие родственники, либо у близких и родственников отсутствует возможность осуществлять полноценный и надлежащий уход за ними. Вероятно, наличие дополнительных мер социальной поддержки в виде пособия на содержание данной категории граждан в домашних условиях или помощь сиделки могли бы положительно повлиять на желание граждан пожилого возраста и их близких родственников проживать совместно.

В ходе изучения различных факторов, влияющих на возможность самостоятельного или сопровождаемого проживания, было выявлено, что 739 опрошенных респондентов (45%) не ориентируются в вопросе стоимости продуктов питания, проезда в транспорте, одежды и обуви, предметов гигиены. Следует отметить, что значительная часть опрошенных получателей социальных услуг называет неадекватные современной действительности суммы денежных средств, необходимые им ежемесячно (10 копеек, 65 рублей, 300 рублей, 1000 рублей, 10000 – 12000 рублей, миллион рублей).

При этом, среди опрошенных получателей социальных услуг 651 человек (40%) утверждают, что знают стоимость продуктов питания, 513 человек (31%) - стоимость проезда в транспорте, 471 человек (29%) - стоимость одежды и обуви, 456 человек (28%) - стоимость предметов гигиены.

Из числа опрошенных получателей социальных услуг 588 человек (36%) указывают, что для самостоятельного проживания им необходима мебель, 620 человек (37%) указывают на необходимость одежды, 599 человек (36%) указывают на необходимость кухонного инвентаря и посуды, 887 человек (54%) указывают на необходимость наличия денежных средств. Одновременно с этим, 865 человек (53%) опрошенных не знает или не дает ответа на поставленный вопрос.

Вторым немаловажным фактором, влияющим на возможность самостоятельного или сопровождаемого проживания, являются элементарные навыки самообслуживания. Опрошенные получатели социальных услуг утверждают, что обладают следующими элементарными навыками самообслуживания: 1026 человек (62%) умеют убирать комнату, 645 человек (39%) - готовить еду, 472 человека (29%) - шить и ремонтировать одежду, 746 человек (45%) - стирать и гладить, 704 человека (43%) - ходить в магазин, 501 человек (30%) - пользоваться услугами банков и почты, 626 человек (38%) - пользоваться предметами бытовой техники, 435 человек (26%) не дали ответа на вопрос или утратили навыки самообслуживания ввиду наличия заболевания или возрастных особенностей.

Важным и основополагающим моментом в самостоятельном или сопровождаемом проживании является реализация права на труд (сопровождаемая дневная занятость инвалида). Трудовая занятость дает инвалидам возможность для самореализации, независимости, наиболее яркого проявления чувства собственного достоинства формирует самостоятельность, активную жизненную позицию и мотивирует к участию в общественной жизни. При этом, нестабильность психоэмоционального и физического состояния данной категории граждан, а также зачастую низкий уровень их социализации является серьезным препятствием на пути их трудоустройства.

В ходе проведения анализа полученных данных отмечается, что в случае самостоятельного проживания большая часть получателей социальных услуг, принявших участие в опросе, готова работать – 670 человек (41%), желают не работать 524 человека (32%), 111 человек (7%) готовы пойти учиться, 445 человек (27%) не знают или не ответили на вопрос.

Правильно подобранный комплекс мероприятий на базе лечебно-трудовых мастерских государственных стационарных учреждений социального обслуживания (психоневрологических интернатов) позволяет успешно включить получателей социальных услуг в процесс труда и профессиональную успешность.

Данный комплекс мероприятий предусматривает важный этап предварительной социальной адаптации, помощь в профессиональной ориентации, обучении, адаптации на рабочем месте и поддержке в процессе выполнения трудовых операций.

Реализация тренировочного сопровождаемого проживания на базе психоневрологических интернатов обеспечивает комплексный, гибкий, индивидуально-ориентированный подход к сопровождению инвалидов на всех этапах социализации и трудовой адаптации:

- создание условий для самореализации инвалидов в обществе, повышение качества их жизни;
- формирование у инвалидов социальных и личностных компетенций, устойчивой мотивации к трудовой деятельности, веры в себя и собственные силы.

Наиболее важными жизненными приоритетами опрошенные получатели социальных услуг называют отличное здоровье – 802 человека (48%), проживание в психоневрологическом интернате – 561 человек (34%) и работу с хорошей зарплатой – 550 человек (56%).

Заключение. Проведенный опрос среди граждан с психопатологией, получающих социальные услуги в государственных стационарных учреждениях социального обслуживания (психоневрологических интернатах), находящихся в ведении Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга, позволил изучить потребность внедрения и апробации сопровождаемого проживания как стационарозамещающей технологии для данной категории граждан.

На основании вышеперечисленных результатов можно сделать следующие выводы: из 1647 человек (100%) 613 человек (37%) хотели бы жить самостоятельно, 510 человек (31%) предпочитают остаться в психоневрологическом интернате и 524 человека (32%) выражают свое желание жить и работать в центре сопровождаемого проживания, а также предполагают, что смогут обеспечивать себя материально, оплачивать коммунальные услуги, ходить в магазин, покупать и готовить еду, организовать свой уклад жизни.

Одновременно с этим, выявлена дополнительная потребность данной категории граждан в учебном (тренировочном) этапе сопровождаемого проживания на базе уже существующих государственных стационарных учреждений социального обслуживания (психоневрологических интернатов). Следовательно, одновременно с внедрением технологии сопровождаемого проживания в Санкт-Петербурге необходимо разработать современную модель психоневрологических интернатов, позволяющую реализовать учебный (тренировочный) этап сопровождаемого проживания. Практическое совместное применение новой стационарозамещающей технологии и новой модели психоневрологических интернатов позволяет минимизировать число граждан, неспособных адаптироваться к самостоятельной жизни в социуме.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Конвенция о правах инвалидов. - ООН, 2006. Ссылка активна на 28.02.2020 [Convention on the Rights of Persons with Disabilities. – UN, 2006. (In Russ.)] http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml

УДК 364.444:364.262

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МКФ ПРИ СОЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СПОСОБНОСТИ ИНВАЛИДА К СОПРОВОЖДАЕМОМУ ПРОЖИВАНИЮ

Демина Э.Н.

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. В настоящее время государство и общество намерены создавать условия для включения инвалидов в активную жизнь, в том числе путем перехода от стационарных форм обслуживания к сопровождаемому проживанию (ст. 19 и 27 Конвенции ООН). Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) позволяет объективно и с высокой степенью достоверности оценивать состояние здоровья инвалида с социальной точки зрения, что важно при определении его возможности к сопровождаемому проживанию.

Цель. Определение возможности использования МКФ при социальной диагностики инвалида с различными ограничениями жизнедеятельности при определении его возможности и способности к сопровождаемому проживанию.

Материалы и методы. Метод исследования - аналитический.

Результаты. Социальная диагностика определяет социально-бытовой и социально-средовой статус инвалида. По результатам диагностики оценивается степень утраты инвалидом способности и возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться. Потребности инвалида с различными ограничениями жизнедеятельности имеют специфический характер и, соответственно, необходимая помощь при сопровождаемом проживании устанавливается индивидуально в зависимости от уровня самостоятельности и

объема необходимой помощи при осуществлении им самообслуживания, бытовой, досуговой и социальной деятельности. В статье приводятся показатели социальной диагностики инвалида с различными ограничениями жизнедеятельности с учетом МКФ для определения его возможности и способности к сопровождаемому проживанию.

Заключение. Целесообразно использование МКФ при проведении социальной диагностики инвалида для определения его возможности к сопровождаемому проживанию. Применение МКФ позволяет объективно определить необходимые мероприятия и определять необходимые технические средства реабилитации при подготовке инвалида к сопровождаемому проживанию.

Ключевые слова: *инвалид, социальная диагностика, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), сопровождаемое проживание.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Демина Элла Николаевна, канд. биол. наук, ведущий научный сотрудник отдела социальной реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия (ella.demina@gmail.com, тел. +7 921 891 86 29)

INDICATORS OF SOCIAL DIAGNOSTICS CONSIDERING UP TO DETERMINE THE CAPABILITIES AND SKILLS OF PEOPLE WITH DISABILITIES TO ACCOMPANY THE ACCOMMODATION

Demina E.N.

Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled,
St. Petersburg, Russia

Abstract

Background. Currently, the state and society intend to create conditions for the inclusion of persons with disabilities in active life, including through the transition from stationary forms of service to accompanied residence (articles 19 and 27 of the UN Convention). Using the ICF allows you to objectively and with a high degree of confidence to assess the state of health of a disabled person from a social point of view, which is important when determining their ability to live with them.

Aim. to determine the possibility of using the ICF in the social diagnosis of a disabled person with various disabilities in determining their ability and ability to live with them.

Materials and methods. The research method is analytical.

Results. Social diagnostics determines the social and environmental status of a disabled person. According to the results of the diagnosis, the degree of loss of the disabled person's ability and ability to perform self-service, move independently, navigate, communicate, control their behavior, and learn. The needs of a disabled person with various disabilities have a specific nature and, accordingly, the necessary assistance for accompanied accommodation is set individually depending on the level of independence and the amount of necessary assistance in the implementation of self-service, household, leisure and social activities. The article presents indicators of social diagnostics of a disabled person with various disabilities, taking into account the ICF to determine their ability and ability to live with them.

Conclusions. It is advisable to use the ICF when conducting social diagnostics of a disabled person to determine their ability to live with them. The use of ICF allows you to objectively determine the necessary measures and determine the necessary technical means of rehabilitation when preparing a disabled person for an accompanying residence.

Key words: *disabled person, social diagnostics, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), assisted living*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Demina E., PhD, leading researcher of the Department of social rehabilitation and habilitation of disabled people of the Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, St. Petersburg, Russia

Введение. Приоритетным направлением социальной политики нашего государства является обеспечение всех граждан равными возможностями для доступа к социальным, экономическим, культурным ценностям, гарантирование всем членам общества уважения к личности и соблюдения прав каждого. Инвалиды нуждаются в поддержке общества и государства для реализации своих гражданских прав. Однако, в настоящее время значительное число инвалидов проживает в специализированных учреждениях и ограничены в получении доступа к разнообразным услугам и участия в жизни общества. Именно внедрение современной технологии сопровождаемого проживания способствует расширению прав инвалидов вести самостоятельный образ жизни и улучшает качество их жизни. В настоящее время в России имеется острая необходимость в сопровождаемом проживании. Так как именно сопровождаемое проживание позволяет

инвалидам реализовывать свои равные права, т.е. жить в домашних условиях и быть включенными в социум. Необходимо отметить, что сегодня практически все развитые страны находятся в стадии ликвидации интернатов или уже их ликвидировали и перешли к сопровождаемому проживанию инвалидов [4].

В настоящее время государство намерено создать условия для включения инвалидов в активную жизнь, в том числе путем перехода от стационарных форм обслуживания к сопровождаемому проживанию (ст. 19 и 27 Конвенции ООН). При сопровождаемом проживании инвалиды ведут практически самостоятельный образ жизни: работают в меру своих возможностей, самостоятельно оплачивают жилищно-коммунальные расходы, посещают культурно-массовые мероприятия, самостоятельно обслуживают себя при сопровождении социальных работников. Использование МКФ[5] позволяет объективно и с высокой степенью достоверности провести социальную диагностику инвалида, т.е. оценивать здоровье инвалида с социальной точки зрения, что важно при определении его возможности и способности к сопровождаемому проживанию. Результаты социальной диагностики позволяют социальному работнику выявить проблемы инвалида и индивидуально назначить мероприятия, а при необходимости и технические средства реабилитации, которые необходимы при сопровождаемом проживании.

Цель. определение возможности использования МКФ при социальной диагностики инвалида с различными ограничениями жизнедеятельности при определении его возможности и способности к сопровождаемому проживанию.

Метод и методы. Метод – аналитический.

Результаты исследования. В мае 2012 году Россия ратифицировала Конвенцию ООН о правах инвалидов и в последующие годы приняла новые федеральные законы, т.е. государство начало активно создавать условия для интеграции инвалидов в активную жизнь путем перехода от стационарных форм обслуживания в интернате к сопровождаемому проживанию (ст. 19 и 27 Конвенции ООН). Конвенцией «О правах инвалидов» «...провозглашено равное право всех инвалидов жить в обычных местах проживания при равных со здоровыми людьми возможных вариантов выбора; доступа к различным, оказываемым по месту жительства, вспомогательным услугам, в том числе на индивидуальную помощь». Важно отметить, что необходимая помощь инвалиду при сопровождаемом проживании устанавливается в зависимости от уровня его самостоятельности и потребности при осуществлении им действий самообслуживания, бытовой жизни, определяемой при проведении социальной диагностики [1,3]. Именно, при проведении социальной диагностики выявляется потребность инвалида в необходимой помощи при самостоятельном проживании. Социальную диагностику определения возможности и способности инвалида к сопровождаемому проживанию целесообразно проводить на основе МКФ [5, 8-9,11], так как в отличие от традиционного метода социальной диагностики, она охватывает значительно больше необходимых социальных характеристик инвалида и, что важно, позволяет проводить обучение инвалида необходимым действиям самообслуживания и бытовой жизни в тренировочной квартире с учетом выявленных проблем инвалида. К социальным умениям инвалида, которые необходимо диагностировать 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; способность адекватно воспринимать окружающую обстановку, адекватно оценивать ситуацию, способность устанавливать контакты; способность к адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм» [5,10].

Именно социальный диагноз, установленный после проведенной социальной диагностики, определяет возможность и способность инвалида к сопровождаемому проживанию [6]. При направлении инвалида на сопровождаемое проживание крайне важно с одной стороны, провести оценку его возможности самостоятельно выполнять необходимую деятельность, с другой стороны проведенная диагностика определяет индивидуальные потребности в необходимой помощи при его проживании в новых условиях [6,2]. Полученные при диагностике результаты позволяют разработать индивидуальную программу обучения инвалида в тренировочной квартире [1] для его дальнейшего сопровождаемого проживания в домашних условиях. Диагностика и обучение социально-бытовым навыкам, обычно осуществляется в специально оборудованных тренировочных квартирах.

Социальная диагностика определяет социально-бытовой и социально-средовой статус инвалида. По результатам диагностики оценивается степень утраты инвалидом способности и возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться [8,9]. Потребности инвалида с различными ограничениями жизнедеятельности имеют специфический характер и, соответственно, необходимая помощь при сопровождаемом проживании устанавливается индивидуально в зависимости от уровня самостоятельности и объема необходимой помощи при осуществлении им самообслуживания, бытовой, досуговой и социальной деятельности. Социальная

диагностика с учетом МКФ - (домены d-5 и d-6) инвалида направляемого на сопровождаемое проживание, включает следующие показатели - «способность к самообслуживанию, способность самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, способность выполнять повседневную бытовую деятельность, способность к самостоятельному передвижению, способность пользоваться общественным транспортом, способность к ориентации, способность к адекватному восприятию ситуации в окружающей обстановке, способность к общению, способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки, хранения, воспроизведения и передачи информации, способность контролировать свое поведение, способность к адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм, способность к обучению по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, способности к развитию способностей, приобретению опыта и применения знаний в повседневной жизни, а также формирования мотивации получения образования в течение всей жизни»[5]. Диагностика социально-бытового статуса инвалида - это оценка возможности выполнения инвалидом стандартных бытовых действий. При диагностике социально-бытового статуса определяют способность инвалида самостоятельно выполнять повседневную бытовую деятельность. Диагностику социально-бытового статуса инвалида, возможно производить по показателям действий самообслуживания с использованием МКФ - домены d-5 самообслуживание и домен d-6 бытовая жизнь. Основные действия самообслуживания: «мытьё (d510), уход за частями тела (d 520), приготовление пищи (d 630), прием пищи (d 550), одевание (d 540), забота о своем здоровье (d 570), выполнение работы по дому (d 640), приобретение товаров и услуг (d 620), уборка жилой части (d 6402), физиологические отправления(d 530)»[5]. Оценка действий производится по 5-ти бальной шкале: «Нет проблем -1, Легкая проблема в зависимости от балльных оценок, полученных при диагностике, учебные мероприятия по развитию навыков самообслуживания, включают обучение, как бытовой деятельности, так и действиям самообслуживания. Содержание обучения инвалида в тренировочной квартире зависит от информации, полученной при диагностике, т.е. инвалида обучают выполнению конкретных действий самообслуживания, бытовой деятельности - самостоятельно или с помощью технических средств реабилитации и/или с помощью персонала, т.е. тех конкретных действий, которые были нарушены. Обучение инвалида бытовым действиям после проведенной диагностики позволяет подготовить инвалида к выполнению большинства действий самостоятельно или под присмотром персонала. Тестом готовности инвалида к сопровождаемому проживанию является возможность выполнения действий самообслуживания и бытовой деятельности самостоятельно или с помощью специальных технических средств и/или при помощи персонала. Подготовка инвалида к сопровождаемому проживанию включает также и определение его мобильности, коммуникативных возможностей, экономической самостоятельности, которые определяют также с использованием МКФ - домены d4, d3, d8. Диагностику вышеперечисленных показателей проводят подобно, как и при проведении диагностики действий самообслуживания и бытовой жизни. Оценка мобильности, коммуникативных возможностей, экономической самостоятельности инвалида, необходимых при сопровождаемом проживании это - «ходьба (d-450), передвижение с использованием технических средств(d-465), мобильность в обществе (способность самостоятельно передвигаться с использованием общественного транспорта(d470), использование кисти и руки (d445), коммуникативные возможности (d360), восприятие устных сообщений при общении (d310), восприятие письменных сообщений при общении (d325), Разговор (d350), использование средств связи и техники общения (d360), экономическая самостоятельность (d870)». Оценка в баллах производится также, как и при оценке действий самообслуживания. Оценка мобильности позволяет рекомендовать инвалиду необходимые технические средства реабилитации, которыми до этого он не пользовался. При нарушении коммуникативной деятельности инвалиду, уже в тренировочной квартире, назначают следующие мероприятия - развитие общения, выстраивание межличностных отношений, ориентацию в социальном пространстве, соблюдение общепринятых норм и правил в процессе социальной и бытовой деятельности[7]. Диагностика экономической самостоятельности инвалида позволяет обучить его основным правилам использования денежных средств.

Социально-средовой статус - это наличие барьеров у инвалида, потребность в технических средствах реабилитации. Диагностика социально-средового статуса включает определение наличия барьеров в жилом помещении у конкретного инвалида с учетом ограничений его жизнедеятельности и степени её выраженности, а также потребность инвалида в технических средствах реабилитации. Виды барьеров инвалидов с различными ограничениями жизнедеятельности:

1. Инвалиды, передвигающиеся с помощью тростей, костылей, опор(ходунков) – отсутствие поручней, высокие ступени, скользкое покрытие;

2. 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;

3. Инвалиды с нарушением функций верхних конечностей - маленькие ручки дверей, шнуры и молнии на обуви, одежда с мелкими пуговицами и др.;

4. Слепые и слабовидящие инвалиды - скользкое покрытие пола, отсутствие тактильных указателей, преграды на пути движения, острые углы в помещении, стеклянные двери. и др.);

5. Инвалиды с нарушениями умственного развития - отсутствие понятной информации (пиктограммы);

6. Инвалиды с нарушениями слуха - отсутствие визуальной информации.

Заключение. Целесообразно использование МКФ при проведении социальной диагностики инвалида для определения его возможности к сопровождаемому проживанию. Применение МКФ позволяет объективно определить необходимые мероприятия и определять необходимые технические средства реабилитации при подготовке инвалида к сопровождаемому проживанию.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демина Э.Н. Основные принципы и содержание мероприятий при разработке социального компонента индивидуальной программы реабилитации и абилитации //Профилактическая и клиническая медицина 2016- №2 (59) С.44-49

2. Басов Н.Ф. Социальная работа с инвалидами // М.: КноРус медиа, 2017. - 984 с.

3. Корбси П. Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации // Ежеквартальный бюллетень. - 2012. № 5. -12 с.

4. Костина Т.А. Комплексный подход к решению проблем инвалидов // Социальная работа. 2013. -№ 2. С. 25-28.

5. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ [International classification of functioning, disability and health: ICF]// Всемир. Орг. здравоохранения Женева, 127 2001. 299 с.

6. Суслова В. Социальная диагностика: методы и способы ее осуществления //– М.: Гардарики, 1993. –90 с.

7. Фролов, М.И. Социальная адаптация инвалидов // М.: Нобель Пресс, 2015. - 178 с.

8. Grotkamp S et al. Personbezogene Faktoren der ICF. Beispiele zum Entwurf ... Gesundheitswesen 2012; 74: 449- 458 pp.

9. Grotkamp S et al. Personal Factors in the International Classification of Functioning, Disability and Health: Prospective Evidence. Australian Journal of Rehabilitation Counselling 2012, 18: 1-24 pp.

10. Rentsch, H. P., Bucher, P. O. ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag. Schulz-Kirchner Verlag, 2005.

11. Schuntermann, M. F. (): Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, offene Fragen. 4. Aufl., Ecomed-Verlag, 2013.

REFERENCES

1. Demina E. Osnovnye principy i sodержanie meropriyatij pri razrabotke social'nogo komponenta individual'noj programmy reabilitacii i abilitacii [Basic principles and content of activities in the development of the social component of the individual rehabilitation and habilitation program]//Profilakticheskaya i klinicheskaya medicina 2016- №2 (59) 44-49pp.

2. Basov N.F. Social'naya rabota s invalidami [Social work with persons with disabilities]// М.: KnoRus media, 2017. - 984 p.

3. Korbsi P. Sistema reabilitacionnyh uslug dlya lyudej s ogranichennymi vozmozhnostyami v Rossijskoj Federacii [System of rehabilitation services for people with disabilities in the Russian Federation] //Ezhekvartal'nyj byulleten'. - 2012. № 5. -12 p.

4. Kostina T.A. Kompleksnyj podhod k resheniyu problem invalidov [A comprehensive approach to the problems of persons with disabilities]// Social'naya rabota. 2013. -№ 2. 25-28pp.

5. Mezhdunarodnaya klassifikaciya funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya: MKF// Vsemir. Org. Zdravoohraneniya ZHeneva, 127 2001. 299 p.

6. Suslova V. Social'naya diagnostika: metody i sposoby ee osushchestvleniya [Social diagnostics: methods and ways of its implementation] // – М.: Gardariki, 1993. – 90 p.

7. Frolov, M.I. Social'naya adaptaciya invalidov [Social adaptation of persons with disabilities] // М.: Nobel' Press, 2015. - 178 p.

8. Grotkamp S et al. Personbezogene Faktoren der ICF. Beispiele zum Entwurf ... Gesundheitswesen 2012; 74: 449- 458 pp.
9. Grotkamp S et al. Personal Factors in the International Classification of Functioning, Disability and Health: Prospective Evidence. Australian Journal of Rehabilitation Counselling 2012; 18: 1-24 pp.
10. Rentsch, H. P., Bucher, P. O. ICF in der Rehabilitation. Die praktische anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag. Schulz-Kirchner Verlag, 2005.
11. Schuntermann, M. F. (): Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, offene Fragen. 4. Aufl., Ecomed-Verlag, 2013.

УДК 614.2

АКТУАЛЬНАЯ РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ОКАЗАНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН)

Кондратьева Ю.Е.¹, Карасаева Л.А.^{1,2}, Валинуров Р.Г.^{1,3}

¹ГБУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр
Минздрава Республики Башкортостан,

²ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России,

³ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России
г. Уфа; Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. В результате устойчивой тенденции постарения населения одной из актуальных проблем современного общества является оказание медико-социальной помощи населению старших возрастных групп, в том числе на дому. Эта проблема носит междисциплинарный характер и требует организации комплекса мероприятий, способствующих сохранению и поддержанию здоровья населения пожилого и старческого возраста.

Цель. Изучение значительной роли и уровня компетенции специалистов сестринского дела в проведении реабилитационных мероприятий при оказании медико-социальной помощи на дому лицам пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. В статье рассмотрены материалы по нормативно-правовому обоснованию оказания медико-социальной помощи на дому населению старших возрастных групп Российской Федерации, проведен анализ демографических показателей Республики Башкортостан, раскрыты основные проблемы в системе специализированной, медико-социальной помощи пожилому населению в регионе.

Результаты. Успешная реализация в Республике Башкортостан пилотного проекта по развитию гериатрии «Территория заботы» в 2016-2018 гг. стала основой для разработки и утверждения региональной программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение» в рамках национального проекта «Демография».

Заключение. Важным аспектом реализации региональных проектов является повышение уровня квалификации кадрового состава среднего звена здравоохранения по профилю «гериатрия», обучение специалистов и работников социальной сферы вопросам наблюдения и ухода за лицами пожилого и старческого возраста, организация единой системы подготовки (переподготовки) кадров, работающих с пожилыми.

Ключевые слова: *медико-социальная помощь на дому, лица пожилого и старческого возраста, гериатрическая служба, медицинская сестра, долговременный уход, реабилитация, региональный проект «Старшее поколение».*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Кондратьева Юлия Евгеньевна, аспирант; заведующий отделением медицинской профилактики ГБУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, 450075, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Рихарда Зорге, д. 73/3 телефон 8(917)752-77-82, e-mail: kondrateva_yulia@mail.ru

Карасаева Людмила Алексеевна, д.м.н., профессор; телефон 8(812) 542-14-45; факс: 8(812) 542-14-45, e-mail: spbipde@mail.ru ORCID: <http://orcid/0000-0001-5621-0240>; eLibrary SPIN: 9544-3108; заведующий кафедрой организации здравоохранения, МСЭ и реабилитации ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, 194044, Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский пр., д. 11/12

Валинуров Ринат Гаянович, д.м.н., профессор, главный специалист-психиатр ПФО РФ; телефон 8(347) 295-02-00; факс 8(347) 295-02-33, e-mail: UFA.RKPB1@doctorrb.ru eLibrary SPIN: 5465-7587; кафедра психиатрии и наркологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, 450069, Республика Башкортостан, Калининский район, ул. Прудная, д.15, корп.1

THE CURRENT ROLE OF NURSING PROFESSIONALS IN PROVIDING MEDICAL AND SOCIAL CARE AT HOME TO ELDERLY AND SENILE AGE PEOPLE IN MODERN CONDITIONS (IN THE EXAMPLE OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN)

Kondratyeva Ju.E.¹, Karasaeva L.A.^{1,2}, Valinurov R.G.^{1,3}

¹ Republican Clinical Psychiatric Hospital,

² “St. Petersburg Institute for the Advancement of Expert Physicians” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation,

³ Bashkortostan State Medical University
Ufa; St. Petersburg; Russian Federation

Abstract

Background. As a result of the persistent trend of population ageing, one of the pressing problems of modern society is the provision of medical and social assistance to the population of older age groups, including assistance at home. The problem is interdisciplinary in nature and requires a set of activities to preserve and maintain the health of the elderly and senile population.

Aim. Exploring the significant role and level of competence of nursing professionals in carrying out rehabilitation measures in providing medical and social care at home to elderly and senile age people.

Materials and methods. The article considers materials on the regulatory justification of medical and social assistance at home for the population of older age groups of the Russian Federation, the analysis of demographic indicators of the Republic of Bashkortostan. It revealed the main problems in the system of specialized medical and social assistance to the elderly population in the region.

Results. Successful implementation of the Bashkortostan Pilot Project for the Development of Geriatrics “Territory of Care” in 2016-2018. became the basis for the development and approval of a regional program of systemic support and improvement of the quality of life of the older citizens of “Older Generation” within the national project “Demography”.

Conclusion. An important aspect of the implementation of regional projects is to raise the qualification level of middle-level health personnel in the “geriatrics” profile, to train specialists and social workers in monitoring and caring persons of elderly and senile age, to organize a unified system of training (retraining) of personnel working with the elderly people.

Key words: *medical and social care at home, elderly and senile persons, geriatric service, nurse, long-term care, rehabilitation, regional project “Older generation”.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Yuliia E. Kondratyeva, graduate student; e-mail: kondrateva_yulia@mail.ru; Lyudmila A. Karasaeva, MD, Professor; e-mail: spbipde@mail.ru; Rinat G. Valinurov MD, Professor; e-mail: UFA.RKPB1@doctorrb.ru

Введение. Старение населения сегодня признано всеми экспертами одним из основных глобальных вызовов для развития. Документ «Реабилитация 2030: призыв к действиям», принятый Всемирной Организацией Здравоохранения, отмечает, что велики показатели неудовлетворенной потребности в реабилитационных услугах во всем мире, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов. Вследствие глобальных тенденций в области здравоохранения и демографических изменений, таких как старение населения и увеличение числа людей, живущих с последствиями заболеваний и травм, спрос на реабилитационные услуги будет продолжать расти. Реабилитационные услуги – это инвестиции в человеческий капитал, способствующие улучшению здоровья людей и экономическому и социальному развитию [1,2].

Цель. В России старение населения происходит наиболее интенсивно. В связи с чем, сфера медико-профилактического и реабилитационного обслуживания лиц пожилого и старческого возраста становится все более актуальной для здравоохранения Российской Федерации. Согласно среднепрогнозным показателям, численность населения России старше трудоспособного возраста, составляющая в 2010 году 31,2 млн. человек (21,8%), к 2031 году возрастет до 42,3 млн. человек (28,7%) [3]. По Республике Башкортостан, являющейся субъектом Российской Федерации Приволжского федерального округа, ситуация характеризуется следующим образом. Население – более 4 миллионов человек. В городах проживает 62%

населения, в сельской местности – 38%. На табл.1 представлен возрастной состав пожилого населения Республики Башкортостан на 01.01.2019 г.

Таблица 1 – Возрастной состав пожилого населения Республики Башкортостан на 01.01.2019 г. (абс.)

Население в том числе в возрасте, лет	Все население	Городское население	Сельское население
1	2	3	4
60 – 64	276557	161895	114662
65 – 69	204165	124369	79796
70 – 74	102035	64473	37562
75 – 79	94374	53711	40663
80 – 84	86851	47006	39845
85 и старше	58441	30106	28335

По данным официальной статистики, в 2013 г. численность населения Республики Башкортостан старше трудоспособного возраста составляла 21,1% к общей численности населения, а на начало 2020 года доля лиц старше трудоспособного возраста уже составляла 24,6%, из них лиц старше 60 лет 82,5%. Около 2 % (15058 человек) в республике достигли возраста долгожителей (90 лет и старше), а 0,03% (234 человека) перешагнули столетний рубеж.

Таблица 2 – Динамика численности населения по отдельным возрастным группам Республики Башкортостан (абс.) за период 2013 – 2018 гг.

Население, в том числе	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1	2	3	4	5	6	7	8
старше трудоспособного возраста, в % к общей численности	8581 50 (21,1 %)	8793 63 (21,7 %)	9028 91 (22,2 %)	9274 73 (22,8 %)	9502 91 (23,4 %)	97395 9 (24%)	997046 (24,6%)
60 лет и старше	7020 77	7156 93	7353 87	7538 57	7727 63	79649 3	822423

Прогнозные показатели к 2025 году свидетельствуют об увеличении числа пожилых жителей свыше 26 % от общей численности населения Республики Башкортостан. Безусловно, с повышением абсолютного числа лиц старших возрастных групп объективно увеличиваются трудности в решении медицинских, социальных и психологических проблем их медицинской и социальной реабилитации. Соответственно повышается значимость активной первичной профилактики у населения пожилого возраста.

Материалы и методы. Разработка и утверждение порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» (далее — Порядок), утвержденного приказом Минздрава России от 29.01.2016 № 38н стало новым этапом развития гериатрической службы в России как единой многоуровневой системы амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи.

В соответствии с Порядком, пациент, нуждающийся в гериатрической помощи, это пациент пожилого (60 – 74 года) и старческого (75 лет и старше) возраста со старческой астенией (далее – СА). Для большинства пациентов с синдромом СА при возникновении у них обострения хронических заболеваний, наиболее предпочтительным является оказание медицинской помощи на дому, но только при возможности обеспечения необходимого объема диагностической и лечебной помощи [4]. Данный вид медицинской помощи должен быть основан на принципах преемственности ведения пациента при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, тесном взаимодействии участковой службы с гериатрической службой в амбулаторно-поликлиническом звене медицинских учреждений.

Согласно 3-уровневой модели организации гериатрической службы начальным звеном в оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «гериатрия» является участковая служба. К задачам врача-терапевта участкового и семейного врача относится выявление пациентов с синдромом СА и направление таких пациентов на консультацию к врачу-гериатру, составление и выполнение индивидуального плана с учетом рекомендаций врача-гериатра. Кроме того, Порядок вводит элемент участкового патронажа — осмотр пациента со СА на дому — не реже 1

посещения в 3 месяца для медицинской сестры поликлиники и 1 посещения в 6 месяцев для врача. При необходимости, участковый терапевт организует консультацию гериатра на дому. На терапевтических участках, имеющих более 40% жителей пожилого и старческого возраста, вводится дополнительная должность участковой медицинской сестры. Организуется диспансерное наблюдение на дому.

Основной целью оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» является сохранение и восстановление способности пожилых пациентов к самообслуживанию, физической и функциональной активности и автономности (независимости от посторонней помощи в повседневной жизни).

Важным аспектом в системе мероприятий, направленных на совершенствование оказания медико-социальной помощи на дому, является подготовка квалифицированных кадров – специалистов со средним медицинским образованием как первичного звена гериатрических отделений/кабинетов поликлиник I-го уровня гериатрической службы организации медицинской помощи пожилым в амбулаторных условиях. Согласно Порядку оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» медицинские работники, имеющие среднее медицинское образование по специальностям «сестринское дело», «акушерское дело», «лечебное дело», должны пройти обучение по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации по вопросам оказания медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста.

Учитывая, что отличительной особенностью организации гериатрической службы является командный подход к оказанию помощи пациентам пожилого и старческого возраста, в системе дополнительного профессионального образования вопросы оказания медико-социальной помощи лицам пожилого возраста, на наш взгляд, должны изучаться средними медицинскими работниками в рамках специальностей «Общая практика», «Медико-социальная помощь», «Реабилитационное сестринское дело».

При оказании надомной медико-социальной помощи пациентам пожилого и старческого возраста возрастает роль и уровень компетенции специалиста со средним медицинским образованием как лица «первого контакта». Наличие навыков проведения реабилитационных мероприятий при различных заболеваниях с учетом возрастных особенностей, умение грамотно и своевременно оказать доврачебную медицинскую помощь при неотложных состояниях, способность выявить проблемы гериатрического пациента и осуществить соответствующее квалифицированное сестринское вмешательство — крайне актуально для медицинских сестер, оказывающих медико-социальную помощь. В интересах пациента медицинская сестра осуществляет сотрудничество с взаимодействующими организациями, службами и специалистами (диетологами, логопедами, медицинскими психологами, инструкторами-методистами по лечебной физкультуре), а так же со специалистами по социальной работе.

Важным аспектом сестринской деятельности является проведение профилактических мероприятий по сохранению и укреплению здоровья пожилого пациента и его окружения путем обучения гигиенической грамотности, для чего медицинской сестре необходимы профессиональные знания и умения в области психологии и педагогики.

Особая группа проблем существует в системе специализированной психиатрической, медико-социальной помощи пожилому населению на дому. В стареющем обществе неуклонно растет медико-социальная значимость проблемы когнитивных расстройств и деменции, что требует разработки целевых программ для решения этих актуальных проблем.

По оценкам ВОЗ, в 2010 году во всем мире деменцией страдали 35,6 млн. человек; каждые 20 лет это число, по прогнозам, будет почти удваиваться и составит 65,7 млн. человек в 2030 году и 115,4 млн. — в 2050 году. Деменция является одной из основных причин инвалидности пожилых людей [5].

Большинство пожилых больных с когнитивными нарушениями и деменцией живут у себя дома. Как отмечают специалисты, пожелание многих из них и их родственников — оставаться в привычной обстановке дома как можно дольше. Заболевание является дорогостоящим по социальным, экономическим и медицинским затратам и оказывает глубокое воздействие на лиц, осуществляющих уход за страдающими деменцией людьми [6].

Одним из главных направлений реабилитации пациентов с когнитивными нарушениями является правильное общение с больными и их родственниками [7]. Большая ответственность в общении с такими особенными пациентами возложена на медицинских сестер, поскольку они проводят больше времени с больными и принимают участие в организации среды вокруг пациента на протяжении всего периода реабилитации [8].

На уровне Республики Башкортостан специализированная геронтопсихиатрическая помощь осуществляется Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Республики Башкортостан Республиканская клиническая психиатрическая больница (далее – РКПБ). Новые организационные, лечебно-диагностические и реабилитационные технологии надежно закрепили за

учреждением звание одной из лучших психиатрических больниц Российской Федерации, а психиатрическая служба республики – одной из самых эффективных и прогрессивных

Для проведения III этапа медицинской реабилитации, а также с целью оказания специализированной медицинской помощи пациентам ослабленным, нетранспортабельным, пожилого возраста, с тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями, с 2018 года в структуре дневного стационара РКПБ выделено 15 мест для интенсивного оказания психиатрической помощи на дому (стационар на дому).

За 2019 год в стационаре на дому пролечено 177 пациентов, из них старшая возрастная группа составила более 40% (73 человека). В нозологической структуре доминируют органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00 – F09) и шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства (F20 – F29).

Помимо возраста, наличия заболеваний и инвалидности, на рост потребности населения в медико-социальной помощи на дому влияет и социальный статус. Многие пожилые люди, являясь одиночками, нуждаются в долговременном уходе, помощи для ведения домашнего хозяйства, а также в эмоциональной поддержке и дополнительном общении. Они в разной степени зависят от посторонней помощи при выполнении повседневных бытовых действий, самообслуживании и необходимости в присмотре.

Результаты исследования. С 2016 г. в Республике Башкортостан реализуется пилотный проект по развитию гериатрии «Территория заботы». Проект направлен на создание единой трехуровневой системы долговременной медицинской помощи за счет преемственности ведения пациента органами здравоохранения и социальной защиты. Проект «Территория заботы» уже признан успешным. Если на начальном этапе пилотного проекта (2017 г.) в республике было открыто 2 стационарных гериатрических отделения на 70 коек в г. Уфа, то в данное время количество гериатрических коек по республике возросло до 175. Количество гериатрических кабинетов амбулаторного приема увеличилось с 35 до 40 кабинетов. Разработана и внедрена маршрутизация пожилых пациентов. На базе госпиталя ветеранов войн открыт и функционирует Республиканский гериатрический центр, осуществляющий организационно-методическую помощь лечебным учреждениям республики.

Распоряжение Правительства Республики Башкортостан от 12.12.2018 года № 1256-р утвердило Паспорт регионального проекта «Реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение» (далее – региональный проект). Региональный проект носит межведомственный характер и направлен на достижение основной цели федерального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение» национального проекта «Демография». Региональный проект предусматривает реализацию мероприятий по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, как составной частью мероприятий, направленных на развитие и поддержание функциональных способностей граждан старшего поколения, включающей сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением сиделок, а также поддержание семейного ухода.

Всего в Республике Башкортостан за 2019 г. численность обслуженных граждан пожилого возраста и инвалидов составила 43032 человека, что составляет 11% от общего числа обслуженных лиц. Надомные социальные услуги получили 35,4 тыс. человек, из которых лица старше 60 лет – 31,5 тыс. человек (89%). 16,5 тыс. чел. (46,6%) являются одиноко проживающими стариками и инвалидами, в будущем они могут стать потенциально нуждающимися в стационарном социальном обслуживании.

Заключение. Важным аспектом реализации региональных проектов является повышение уровня квалификации кадрового состава среднего звена здравоохранения по профилю «гериатрия», обучение специалистов и работников социальной сферы вопросам наблюдения и ухода за лицами пожилого и старческого возраста. На всех уровнях оказания медико-социальной помощи медики и соцработники должны обладать определенными навыками взаимодействия с категорией – «пожилой человек» по вопросам ухода, навыков общения и т.д.

Решением проблемы повышения уровня квалификации станет организация единой системы подготовки (переподготовки) кадров, работающих с пожилыми.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

Благодарности. Шабановой Оксане Антоновне, ведущему научному сотруднику отдела медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации ФГБУ ФНЦРИ им. Альбрехта Минтруда России.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. World Health Organisation. Rehabilitation 2030: A Call for Action. Available at: <http://www.who.int/rehabilitation/CallForActionRU.pdf> (accessed 12.03.2018). Russian (Всемирная организация здравоохранения. Реабилитация 2030: призыв к действиям. Доступно по: <http://www.who.int/rehabilitation/CallForActionRU.pdf> (доступ 12.03.2018)).
[World Health Organization. Rehabilitation 2030: A Call for Action. Available at: <http://www.who.int/rehabilitation/CallForActionRU.pdf> (accessed 03/12/2018). Russian (World Health Organization. Rehabilitation 2030: a call to action]. Available at: <http://www.who.int/rehabilitation/CallForActionRU.pdf> (accessed 12.03.2018)).
2. World Health Organisation. Other dimensions of the NCD crisis: from mental health, ageing, dementia and malnutrition to death on the roads, violence and disability. Available at: http://www.who.int/publications/10year_review/ncd_other_dimensions/ru/index8.html (accessed 12.03.2018). Russian (Всемирная организация здравоохранения. Дополнительные аспекты катастрофической ситуации с неинфекционными заболеваниями: от проблем психического здоровья, старения, деменции и неполноценного питания до смертности от ДТП, насилия и инвалидности. Доступно по: http://www.who.int/publications/10_year_review/ncd_other_dimensions/ru/index8.html (доступ 12.03.2018)).
[World Health Organization. Other dimensions of the NCD crisis: from mental health, aging, dementia and malnutrition to death on the roads, violence and disability. Available at: http://www.who.int/publications/10year_review/ncd_other_dimensions/en/index8.html (accessed 03/12/2018). Russian (World Health Organization. Additional aspects of the catastrophic situation with non communicable diseases: from mental health, aging, dementia and malnutrition to road traffic deaths, violence and disability] Available at: http://www.who.int/publications/10_year_review/ncd_other_dimensions/ru/index8.html (accessed 12.03.2018)).
3. Интернет-ресурс gks.ru – официальный сайт Федеральной службы государственной статистики (Росстат).
Internet resource gks.ru - the official website of the Federal State Statistics Service (Rosstat).
4. Клинические рекомендации «Старческая астения».МКБ-10: R-54. Возрастная группа: 60 лет и старше. Профессиональные ассоциации: Российская ассоциация геронтологов и гериатров, 2018 год.
Clinical recommendations “Senile asthenia” ICD-10: R-54. Age group: 60 years and older. Professional associations: Russian Association of gerontologists and geriatricians, 2018.
5. Деменция: приоритет общественного здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] – URL: –
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789244564455_rus.pdf (дата обращения 11.05.2019).
[Dementia: a public health priority. World health organization [Electronic resource] URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789244564455_rus.pdf (accessed 11.05.2019).
6. Горошко Н.В. Старение населения как фактор развития российского рынка патронажного ухода и паллиативной помощи гражданам пожилого возраста/Горошко Н.В., Емельянинова Е.К.//Электронный научно-методический журнал Омского ГАУ.-2019-№2(17) апрель-июнь. –URL: –<http://e-journal.omgau.ru/images/issues/2019/2/00736.pdf>. (дата обращения 20.11.2019).
[Goroshko N. V. Aging of the population as a factor in the development of the Russian market of patronage care and palliative care for elderly citizens/Goroshko N. V., Emelyaninova E. K. // Electronic scientific and methodological journal of Omsk state UNIVERSITY.-2019-No. 2 (17) April-June] URL: –<http://e-journal.omgau.ru/images/issues/2019/2/00736.pdf>. (accessed 20.11.2019).
7. Семикин В.В., Малкова Е.Е. Модель и принципы функционирования системы психологического сопровождения деятельности гериатрической службы. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И.Герцена, 2013. – 190 с.
Semikin V. V., Malkova E. E. Model and principles of functioning of the system of psychological support of the geriatric service. – SPb.: Publishing house of RSPU. A. I. Herzen, 2013. – 190 p. (In Russ.).
8. Краснов В.С., Шмонин А.А., Мальцева М.Н. Мельников Е.В., Иванова Г.Е. Когнитивные нарушения в медицинской реабилитации//Портал ConsiliumMedicum №02.1 2016, с.34-38 -
https://con-med.ru/magazines/consilium_medicum/consilium_medicum-02.1-2016/kognitivnye_narusheniya_v_meditainskoy_reabilitatsii/(дата обращения 18.02.2020).
[Krasnov V. S., Shmonin A. A., Maltseva M. N. Melnikov E. V., Ivanova G. E. Cognitive disorders in medical rehabilitation / / Consilium Medicum Portal #02.1 2016, p. 34-38] https://con-med.ru/magazines/consilium_medicum/consilium_medicum-02.1-2016/kognitivnye_narusheniya_v_meditainskoy_reabilitatsii/(accessed 18.02.2020).

**ВКЛЮЧЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ГРУППЫ РОССИИ В
МЕЖДУНАРОДНОМ ПРОЕКТЕ «INTERNATIONAL SPINAL CORD INJURY (INSCI) COMMUNITY
SURVEY»**

Карапетян К.К., Васильченко Е.М.

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

Аннотация

Введение. Проект International Spinal Cord Injury (INSCI) Community Survey является международным исследованием, которое было инициировано для сбора всесторонней и сопоставимой информации о жизненной ситуации людей с повреждениями спинного мозга в обществе.

Цель. Изучить аспекты жизни людей с повреждениями спинного мозга в России в рамках проекта INSCI.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 248 людей с повреждением спинного мозга: 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. В большинстве случаев причиной ПСМ стала травма ($n = 219$; 88 %), заболевание – лишь в 29 (12 %) случаях. Основные причины травмы: ДТП – 83 (33 %) случая, падение с высоты – 69 (28 %) случаев, досуговая деятельность – 40 (16 %) случаев, производственная травма – 12 (5 %) случаев. Для сбора данных использовался опросник INSCI.

Результаты. Создана национальная база данных 248 людей с ПСМ; составлен национальный протокол исследования. Сформирована исследовательская группа России. На стадии разработки находятся планы проектов изучения разделов «факторы окружающей среды» и «работа».

Заключение. Полученные в ходе исследований сведения могут иметь практическую значимость, и стать основой для достоверного формирования плана проведения необходимых мер для улучшения условий жизни людей с ПСМ в обществе.

Ключевые слова: *INSCI, повреждение спинного мозга, опросник*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Карапетян Карине Карапетовна – младший научный сотрудник, отдел медицинской и социально-профессиональной реабилитации, ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации», (8-3843) 36-91-26, e-mail: root@reabil-nk.ru

Васильченко Елена Михайловна – к.м.н., генеральный директор ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации», (8-3843) 36-94-94, e-mail: root@reabil-nk.ru

**INCLUSION AND PROSPECTS OF RUSSIA STUDY GROUP IN THE INTERNATIONAL SPINAL
CORD INJURY (INSCI) COMMUNITY SURVEY**

Karapetian K.K., Vasilchenko E.M.

Federal State Budgetary Institution “Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons”, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation
Novokuznetsk, Russia

Abstract

Background. The International Spinal Cord Injury (INSCI) Community Survey is a multi-national study that was developed to gain comprehensive and comparable information on the situation of persons living with a spinal cord injury.

Aim. To investigate aspects of life of persons with spinal cord injury in Russia within the INSCI framework.

Materials and methods. Overall 248 persons with spinal cord injury participated in the study: 153 (62 %) with paraplegia, 93 (37 %) with tetraplegia, 2 – unknown; the majority of participants ($n = 178$, 71 %) are male; average age is 39 ± 12 years. The most common cause of injury was trauma ($n = 219$, 88%), whereas disease was the cause of injury in 29 (12 %) cases. Most common causes of traumatic injuries: traffic accident 83 (33 %) cases, falls – 69 (28 %) cases, accidents during leisure activities – 40 (16 %) cases, accident during work – 12 (5 %) cases. INSCI questionnaire was used to collect data.

Results. National database with 248 participants was developed. National study protocol was drawn up. Russia Study Group was formed. Project plans for studying the “environmental factors” and “work” sections are under development.

Conclusion. The information obtained in the course of research can be of practical significance and may become the basis for the reliable formation of a plan for carrying out the necessary measures to improve the living conditions of people with SCI in society.

Key words: *INSCI, spinal cord injury, questionnaire*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Karapetian Karine Karapetovna – associate scientist at the Department of Medical, Social and Vocational Rehabilitation, Federal State Budgetary Institution “Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons”, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, (8-3843) 36-91-26, e-mail: root@reabil-nk.ru

Vasilchenko Elena Mikhailovna - Ph. D., General Director of the Federal State Budgetary Institution “Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons”, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, (8-3843) 36-94-94, e-mail: root@reabil-nk.ru

Введение. Повреждение спинного мозга (ПСМ) является одним из наиболее тяжёлых состояний. ПСМ возникает преимущественно среди молодых людей трудоспособного возраста [1, 2], может привести к нарушениям функций и структуры организма, серьёзно ограничивая активность и участие.

Растущее число случаев ПСМ и высокая стоимость лечения [3,4] привели к тому, что в последние годы мировая общественность стала уделять всё больше внимания этой проблеме. На сегодняшний день самым масштабным проектом, изучающим ПСМ, является International Spinal Cord Injury (INSCI) Community Survey – международное исследование условий повседневной жизни людей с ПСМ в обществе [5]. Инициатором и Исследовательским Центром (координационным органом) проекта является Швейцарский Параплегический Центр. Исследовательский Центр оказывает административную, статистическую и техническую поддержку, включая:

- контроль за строгим соблюдением Руководства процессов;
- координацию сбора данных в соответствующих странах;
- разработку и сопровождение централизованной базы данных на веб-основе с гарантией защиты базы данных;
- управление коммуникациями с Исполнительным комитетом и Руководящим комитетом;
- административную координацию научных проектов, вовлекающих участие более одной страны.

Одной из главных целей INSCI является формирование базы с сопоставимыми данными из разных стран. Для достижения этой цели Исследовательский Центр обеспечивает участвующие страны единым основным исследовательским инструментом и курирует соблюдение условий проведения исследования. Каждое потенциальное исследование в рамках INSCI должно быть сформировано в соответствии с требованиями и одобрено Исследовательским Центром.

В настоящее время в рамках INSCI активны десятки исследований, цели которых варьируются от сбора общих сведений относительно процесса проведения исследования в странах-участницах до оценки и сравнения уровня занятости людей с ПСМ между данными странами. Поэтапное включение России в данный проект началось в 2019 году.

Цель. В широком смысле изучить аспекты жизни людей с повреждениями спинного мозга в России в рамках проекта INSCI. Полученные сведения станут основой для ведения диалога с руководящими органами относительно мер, необходимых для улучшения условий жизни людей с ПСМ в обществе.

Материалы и методы. Инструментом исследования является опросник INSCI, который состоит из 125 вопросов и разбит на 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 2019 году мультидисциплинарная команда ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России провела кросс-культурную адаптацию опросника INSCI на русский язык. В состав мультидисциплинарной команды вошли: переводчик П1 (с лингвистическим бэкграундом), переводчик П2 (с опытом перевода медицинских текстов), нейрохирург, невролог, уролог, терапевт, психолог, руководитель проекта, специалист по обработке данных,

а также 4 пациента из целевой популяции. Адаптация инструмента проводилась в соответствии с 3-ступенчатым подходом [6-8]. Финальная русскоязычная версия была представлена Исследовательскому Центру.

С помощью адаптированного опросника INSCI исследовательская группа России собрала данные 248 людей с ПСМ. Характеристика участников: 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). В большинстве случаев причиной ПСМ стала травма ($n = 219$; 88 %), заболевание – лишь в 29 (12 %) случаях. Основные причины травмы: ДТП – 83 (33 %) случая, падение с высоты – 69 (28 %) случаев, досуговая деятельность – 40 (16 %) случаев, производственная травма – 12 (5 %) случаев. 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; острый период; состояние, при котором человеку сложно сосредоточиться на вопросах; нежелание участвовать. Все участники подписали информированное согласие на участие в исследовании. Работа в рамках международного сотрудничества проводится исключительно с обезличенными данными.

Результаты исследования. В рамках ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России была создана национальная база данных 248 людей с ПСМ в анонимном формате; был составлен национальный протокол исследования, содержащий информацию об условиях проведения исследования, например, стратегиях набора участников, методах проведения опроса, стандартных операционных процедурах, защите персональных данных, и др.

Локальная база данных была повторно закодирована в соответствии с кодировочной книгой инициаторов проекта INSCI, полный пакет документов был представлен специалистам Швейцарского Параплегического Центра. Исследовательский Центр провёл проверку качества, подтвердил соблюдение требований и выполнение необходимых процедур и принял представленные документы. В результате проделанной работы была сформирована исследовательская группа России, которая в ноябре 2019 года приняла участие в съезде международной исследовательской группы INSCI в рамках конференции ISCoS-2019 – 58-й ежегодный научный съезд в Ницце, Франция (ISCoS 2019 – 58th ISCoS Annual Scientific Meeting in Nice, France). На съезде координаторы проекта и представители исследовательских групп разных стран презентовали исследования на различных этапах – завершённые, планируемые (одобренные) и потенциальные.

В результате участия в научном съезде исследовательская группа России получила доступ к пакету документов, необходимых для формирования собственных исследований в рамках INSCI. В настоящее время на стадии разработки находятся планы проектов изучения разделов «факторы окружающей среды» и «работа». Данным проектам также предстоит пройти процедуру одобрения Исследовательским Центром.

Заключение. Проект INSCI обладает чёткой инфраструктурой и представляет собой платформу для проведения международных исследований, гарантируя высокое качество получаемых данных и обеспечивая возможность проведения достоверных сравнительных исследований между странами-участницами. Широкий спектр вопросов, который покрывает опросник INSCI, позволяет детально изучить условия жизни человека с ПСМ в обществе и выявить наиболее проблемные сферы.

Полученные в ходе исследований сведения могут иметь практическую значимость, и стать основой для достоверного формирования плана проведения необходимых мер для улучшения условий жизни людей с ПСМ в обществе.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/

1. Изучение показаний к восстановлению локомоторных функций у пациентов с ТБСМ и препятствующих локомоции факторов // Вестник Кузбасского научного центра СО РАМН. – 2005, Вып. 1. С. 131-136.
2. Симонова И.А., Кондаков Е.Н. Клинико-статистическая характеристика позвоночно-спинномозговой травмы // Материалы III съезда нейрохирургов России. СПб., 2002. – с. 216.
3. Иванова Г.Е., Крылов В.В., Цыкунов М.Б., Поляев Б.А. Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга // М.: клинический Московские учебники и картолиитография, 2010. - 640 с.
4. Singh A., Tetreault L., Kalsi-Ryan S., Nouri A., Fehlings M.G. Global prevalence and incidence of traumatic spinal cord injury // Clin Epidemiol. 2014. – Vol. 6 – p. 309–331. doi:10.2147/CLEP.S68889

5. The International Spinal Cord Injury (INSCI) Community Survey Access mode: <https://www.INSCI.network/INSCI/T1/en/publications.php> Accessed at: 27.02.2020
6. 3-step cross cultural adaptation. Revised By Reuben Escorpizo 25.07.2015 Based on Epstein, Osborne, Elsworth, Beaton, & Guillemin 2015* Supplemented by: Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz // SPINE. – 2000.
7. Epstein J., Osborne R.H., Elsworth G.R., Beaton D.E., Guillemin F. Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: experimental study showed expert committee, not back-translation, added value // J Clin Epidemiol. – 2013. – Vol. 68, № 4. – p. 360–369.
8. Beaton D.E, Bombardier C., Guillemin F., Ferraz M.B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures // Spine. – 2000. – Vol. 25, № 24. – p. 3186-3191.

REFERENCES

1. Leontyev M.A., Ovchinnikov O.D. The study of the indications for recovery of locomotor functions in patients with TSCI and factors impeding locomotion. Bull. Kuzb. Sci. Cen. SB RAMS – 2005. – Vol. 1. – p. 131-136 (in Russian).
2. Simonova I.A., Kondakov E.N. Clinical and statistical characteristics of spine and spinal cord injury. Proceedings of the III Congress of Neurosurgeons of Russia. – 2002. – p. 216 (in Russian).
3. Ivanova G.E., Krylov V.V., Cykunov M.B., Poljaev B.A. (eds). Rehabilitation of Patients with Spinal Cord Injury // Moscow books and carto-lithography, Moscow. – 2010. – p. 640 (in Russian).
4. Singh A., Tetreault L., Kalsi-Ryan S., Nouri A., Fehlings M.G. Global prevalence and incidence of traumatic spinal cord injury // Clin Epidemiol. 2014. – Vol. 6 – p. 309–331. doi:10.2147/CLEP.S68889
5. The International Spinal Cord Injury (INSCI) Community Survey Access mode: <https://www.INSCI.network/INSCI/T1/en/publications.php> Accessed at: 27.02.2020
6. 3-step cross cultural adaptation. Revised By Reuben Escorpizo 25.07.2015 Based on Epstein, Osborne, Elsworth, Beaton, & Guillemin 2015* Supplemented by: Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz // SPINE. – 2000.
7. Epstein J., Osborne R.H., Elsworth G.R., Beaton D.E., Guillemin F. Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: experimental study showed expert committee, not back-translation, added value // J Clin Epidemiol. – 2013. – Vol. 68, № 4. – p. 360–369.
8. Beaton D.E, Bombardier C., Guillemin F., Ferraz M.B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures // Spine. – 2000. – Vol. 25, № 24. – p. 3186-3191.

УДК 616.832-001:616-07

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ИНВАЛИДОВ С УТРАТОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Васильченко Е.М., Жатько О.В.

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

Аннотация

Введение. Ампутация нижней конечности оказывает большое влияние почти на все стороны жизни человека. В настоящее время единое мнение относительно того, какие параметры, значимые в плане реабилитации инвалидов с утратой нижней конечности, необходимо оценивать, и какие инструменты для их оценки являются наиболее подходящими, отсутствует. Специалистами международного сообщества, занимающихся вопросами реабилитации данного контингента инвалидов, ведётся работа по формированию базового набора МКФ для лиц с утратой конечности и обоснованию инструментов оценки по категориям МКФ.

Цель. Формирование перечня инструментов для оценки выраженности нарушений функционирования, активности и участия по категориям МКФ у инвалидов с утратой нижней конечности; оценка нарушений жизнедеятельности инвалидов с односторонней ампутацией голени.

Материалы и методы. Обследовано 55 пациентов с односторонней ампутацией голени вследствие заболеваний периферических артерий, поступивших в ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период с июня 2017 года по декабрь 2018 года для проведения мероприятий первичного протезирования. Для оценки уровня функционирования инвалидов с утратой конечности был использован набор МКФ, сформированный группой экспертов ISPO. Измерения проводились с использованием опросников и шкал, оценивающих мобильность, самообслуживание и другие значимые аспекты жизнедеятельности.

Результаты. У инвалидов после ампутации голени вследствие заболеваний периферических артерий выявлены значимые в плане реабилитации проблемы по следующим категориям МКФ: b 144 Функции памяти; b 164 Познавательные функции высокого уровня; d 230 Выполнение повседневного распорядка; d 410 Изменение положения тела; d 450 Ходьба, d 465 Передвижение с использованием технических средств; d 470 Пользование транспортом; d 510 Мытье; d 530 Туалет.

Заключение. В исследовании проведена оценка функционирования инвалидов с односторонней культей голени вследствие заболеваний периферических артерий на основе перечня категорий МКФ, релевантных для контингента лиц с утратой нижней конечности; предложены инструменты измерения нарушений по категориям МКФ; определены критерии трансформации результатов инструментальной оценки конкретной категории в значения определителя МКФ в процентах.

Ключевые слова: ампутация нижней конечности, инвалид, оценка выраженности нарушений функционирования, активности и участия на основе категорий МКФ.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Васильченко Елена Михайловна – к.м.н., генеральный директор ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации», (8-3843) 36-94-94, e-mail: root@reabil-nk.ru

Жатько Ольга Валерьевна – младший научный сотрудник лаборатории по разработке автоматизированных систем по реабилитации ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации», (8-3843) 36-91-26, e-mail: root@reabil-nk.ru

APPLICATION OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH TO ASSESS DISABILITY IN PEOPLE WITH LOWER LIMB LOSS

Vasilchenko E.M., Zhatko O.V.

Federal State Budgetary Institution “Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons”, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Novokuznetsk, Russia

Abstract

Background. Lower limb amputation has a great impact on almost all aspects of person's life. Currently, there is no consensus on what parameters that are important for the rehabilitation of people with lower limb loss should be evaluated, and what tools are most appropriate for their evaluation. Specialists of the international society dealing with the rehabilitation of this contingent of disabled persons are working on the development of ICF Core Set for persons following an amputation and on justification of assessment tools for ICF categories.

Aim. Development of a list of tools for assessment of the severity of functional disorders, activity limitations, and participation restrictions by ICF categories in disabled persons with lower limb loss; assessment of problems in activities of daily living of disabled persons with unilateral tibia amputation.

Materials and method. A total of 55 patients with unilateral tibia amputation due to peripheral artery diseases, who were admitted to the FSBI NSPC MSE RDP, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation in the period from June 2017 to December 2018 for primary prosthetics, were examined. To assess the level of functioning of disabled persons with limb loss, we used an ICF Core Set developed by the ISPO expert group. Measurements were made using questionnaires and scales that assess mobility, self-care, and other significant aspects of life.

Results. Disabled persons following tibia amputation due to peripheral artery diseases demonstrate significant problems in terms of rehabilitation in the following categories of ICF: b 144 Memory functions; b164 Higher-level cognitive functions; d 230 Carrying out daily routine; d 410 Changing basic body position; d 450 Walking, d 465 Moving around using equipment; d 470 Using transportation; d 510 Washing oneself; d 530 Toileting.

Conclusion. Current study evaluated the functioning of persons with disabilities with unilateral tibia stump due to PAD based on the list of ICF categories relevant for individuals with lower limb loss; tools for measurement of impairments within ICF categories are proposed; criteria of transformation of results of instrumental assessment of particular categories in the value of the ICF qualifier in percentage.

Key words: lower limb amputation, disabled person, assessment of the severity of functional disorders, activity limitations, and participation restrictions based on ICF categories.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Vasilchenko Elena Mikhailovna - Ph. D., General Director of the Federal State Budgetary Institution “Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled

Persons”, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, (8-3843) 36-94-94, e-mail: root@reabil-nk.ru

Zhatko Olga Valerevna - Junior researcher at the laboratory for the development of automated systems for rehabilitation of the Federal State Budgetary Institution “Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, (8-3843) 36-91-26, e-mail: root@reabil-nk.ru.

Введение. Ампутация нижней конечности – распространённое патологическое состояние и причина долгосрочного ограничения возможностей инвалида с утратой конечности. Ампутация нижней конечности оказывает большое влияние почти на все стороны жизни человека. В многочисленных статьях о клинических исследованиях функционирования и качества жизни после ампутации описывается широкий спектр последствий. Существуют многочисленные взаимодействующие факторы, которые оказывают серьёзное влияние на функционирование индивидуума; это сопутствующая патология, хирургический уровень ампутации, познавательная способность, возраст, уровень функционирования до ампутации, личный способ копинга, уровень социальной поддержки, средовые факторы, имеющиеся финансовые средства [1]. В настоящее время единое мнение относительно того, какие параметры, значимые в плане реабилитации инвалидов с утратой нижней конечности, необходимо оценивать, и какие инструменты для их оценки являются наиболее подходящими, отсутствует [2].

Специалистами международного сообщества ведётся работа по формированию базового набора МКФ для лиц с утратой конечности [3, 4].

F. Kohler et al. был предложен набор категорий МКФ, оценка которых значима для определения проблем, возникших на фоне ампутации нижней конечности, и результатов, достигнутых в ходе протезирования [4]. Вместе с тем, международная классификация функционирования не регламентирует конкретные методы определения выраженности нарушений по какой-либо категории, а предлагает сравнивать результат оценки с совокупными популяционными стандартами. Создание популяционных стандартов проблематично, так как требует проведения масштабных исследований по разным разделам медицины, поэтому такие работы единичны.

Эксперты ВОЗ в сфере использования МКФ разработали общую методологию подбора оценочных инструментов для категорий МКФ из числа уже разработанных шкал и опросников, используемых в реабилитационной практике [5]. Результаты оценки конкретной категории (в баллах или иных единицах измерения) трансформируют в значения определителя МКФ в процентах, а затем представляют в виде заключения: нет нарушений, лёгкие, умеренные, тяжёлые или абсолютные нарушения. Для лиц с утратой конечности нет согласованного мнения специалистов по перечню инструментов, рекомендованных для применения.

Реабилитация инвалидов с культей конечности является традиционным разделом научно-практической деятельности ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. Ежегодно более 200 человек с утратой конечности поступают в клинику учреждения для проведения первичного протезирования.

Цель. Формирование перечня инструментов для оценки выраженности нарушений функционирования, активности и участия по категориям МКФ у инвалидов с утратой нижней конечности; оценка нарушений жизнедеятельности инвалидов с односторонней ампутацией голени.

Материалы и методы. Обследовано 55 пациентов с односторонней ампутацией голени вследствие заболеваний периферических артерий (ЗПА), поступивших в ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период с июня 2017 года по декабрь 2018 года для проведения мероприятий первичного протезирования. Выборка включала в себя 38 (69,1 %) мужчин и 17 (30,9 %) женщин. Средний возраст пациентов составил $62,4 \pm 1,5$ года; больных в возрасте до 60 лет – 32,7 % (18 человек), от 60 до 70 лет – 50,9 % (28 человек), старше 70 лет – 16,4 % (9 больных). На костылях до протезирования передвигались 15 (27,3 %) инвалидов; с использованием кресла-коляски – 18 (32,7 %) человек; при помощи и костылей, и коляски – 18 (32,7 %) больных; 2 человека (3,6 %) использовали для передвижения ходунки; 2 (3,6 %) – и ходунки, и кресло-коляску. Инвалидами 1 группы являлись 3 (5,4 %) человека; 2-й – 38 (69,1 %); 3-й – 14 (25,5 %) больных.

Для оценки уровня функционирования пациентов с утратой конечности был использован набор МКФ, сформированный группой экспертов ISPO [1], включающий следующие категории: b 130 Волевые и побудительные функции; b 144 Функции памяти; b 164 Познавательные функции высокого уровня; b 28015 Боль в нижней конечности; b 810 Защитные функции кожи; d 230 Выполнение повседневного распорядка; d 410 Изменение положения тела; d 415 Поддержание положения тела; d 420 Перемещение тела; d 4500 Ходьба на короткие расстояния; d 4501 Ходьба на длинные расстояния; d 4502 Ходьба по различным поверхностям; d 4551 Преодоление препятствий; d 4601 Передвижение в пределах других зданий; d 4602 Передвижение вне дома и вне других зданий; d 465 Передвижение с использованием технических средств; d 470 Пользование

транспортом; d 510 Мытье; d 520 Уход за частями тела; d 530 Туалет; d 540 Одевание (нижняя половина тела); e 310 Семья и ближайшие родственники. Преимущественно применяли второй уровень детализации классификации, по некоторым позициям (мобильность) применён третий уровень детализации. Оценку выраженности нарушений функций, структур, ограничений активности и участия проводили в соответствии с первым определителем. Значимыми в плане коррекции считали нарушения умеренной степени выраженности и выше.

В настоящем исследовании для оценки функционального статуса инвалидов с утратой конечности и формирования категориального профиля МКФ использовали следующие инструменты измерения: FAS (Fatigue Assessment Scale) – Шкала оценки усталости; MMSE (Mini-mental State Examination) – Краткая шкала оценки психического статуса; ВАШ – Визуальная Аналоговая Шкала боли; SCI-SCS (Spinal Cord Injury Secondary Conditions Scale) – Шкала вторичных состояний повреждений спинного мозга (пункт 1, оценивающий состояние кожи); FIM (Functional Independence Measure) – Шкала Функциональной Независимости; ПМА – Предиктор Мобильности Ампутантов; Индекс Хаузера; Локомоторный Индекс; SCIM III (Spinal Cord Independence Measure) – Измеритель независимости при повреждениях спинного мозга (пункты 2, 4, 8, 16, оценивающие уровень самообслуживания и пользование пассажирским транспортом); Измерение пройденного расстояния.

Результаты исследования. Установлено, что проблемы с памятью (b 144) в степени, требующей коррекции, имели 34,5 % пациентов. Нарушения познавательных функций высокого уровня (b 164) отмечены у 10,9 % инвалидов. Коррекция нарушений, связанных с защитными функциями кожи (b 810), требовалась только 1,8 % больных. Боль в нижних конечностях (b 280) в степени от умеренной и выше не выявлена в данной группе.

По разделам активности и участия выявлены следующие проблемы. Сложности при выполнении повседневного распорядка (d 230) испытывали 92,7 % инвалидов. Такое же число больных – 92,7 % – испытывали трудности при изменении положения тела (d 410) – попытках встать со стула за одну или несколько попыток и перемещениях с одного стула на другой. Ограничения способности поддержания положения тела (d 415) не выявлено; затруднения при перемещении тела (d 420) обнаружены у 3,6 % инвалидов. Ограничения, связанные с ходьбой, зафиксированы: у 100 % больных при ходьбе на короткие расстояния (d 4500); у 98,2 % – при ходьбе на длинные расстояния (d 4501); у 74,6 % – при ходьбе по различным поверхностям (d 4502); у 83,6 % – при преодолении препятствий (d 4551); у 100 % – при передвижении в пределах других зданий (d 4601) и при передвижении вне дома и вне других зданий (d 4602). Затруднения в степени, требующей коррекции, при передвижении с использованием технических средств (d 465) выявлены у 78,2 % инвалидов; при пользовании транспортом (d 470) – у 47,3 %.

В блоке самообслуживания наиболее часто определяли ограничения в категории мытье (d 510) – у 65,5 % инвалидов. Выполнение гигиенических мероприятий при осуществлении физиологических отправок (d 530) вызывало затруднения у 23,6 % больных, уход за частями тела (d 520) – у 9,1 %, одевание (нижняя половина тела) (d 540) – у 5,5 %.

Заключение. Таким образом, в исследовании проведена оценка функционирования инвалидов с односторонней культей голени вследствие ЗПА на основе перечня категорий МКФ, релевантных для контингента лиц с утратой нижней конечности; предложены инструменты измерения нарушений по категориям МКФ; определены критерии трансформации результатов инструментальной оценки конкретной категории в значения определителя МКФ в процентах.

Охарактеризованы основные проблемы функционирования, активности и участия у инвалидов с односторонней ампутацией голени. Вполне очевидно, что лидирующие позиции занимают разные аспекты мобильности: ходьба на короткие и длинные дистанции, передвижение по неровной поверхности; изменение положения тела; передвижение с использованием ТСР; пользование транспортом. На фоне пожилого возраста обследованных пациентов, закономерно, фиксируются проблемы с памятью, познавательными функциями высокого уровня. Выявлены затруднения и в сфере самообслуживания (мытьё, осуществление гигиенических процедур при физиологических отправлениях, уход за частями тела).

Ключевым звеном реабилитации контингента инвалидов с утратой конечности является первичное протезирование. По мнению разработчиков данного набора МКФ, спектр категорий позволяет оценить не только проблемы инвалидов после ампутации нижней конечности, но и результаты реабилитации, что позволяет рекомендовать его для использования в реабилитационной практике.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Jim X., Friedbert K., Hugh D. Systematic review of concepts measured in individuals with lower limb amputation using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference. *Prosthet Orthot Int.* 2011; 35(3): 262-268. doi: 10.1177/0309364611412821.
2. Burger H. Can the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) be used in a prosthetics and orthotics outpatient clinic? *Prosthet Orthot Int.* 2011; 35(3): 302-309. doi: 10.1177/0309364611418019.
3. Kohler F., Cieza A., Stucki G., Geertzen J., Burger H. et al. Developing Core Sets for persons following amputation based on the International Classification of Functioning, Disability and Health as a way to specify functioning. *Prosthet Orthot Int.* 2009; 33: 117-129. <https://doi.org/10.1080/03093640802652029>
4. Kohler F., Xu J., Silva-Withmory C., Arockiam J. Feasibility of using a checklist based on the international classification of functioning, disability and health as an outcome measure in individuals following lower limb amputation. *Prosthet Orthot Int.* 35(3): 294-301. doi: 10.1177/0309364611415310.
5. Fekete C., Boldt C., Post M., Eriks-Hoogland I., Cieza A., Stucki G. How to measure what matters: development and application of guiding principles to select measurement instruments in an epidemiologic study on functioning. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* – 2011; 90 (11, Suppl. 1): S29-38. doi: 10.1097/PHM.0b013e318230fe41.

УДК 616.89+616.89-008.447]036.865-053.2

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ФОРМИРОВАНИЯ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ С УЧЕТОМ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ СОСТАВЛЯЮЩИХ ЗДОРОВЬЯ ПО КОДАМ МКФ У ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Емельянцева Т.А.

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

Минск, Республика Беларусь

Аннотация

Введение. В Республике Беларусь в структуре первичной инвалидности у детей психические расстройства занимают второе место, сохраняя тенденцию к росту. Государственный подход к пониманию проблем здоровья и инвалидности требует современных универсальных международных подходов к осуществлению медико-социальной экспертизы с использованием Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Цель. изучить особенности формирования ограничений жизнедеятельности у детей с психическими расстройствами с использованием МКФ с учетом национальных особенностей систем здравоохранения, образования и социальной защиты в Республике Беларусь.

Материалы и методы. Проведено клинико-экспертное обследование 201 ребенка с психическими расстройствами в возрасте от 3 до 18 лет (м=148 (73,6%), д=53 (26,4%)) с использованием разработанной Карты оценки функционирования по кодам МКФ с учетом возраста. Средний возраст детей составил 9,6±5,1лет.

Результаты. В 91,2% случаев дети имели нарушения речевого развития различной степени тяжести. У 82% обследованных детей выявлены пересекающиеся клинические феномены: СДВГ + речевые; СДВГ + речевые + РАС; РАС + речевые нарушения. Проведен анализ корреляционных связей между тяжестью ограничений жизнедеятельности и тяжестью нарушений функционирования по кодам МКФ. Выделены ведущие нарушения, определяющие формирование ограничений жизнедеятельности и инвалидности у детей с психическими расстройствами.

Заключение. Разработанный метод медицинской экспертизы детей с психическими расстройствами путем оценки нарушений по кодам МКФ с учетом возрастных особенностей позволит улучшить качество экспертизы, обосновать объемы и методы реабилитации в разные возрастные периоды.

Ключевые слова: психические расстройства у детей, метод медицинской экспертизы инвалидности, МКФ

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Емельянцева Татьяна Александровна, кандидат медицинских наук, доцент; +375296314731, +375175070777; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0937-5154>; e-mail: yemelyantsava@mail.ru

STUDY OF FEATURES OF FORMATION OF RESTRICTIONS OF DISABILITY TAKING INTO ACCOUNT EXPERT ASSESSMENT OF COMPONENTS OF HEALTH ACCORDING TO ICF CODES IN CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS IN THE REPUBLIC OF BELARUS

Yemelyantsava T.A.

National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation
Minsk, Republic of Belarus

Abstract

Background. In the Republic of Belarus, mental disorders take the second place in the structure of primary disability in children, while maintaining an upward trend. The state approach to understanding health and disability issues requires modern universal international approaches to the implementation of medical and social expertise using the ICF. The purpose of the study: to study the features of the formation of disability in children with mental disorders using ICF, taking into account the national characteristics of health, education and social protection systems in the Republic of Belarus.

Aim. to study the features of the formation of life restrictions in children with mental disorders using a comprehensive assessment of violations of mental functions, personal and environmental factors according to the ICF codes, taking into account the national characteristics of health, education and social protection systems in the Republic of Belarus.

Materials and methods. A clinical and expert examination of 201 children with mental disorders aged from 3 to 18 years (boys 73.6%, girls 26.4%) was conducted using the developed map for assessing the functioning of the ICF codes, taking the age into account.

Results. In 91.2% of cases, children had speech disorders of varying severity. In 82% of the examined children, overlapping clinical phenomena were identified: ADHD + speech; ADHD + speech + RAS; RAS + speech disorders. The analysis of correlations between the severity of life restrictions and the severity of functional disorders according to the ICF codes is carried out. The leading violations that determine the formation of disabilities in children with mental disorders are identified.

Conclusion. The developed method of medical examination of children with mental disorders by assessing violations of the ICF codes, taking into account age characteristics, will improve the quality of examination, justify the volumes and methods of rehabilitation in different age periods.

Key words: *mental disorders in children, method of medical examination of disability, ICF.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Tatsiana Yemelyantsava, Phd, associate professor; +375296314731, +375175070777; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0937-5154>; e-mail: yemelyantsava@mail.ru

Введение. В Республике Беларусь в структуре первичной инвалидности у детей психические расстройства занимают 2-е место после врожденных аномалий, опережая болезни нервной системы.

Сохраняется устойчивая тенденция к росту первичной инвалидности вследствие психических расстройств у детей. В абсолютных цифрах в 2019 г. впервые было признано инвалидами 783 ребенка в возрасте до 18 лет (в 2018 г. – 739 детей). В сравнении с 2015 г. рост первичной инвалидности у детей с психическими и поведенческими расстройствами составил 33,7 % (с 3,14 до 4,20 на 10 000 населения).

Причины первичной инвалидности вследствие психических расстройств у детей в Республике Беларусь в 2018 г. распределились следующим образом:

- умственная отсталость (F70-72) – 52,8%;
- ранний детский аутизм (F 84) – 34,8%;
- органические расстройства головного мозга (F 06, F 07) – 4,7%;
- смешанное расстройство развития (F 83) – 4,2%;
- расстройства шизофренического спектра (F20, F21) – 1,8%;
- речевые расстройства (F80) – 1,08%;
- другие – 0,7%.

За последние пять лет в Республике Беларусь отмечается рост первичной инвалидности в связи с расстройствами аутистического спектра (РАС) на 86% (138 случаев первичной инвалидности в 2014 г. и 257 случаев в 2018 г.).

В настоящее время РАС занимают центральное место в оказании медицинской помощи детям с психическими расстройствами, включая в себя широкий спектр клинических проявлений, связанных с расстройством развития нервной системы. В Республике Беларусь в настоящее время не разработаны критерии оценки тяжести инвалидности (степени утраты здоровья, СУЗ) у детей с РАС.

В экспертной практике важно учитывать, что различные психические расстройства у детей могут иметь перекрестные клинические феномены.

Наиболее ранними проявлениями расстройства развития нервной системы могут быть расстройства речевого развития. Расстройства речевого развития могут наблюдаться изолированно, но чаще сочетаются с такими психическими расстройствами, как нарушения внимания и двигательной активности (синдром дефицита внимания и гиперактивности – СДВГ), РАС, смешанными расстройствами развития, умственной отсталостью.

В мировой психиатрической практике у специалистов на современном этапе не вызывает сомнений коморбидность диагнозов РАС и СДВГ (от 5 до 20%). Наличие симптомов аутизма при СДВГ, особенно в раннем возрасте, равно как и наличие у детей с РАС симптомов СДВГ, могут приводить к формированию ограничений жизнедеятельности, утяжелять клинический и реабилитационный прогноз.

В экспертной практике особое значение придается системной оценке составляющих здоровья, осуществлению реабилитационных вмешательств в соответствии с тяжестью и структурой выявленных нарушений.

Государственный подход к пониманию проблем здоровья и инвалидности с учетом Закона Республики Беларусь от 18 октября 2016 г. № 424-З «О ратификации конвенции о правах инвалидов» требует современных универсальных международных подходов к осуществлению медико-социальной экспертизы (МСЭ). В настоящее время такой универсальной, рекомендованной ВОЗ, системой оценки здоровья является Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Краткий набор кодов МКФ для оценки функционирования детей с СДВГ впервые был предложен S. Bölte и др. [1] в рамках исследования ВОЗ с учетом трех возрастных периодов: 0-5 лет, 6-16 лет, старше 17 лет.

В настоящее время разработаны электронные версии наборы кодов МКФ для оценки функционирования детей с РАС и СДВГ [2], которые также имеют возрастные особенности.

Цель. Изучить особенности формирования ограничений жизнедеятельности у детей с психическими расстройствами с использованием комплексной оценки нарушений психических функций, личностных и средовых факторов по кодам МКФ с учетом национальных особенностей систем здравоохранения, образования и социальной защиты в Республике Беларусь.

Материалы и методы. В рамках государственной 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 «Разработать и внедрить метод медицинской экспертизы детей с психическими и поведенческими расстройствами».

В соответствии с задачами настоящего этапа исследования было проведено обследование 201 ребенка с психическими расстройствами в возрасте от 3 до 18 лет: 148 (73,6%) 53 (26,4%) девочек.

Средний возраст пациентов составил $9,6 \pm 5,1$ лет

Структура возрастных групп в исследовании представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Структура возрастных групп в исследовании

Возрастные группы	Дети с психическими расстройствами	
	Количество	(%)
3-5 лет	53	26,4%
6-8 лет	47	23,4%
9-11 лет	23	11,4%
12-14 лет	21	10,4%
15-17 лет	57	28,4%
Всего	201	100%

В ходе исследования использованы следующие методы: анкетные методы исследования (Шкала скрининговой диагностики СДВГ NICHQ Vanderbilt Assessment Scales, NICHQ VAS) для заполнения педагогами и родителями для оценки тяжести и структуры симптомов СДВГ [3], клинический метод, клинико-экспертный метод, статистические методы.

Клинический метод исследования включал:

- интервью с родителями ребенка, сбор анамнестических сведений;
- исследование и оценка психического статуса;
- исследование и оценка неврологического статуса с проведением дополнительного клинико-инструментального ЭЭГ-исследования по показаниям;
- консультация логопеда при наличии речевых нарушений;
- экспериментально-психологическое исследование уровня интеллектуального развития с использованием шкалы Векслера (в возрасте после 5 лет).

Оценка нарушений жизнедеятельности, в том числе ограничений жизнедеятельности у детей с психическими расстройствами проводилась с учетом Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН, 1980) по основным категориям: способности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью, осуществлять ведущую возрастную деятельность (у лиц в возрасте до 18 лет).

Основанием для установления СУЗ 1 являлось легкое ОЖ, СУЗ 2 – умеренное ОЖ, СУЗ 3 – выраженное ОЖ, СУЗ 4 – резко выраженное ОЖ.

Из 201 ребенка, у 24 (11,9%) детей не обнаружено утраты здоровья, у 26 (12,9%) детей установлена СУЗ 1, у 70 (34,8%) детей – СУЗ 2, у 62 (30,8%) детей – СУЗ 3, у 5 (2,5%) детей – СУЗ 4. У 14 детей на момент проведения обследования уточнялась СУЗ (проводилось дополнительное обследование)

Степень ограничений жизнедеятельности и соответственно СУЗ у детей клинической группы

Для комплексной экспертной оценки нарушений психических функций, личностных и средовых факторов по кодам МКФ с учетом национальных особенностей, а также с учетом того, что многие клинические феномены являются общими для психических расстройств у детей, особенно в раннем возрасте, нами разработана общая карта оценки функционирования детей с психическими расстройствами по кодам МКФ с учетом возраста (таблица 2).

Таблица 2 – Карта оценки функционирования детей с психическими расстройствами по кодам МКФ

Нарушения функционирования по кодам МКФ-ДП	Нарушения тяжесть
Нарушения психических и физиологических функций	
b114 функции ориентации	
b117 функции интеллекта	
b122 общее психосоциальное функционирование	
b125 предрасположенности и интраперсональные функции	
b1250 адаптивность к новым объектам	
b1251 способность реагирования на требования	
b1252 уровень активности (способность реагировать энергично и активно, а не инертно и пассивно)	
b1253 предсказуемость (способность вести себя и реагировать в предсказуемой и стабильной манере, а не противоречиво и непредсказуемо)	
b1254 настойчивость (способность прилагать достаточные усилия)	
b1255 доступность (способность брать на себя инициативу, идя навстречу людям и обстоятельствам, а не отстраняться от них)	
b126 темперамент и личное функционирование	
b1260 экстраверсия против интроверсии	
b1261 способность к достижению компромисса	
b1263 эмоциональная стабильность	
b1264 открытость новому опыту	
b1265 оптимизм против отчаяния	
b1266 уверенность в себе против стеснительности	
b130 функции побуждений и энергии	
b1300 степень психической энергии (выносливость)	
b1301 мотивация (побуждающая сила к действию)	
b1302 аппетит	
b1304 способность подавлять импульсивные побуждения	
b 134 функции сна	
b 140 функции внимания	
b1400 постоянство внимания (непроизвольное поддержание внимания в течение необходимого времени)	
b1401 переключение внимания (непроизвольное переключение внимания с одного стимула на другой)	
b1402 разделение внимания (одновременное поддержание внимания на 2-х и более стимулах)	
b 144 функции памяти	

b147 психомоторные функции (контроль речи, спонтанных движений), позволяющий обеспечить адекватное поведение)	
b152 эмоциональные функции	
b1520 соответствие эмоций ситуации b1521 эмоциональная лабильность b1522 спектр эмоциональных реакций	
b156 функции перцепции (слухового, зрительного, обонятельного, вкусового, тактильного и зрительно-пространственного восприятия)	
b160 функции мышления	
b164 высшие когнитивные функции (исполнительные функции)	
b1640 способность абстрагироваться от мелких деталей и смотреть на ситуацию в целом b1641 способность к организации и планированию b1643 когнитивную гибкость, которая предусматривает способность к смене стратегий и подходов b1644 способность осознавать и контролировать свои собственные действия b1645 способность формировать суждения и оценивать различные варианты решений, используя свой предыдущий опыт b1646 способность ставить цели и решать поставленные задачи в соответствии с поставленными целями	
b167 умственные функции речи (функции распознавания и использования знаков, символов и других компонентов языка, включая интегративные языковые функции, такие как рецептивная, экспрессивная речь)	
b 760 функции, связанные с управлением и координацией произвольных движений,	
b 765 функции, связанные с контролем и координацией непроизвольных движений	
b7652 тики b7653 стереотипии	
Активность и участие	
d110 наблюдение	
d115 слушание	
d130 подражание (имитация или имитация в качестве основного компонента обучения, например, копирование жеста, звука или букв алфавита)	
d132 получение информации (получение фактов о людях, вещах и событиях, например, вопросы о том, почему, что, где и как, а также имен)	
d137 приобретение концепций (развитие компетенции для понимания и использования базовых и сложных концепций, связанных с характеристиками вещей, людей или событий)	
d140 приобретение навыков чтения	
d140 приобретение навыков письма	
d150 приобретение навыков счета	
d155 приобретение навыков в интегрированных наборах действий или задач, таких как игра на инструментах или игра в шахматы и др.	
d160 концентрация внимания (способность намеренно фокусировать внимание на стимулах, например, сосредотачиваться в шумной обстановке)	
d161 произвольное внимание (способность намеренно сосредотачивать внимание на определенных задачах необходимое количество времени)	
d166 применение чтения*	
d170 применение письма*	
d172 применение счета*	
d175 способность решать простые проблемы	
d177 способность принимать решения	
d210 способность выполнять простую задачу самостоятельно или в группе	
d220 способность выполнять многоплановую задачу	
d230 выполнение повседневного распорядка	

d2300 следование повседневному распорядку	
d2302 исполнение повседневного распорядка	
d2301 организация повседневного распорядка	
d2303* управление уровнем собственной активности (распределение сил и времени в зависимости от требований повседневных дел и обязанностей)	
d2304* организация изменений повседневного распорядка	
d2305* управление собственным временем при выполнении повседневного распорядка	
d240 преодоление стресса и др. психологических нагрузок	
d2400 ответственность (должное исполнения обязанностей с осознанием их важности)	
d2401 преодоление повседневного стресса (ожидание своей очереди, выступление перед другими и т.п.)	
d2402 преодоление кризисных ситуаций (о. возникших) с выбором подходящего момента и подходящего человека, чтобы попросить о помощи	
стресс, связанный с общением (для РАС)	
d250 контроль собственного поведения	
d2500 восприятие нового (управление поведением и эмоциями для правильного восприятия новых объектов и ситуаций)	
d2501 приспособление к требованиям (управление поведением и эмоциями для удовлетворения возникающих потребностей)	
d2502 установление контактов (управление поведением и эмоциями для начала взаимодействия с людьми в определенных ситуациях)	
d2503* предсказуемое поведение (управление поведением и эмоциями в соответствии с определенными требованиями или ожиданиями)	
d2504* подбор уровня активности (управление поведением, эмоциями для выбор приемлемого уровня активности, в соответствии с определенными требованиями и ожиданиями)	
d310 вербальные коммуникации: общение - получение сообщения – голосовой ответ	
d315 невербальные коммуникации	
d 330 создание слов, фраз и более длинных предложений в устных сообщениях	
d331 вокализация в ответ на речевое общение	
d 335 использование жестов, символов и рисунков для передачи сообщений	
d 350 способность к разговору (началу, поддержанию, завершению разговора)	
d 355* способность к дискуссии (началу, поддержанию, завершению)	
d360 использование коммуникативных устройств для общения, например, звонок другу по телефону.	
d 520 уход за телом	
d530 регулирование мочеиспускания, дефекации и менструального цикла.	
d550 еда: выполнение скоординированных действий по поеданию поданной пищи, поднесению ее ко рту и потреблению приемлемыми в культурном отношении способами, разрезанию или разбиванию пищи на части, использованию кухонных принадлежностей	
d 570 забота о своем здоровье (обеспечение физического комфорта, здоровья, физического и психического благополучия)	
d 571 забота о собственной безопасности (избегание рисков, которые могут привести к травмам)	
d 710 базисные межличностные взаимодействия	
d 7101 понимание и принятие др. людьми	
d 71040 способность к инициации социального взаимодействия	
d 71040 способность поддерживать социальное взаимодействие	
d 7105 восприятие физического прикосновения	
d 720 сложные межличностные взаимодействия	
d 7202 способность регулировать эмоции и поведение во время взаимодействия	
d 7203 способность взаимодействовать в соответствии с социальными нормами	
d 7204 способность соблюдать социальную дистанцию	
d 740 формальные отношения с ровесниками и педагогами	
d 750 неформальные отношения с друзьями	

d 760 отношения с членами семьи	
d 7600 отношения с родителями d 7602 отношения с др. детьми d 7603 отношения с дальними родственниками	
d 815 дошкольное образование	
d 820* школьное образование (выполнение всех школьных обязанностей, изучение предметов и других требований учебной программы, включая регулярное посещение школы, совместную работу с другими учениками под руководством учителей)	
d 880 игровая деятельность (способность организовывать игру)	
d 920 участие в любой форме развлечений и досуга (игры, спорт, искусство и культура, ремесла, хобби и общение)	

Примечание: * для детей школьного возраста

Факторы окружающей среды										
	барьерные					ресурсные				Примечания
	4	3	2	1		1	2	3	4	
e 310 поддержка семьи и ближайших родственников										
e 315 поддержка дальних родственников										
e 410 установки ближайших родственников относительно расстройства										
e 415 установки отдаленных родственников относительно расстройства										
e 430 установки авторитетных фигур (педагогов)										

Нарушения по каждому критерию (домену) b и d оценивались: 0 – отсутствие нарушений, 1 – легкие нарушения, 2 – умеренно выраженные нарушения, 3 – выраженные нарушения, 4 – резко выраженные нарушения.

Ключевым моментом разработанной нами Карты оценки функционирования детей с психическими расстройствами по кодам МКФ является более подробное по содержанию описание нарушений функционирования детей с СДВГ по базовым кодам МКФ (ICF Core-Sets), облегчающее понимание критериев оценки.

Например, оценка способности контроля собственного поведения d 250 включала:

d 2500 восприятие нового;

d 2501 приспособление к требованиям

d 2502 установление контактов;

d 2503* предсказуемое поведение;

d 2504* выбор приемлемого уровня активности, в соответствии с определенными требованиями.

Результаты исследования.

Структура психических расстройств у детей клиничко-экспертной группы (n=201) распределилась следующим образом (рисунок 1):

расстройства аутистического спектра (РАС): n=68 (37%);

умственная отсталость (УО): n=52 (28%);

смешанное специфическое расстройство развития (ЗПР): n=13 (7%);

расстройства речевого развития: n=26 (14%);

синдром дефицита внимания и гиперактивности: n=26 (14%).

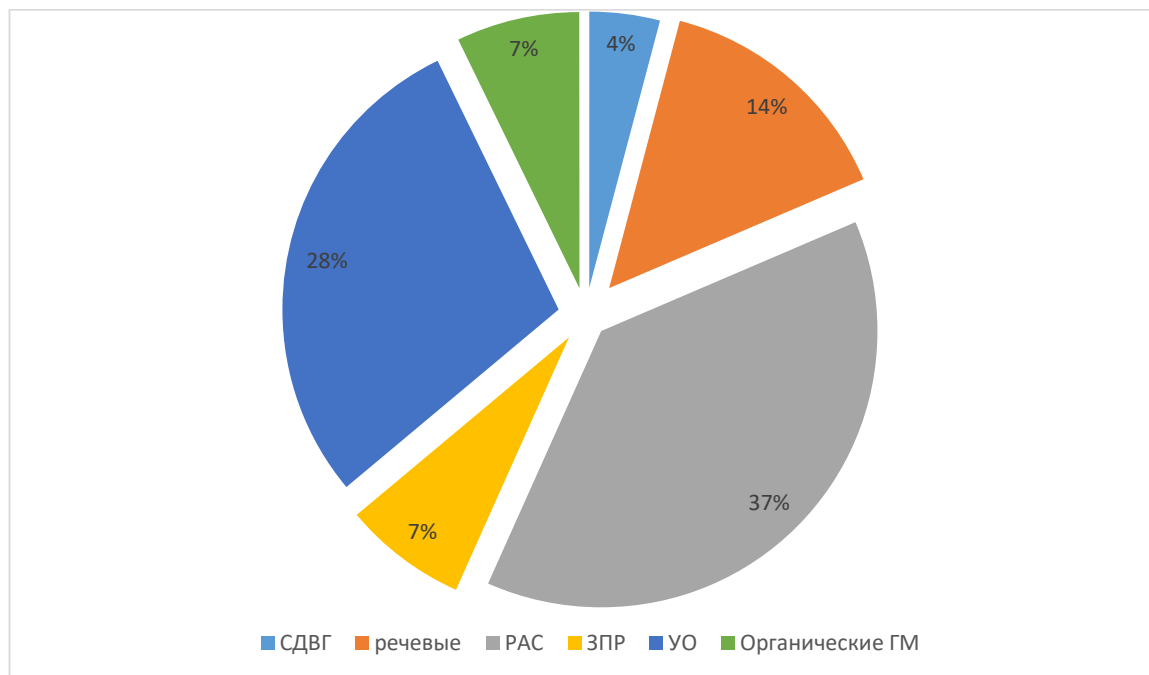


Рис. 1 – Структура психических расстройств у детей клинико-экспертной группы

Следует отметить, что у 82% обследованных детей имели пересекающиеся клинические феномены: СДВГ + речевые; СДВГ + речевые + РАС; РАС + речевые нарушения.

У 114 (65,1%) детей с психическими расстройствами отмечались проблемы в родах.

Только у 12 (5,8%) детей в исследовании не имели нарушений в речевом развитии. У 179 (94,8%) детей имели нарушения речевого развития различной степени тяжести.

Для определения достоверно значимых нарушений психических функций (b), ограничений активности и участия (d), барьерных и облегчающих факторов окружающей среды (e), определяющих тяжесть ОЖ (СУЗ) у детей с психическими расстройствами проведен статистический анализ с использованием критерия Н–Крускала-Уоллеса.

По результатам проведенного анализа, все оцениваемые нарушения психических функций (b) имели достоверно значимые ($p < 0,001$) влияния на формирование ОЖ и соответственно СУЗ у детей с психическими расстройствами, за исключением функций, связанных с контролем и координацией произвольных движений (b 760) ($p > 0,05$).

Все оцениваемые ограничения активности и участия (d) также имели достоверно значимые ($p < 0,001$) влияния на формирование ОЖ и соответственно СУЗ у детей с психическими расстройствами.

Оценка значимости факторов окружающей среды выявила достоверно значимые влияния по фактору установки семьи в отношении расстройства ($N=14,59$, $p < 0,01$) и фактору установки педагогов ($N=9,27,59$, $p < 0,05$) (таблица 3).

Таблица 3 – Оценка влияния факторов внешней среды на тяжесть СУЗ у детей с психическими расстройствами

Домен МКФ	Факторы внешней среды	Н–Крускала-Уоллеса	p
e 310	поддержка семьи и ближайших родственников	6,7	0,081
e 315	поддержка дальних родственников	3,2	0,369
e 410	индивидуальные установки семьи и ближайших родственников	14,59	0,002
e 430	индивидуальные установки педагогов	9,27	0,026

По результатам исследования проведен анализ корреляционных связей между тяжестью СУЗ и тяжестью нарушений функционирования по кодам МКФ (таблица 4).

Таблица 4 – Сила корреляционных связей между тяжестью СУЗ и тяжестью ведущих нарушений функционирования по кодам МКФ у детей с психическими расстройствами

Оценка функционирования по кодам МКФ–ДП	Коэффициент корреляции (r)	Сила корреляционной связи
b 117 функции интеллекта	0,53**	умеренной силы
b125 предрасположенности и интраперсональные функции	0,62**	умеренной силы
b130 функции побуждений	0,59**	умеренной силы
b140 функции внимания	0,60**	умеренной силы
b144 функции памяти	0,65**	умеренной силы
b152 функции эмоций	0,56**	умеренной силы
b167 умственные функции речи	0,58**	умеренной силы
d240 преодоление стресса и др. психологических нагрузок	0,63**	умеренной силы
d250 контроль собственного поведения	0,68**	умеренной силы
d 720 базисные межличностные взаимодействия	0,57**	умеренной силы
d 720 сложные межличностные взаимодействия	0,66**	умеренной силы

**p<0,001

Выявленные достоверные (p<0,001) корреляционные связи умеренной силы позволяют установить значимые нарушения функционирования у детей с психическими расстройствами, которые определяют ОЖ и соответственно влияют на СУЗ.

Исследование продолжается.

Заключение. Разработка и внедрение метода медицинской экспертизы детей с психическими расстройствами путем оценки нарушений по кодам МКФ с учетом возрастных особенностей позволит конкретизировать тяжесть СУЗ, обосновать объемы и методы реабилитации в разные возрастные периоды, ликвидировать дефицит научно-методического сопровождения МСЭ психических расстройств у детей.

Впервые в Республике Беларусь в исследование включены дети с СДВГ, в силу того, что указанный клинический феномен значительно нарушает способности к контролю поведения и обучению, приводит к формированию ограничений жизнедеятельности, утяжеляет клинический и реабилитационный прогноз.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Bolte, S. Standardized assessment of functioning in ADHD: consensus on the ICF Core Sets for ADHD J. / S. Bolte, S. Mahdi, D. Coghill // European Child & Adolescent Psychiatry. – <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1119-y>.20185.
2. <https://www.icf-core-sets.org/en/>
3. Wolraich M., Bard D., Neas B. et al. The Psychometric Properties of the Vanderbilt Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Diagnostic Teacher Rating Scale in a Community Population. J. of Develop behavioral pediatrics: 2013; 34(2):83–93. doi: 10.1097/DBP.0b013e31827d55c3

УДК 364:647-056.26:612.83:616-001

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ОБЪЕКТОВ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Крамер И.В., Васильченко Е.М.

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

Аннотация.

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

Цель. Определить факторы окружающей среды, ограничивающие доступность реабилитационных услуг инвалидам с позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ).

Материалы и методы. По результатам анкетирования «Экспертная оценка доступности объектов и услуг для маломобильных групп населения», разработанного специалистами ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России, изучалась степень доступности объектов и реабилитационных услуг для маломобильных групп населения на территории субъектов Сибирского федерального округа (СФО).

Результаты. В ходе исследования определены факторы, ограничивающие доступность реабилитационных услуг инвалидам с ПСМТ.

Заключение. Результаты исследования предназначены для специалистов органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере социальной защиты и охраны здоровья населения, учреждений медико-социальной экспертизы, медицинских организаций, реабилитационных центров.

Ключевые слова: инвалиды, доступная среда, доступность объектов, доступность услуг, факторы окружающей среды, позвоночно-спинномозговая травма.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Крамер Ирина Вениаминовна, заведующий сектором медицинской статистики ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России, тел. +7-951-183-52-42, e-mail: root@reabil-nk.ru;

Васильченко Елена Михайловна, кандидат медицинских наук, генеральный директор ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России, (8-3843) 36-94-94, e-mail: root@reabil-nk.ru, 654055, Кемеровская область, Новокузнецк, ул. Малая, 7.

EXPERT ASSESSMENT OF ENVIRONMENTAL ACCESSIBILITY FOR DISABLED PERSONS WITH SPINE AND SPINAL CORD INJURY

Kramer I.V., Vasilchenko E.M.

Federal State Budgetary Institution “Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons”, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Novokuznetsk, Russian Federation

Abstract

Background. One of the main requirements for the state policy of the constituents of the Russian Federation is to ensure the implementation of measures in the territory aimed at removing existing obstacles and barriers, ensuring the availability of rehabilitation and habilitation for disabled persons, including children with disabilities.

Aim. Identify environmental factors that limit the availability of rehabilitation services for people with spine and spinal cord injury (SSCI).

Materials and methods. The results of the survey “Expert assessment of availability of facilities and services for people with limited mobility”, developed by specialists of the FSBI NSPC MSE RDP, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, were used to investigate the degree of accessibility of facilities and services for the population groups of persons with limited mobility in the territory of constituents of the Siberian Federal district (SFD).

Results. The study identified factors that limit the availability of rehabilitation care for disabled persons with SSCI

Conclusion. The results of the study are intended for specialists of the bodies of executive power of the Russian Federation in the area of social security and public health protection, medical and social examination institutions, medical institutions, rehabilitation centers.

Key words: Disabled persons, accessible environment, accessibility of facilities, availability of services, environmental factors, spinal cord injury.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Irina Veniaminovna Kramer, Head of the Sector of Medical Statistics Federal State Budgetary Institution “Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons”, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation;

Vasilchenko Elena Mikhailovna, PhD, Director General Federal State Budgetary Institution “Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons”, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, 654055, Malaya street, 7, Novokuznetsk, Kemerovo region, Russian Federation Tel: (3843) 36-91-26, 36-94-94 E-mail: root@reabil-nk.ru

Введение. Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 марта 2019 г. № 363 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» была продлена до 2025 года. В задачи программы включены обеспечение равного доступа инвалидов к приоритетным объектам и услугам в приоритетных

сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения и равного доступа к реабилитационным услугам. К маломобильным группам населения относятся люди, испытывающие затруднения при самостоятельном передвижении, получении услуги, необходимой информации или при ориентировании в пространстве (СП 59.13330.2016 Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения (Актуализированная редакция СНиП 35-01-2001). – М.: Стандартинформ, 2017). Инвалиды с ПСМТ в основном пользуются кресло-колясками и относятся к маломобильным группам. К 2024 году все субъекты Российской Федерации должны сформировать систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, соответствующую типовой программе субъекта Российской Федерации, а к 2025 году планируется довести долю доступных для инвалидов и других маломобильных групп населения приоритетных объектов социальной, транспортной, инженерной инфраструктуры в общем количестве приоритетных объектов до 70,7%. Зарубежные авторы склоняются к тому, что окружающая среда с её барьерами или с отсутствием облегчающих факторов может либо инвалидизировать людей с ограниченными возможностями, либо способствовать их участию и включению в социальную, экономическую, политическую и культурную жизнь. Улучшение доступа к зданиям, дорогам, транспорту, информации и коммуникации создаёт более комфортную среду, которая приносит пользу не только инвалидам, но и другим группам населения [1]. Доступность получения реабилитационных услуг маломобильными гражданами, пользующимися кресло-колясками, – это возможность беспрепятственно достичь конечной точки маршрута и воспользоваться услугой. Это здания, путь движения, места обслуживания [2]. Поэтому в настоящее время определение факторов окружающей среды, ограничивающих доступность реабилитационной помощи инвалидам с ПСМТ, является актуальным и своевременным.

Цель. Определить факторы окружающей среды, ограничивающие доступность реабилитационных услуг инвалидам с ПСМТ.

Материалы и методы. Для исследования оценки доступности объектов и услуг с точки зрения руководителей субъектов СФО, которые обеспечивают доступную среду для граждан с ограниченными возможностями (далее – функционеры) использовалась анкета-опросник «Экспертная оценка доступности объектов и услуг для маломобильных групп населения», разработанная специалистами ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. Анкета состоит из двух разделов и содержит 31 вопрос: раздел 1 (8 вопросов) – Экспертная оценка доступности объектов для маломобильных групп населения. Изучалась доступность объектов общественных мест (например, парки, здания), объектов в сфере социальной защиты, 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 аппаратами и оборудованными местами для маломобильных граждан и пассажиров с колясками), адаптированность транспортных условий для передвижений в пределах города с помощью социального такси; раздел 2 – Экспертная оценка доступности услуг для маломобильных групп населения (23 вопроса). Изучалась доступность по шести блокам:

1. Оказание информационно-справочной поддержки гражданам по вопросам инвалидности, социальной защиты, медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

2. Предоставление многофункциональным центром по принципу одного окна услуг по приёму от граждан заявлений в целях получения государственной услуги по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации.

3. Система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

4. Наличие специализированных центров реабилитации для людей с повреждением спинного мозга.

5. Социальное и медицинское обслуживание инвалидов, обеспечение инвалидов льготными лекарствами и техническими средствами реабилитации (ТСР)

6. Участие инвалидов в социуме в части трудоустройства и занятости, в физической культуре и спорте, в том числе занятые инвалиды трудоспособного возраста, отношение населения к инвалидам. Анкетирование проводилось в форме специализированного выборочного опроса в заочной форме. В Правительства субъектов СФО на уровень Заместителя Губернатора, курирующего социальные вопросы, были направлены соответствующие письма с анкетой-опросником. Предлагалось экспертно оценить степень доступности объектов и услуг для маломобильных групп населения именно руководителю, курирующему социальную сферу (функционеру). В результате в исследовании приняли участие шесть субъектов. Для обработки результатов анкетирования использовались процентные показатели (%) и моды исследуемых величин (Mo).

Результаты исследования. В целом по всем субъектам-участникам доступность объектов для маломобильных групп населения оценивается респондентами как удовлетворительная (64,6%). При анализе оценки доступности объектов по составляющим – приоритетным сферам жизнедеятельности выделяются проблемные участки, которыми следует заняться в первую очередь. Это доступность общественных мест

(оценку «удовлетворительно» поставил только один респондент - 16,7%) и общественного транспорта (оценку «удовлетворительно» поставили только два респондента – 33,4%). На территории субъектов-участников по мнению функционеров существует довольно большое количество барьеров для посещения парков, мест отдыха у воды, зданий и других общественных мест маломобильными группами населения, а общественный транспорт в должной мере не адаптирован к передвижению на нем этого контингента населения. О положительной оценке доступности услуг по блоку информационно-справочной поддержки граждан по вопросам инвалидности, социальной защиты, медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов респонденты говорили в 42,9 % случаев (о наличии информационно-справочного центра поддержки граждан по вопросам инвалидности, социальной защиты, медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, об информировании инвалидов о возможности получения реабилитационных услуг, о наличии информации о маломобильных гражданах в органах социальной защиты, здравоохранении, физической культуры и спорта, центре занятости, образовании). На территории двух субъектов-участников имеются специализированные центры реабилитации для людей с повреждением спинного мозга (33,4%). Достаточность участия инвалидов в социуме в части трудоустройства и занятости (уровень занятых инвалидов трудоспособного возраста в общей численности инвалидов трудоспособного возраста, уровень занятых из числа маломобильных среди занятых инвалидов), в физической культуре и спорте (охват физической культурой и спортом среди инвалидов, охват физической культурой и спортом среди маломобильных) оценено респондентами положительно в 4% ответов. Все респонденты определили отношение общества к маломобильным группам населения как сочувственное.

Заключение. Проведенное исследование определило факторы окружающей среды в части доступности объектов и услуг, ограничивающие адаптацию инвалидов с ПСМТ и доступность реабилитационной помощи. Это: затрудненная доступность или недоступность общественных мест, неудовлетворительная адаптированность транспортных условий для передвижений на длинные дистанции, а так же, с одной стороны, отсутствие или нехватка информационно-справочной информации по поддержке граждан по вопросам инвалидности, социальной защиты, медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, о возможности получения реабилитационных услуг, с другой стороны, отсутствие или нехватка информации о маломобильных гражданах в органах социальной защиты, здравоохранении, физической культуры и спорта, центре занятости, образовании. Данные факторы создают барьер инвалиду с ПСМТ на протяжении маршрута движения до конечной точки получения реабилитационных услуг.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. World Report on Disability: World Health Organization, 2011 [Electronic resource]. – Mode of access: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf (Accessed: 25.10.2019).
2. Basics of creating an accessible environment for people with disabilities: illustrated reference guide [Electronic resource] / ed. A.V. Moseychuk. – Access mode: http://unatlib.ru/images/librarians/resources/methodrecomend/osobyjekategorii/v_02/09_osnovy_formirovaniya_dostupnoj_sredya_dlya_invalidov.pdf [Основы формирования доступной среды для инвалидов: иллюстрированное справочное пособие [Электронный ресурс] / под ред. А.В. Мосейчук. – Режим доступа: http://unatlib.ru/images/librarians/resources/methodrecomend/osobyjekategorii/v_02/09_osnovy_formirovaniya_dostupnoj_sredya_dlya_invalidov.pdf (Accessed: 25.10.2019) (In Russ.)].

УДК 616-039.75

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МКФ В ОБУЧЕНИИ НАВЫКАМ САМООБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Виноградская З.В.¹, Погорельская М.А.²

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

² ООО «ЭйрМЕД»

Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Возможность самообслуживания является одной из самых главных задач улучшения качества жизни пациентов после тяжелой травмы позвоночника. Помимо восстановления двигательных паттернов

конечностей, необходимо уделять внимание обучению навыкам самообслуживания в равной степени. В настоящее время в качестве универсального инструмента для анализа функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья рассматривается Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Одним из инструментов МКФ для описания функционального статуса и принятия решения относительно целей реабилитации и мишеней вмешательства является профиль по категориям МКФ. [1]

Цель. Оценка возможности использования МКФ для обучения и улучшения навыков самообслуживания у пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы.

Материалы и методы. Участие в междисциплинарном осмотре 58 пациентов и ведение курсов их реабилитации, сбор и анализ данных с помощью амбулаторных карт и компьютерной программы ICF-reader. Все пациенты имели диагноз в виде позвоночно-спинномозговой травмы. 32 пациента с парапарезом нижних конечностей, 9 - парапарез нижних конечностей до плегии и 17 пациентов с тетрапарезом.

Результаты. Проведен анализ 2 групп пациентов. 1 группа – постановка подцели «улучшение навыков самообслуживания» и схема реабилитационного плана с использованием категорий МКФ – 47 пациентов. 2 группа - постановка подцели «улучшение навыков самообслуживания» без включения в схему реабилитационного плана занятий на основе категорий МКФ – 11 пациентов. За период 2-х недельной реабилитации у наблюдаемых пациентов 1 группы среднее суммарное изменение в баллах составило 2,5 балла, у пациентов 2 группы – суммарное изменение баллов – 1 балл.

Заключение. МКФ помогает определить потребности в улучшении уже имеющихся навыков самообслуживания, а также в новых навыках. Позволяет составить наиболее эффективную схему занятий реабилитационного плана, включающего обучение пациента, оценить результаты курса реабилитации и динамику овладения навыками самообслуживания пациентов с тяжелой спинно-мозговой травмой.

Ключевые слова: Международная классификация функционирования, ограничения самообслуживания, позвоночно-спинномозговая травма, реабилитационная цель.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Виноградская Злата Всеволодовна [Zlata V. Vinogradskaya]; (ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. 195067, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, 50.) [Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, Bestuzhevskaya str. 50, 195067, St.Petersburg, Russian Federation.]; телефон:+7(911)2270696;ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2577-9730>; eLibrary SPIN: 1971-8105; vinzлата@yandex.ru

Погольская Мария Алексеевна [Maria A. Pogolskaya]; (ООО Реабилитационный центр «ЭйрМЕД», Российская Федерация, 196137, Санкт-Петербург, ул. Всеволода Вишневецкого, дом 10.) [EirMED LLC, Russia, Vsevolod Vishnevsky str., 10, 195067, St.Petersburg, Russian Federation.]; телефон:+7(921)0926996; e-mail: pma@eirmed.ru

THE USE ICF IN TEACHING SELF-CARE SKILLS TO PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF SPINAL CORD INJURY

Vinogradskaya Z.V.¹, Pogolskaya M.A.²

¹Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled

²EirMED LLC

St. Petersburg, Russia

Abstract

Background. The possibility of self-care is one of the most important tasks of improving the quality of life of patients after a severe spinal injury. In addition to restoring the motor patterns of the limbs, it is necessary to pay attention to the training of self-care skills equally. At present, the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is being considered as a universal tool for analyzing functioning, disability and health. One of the ICF's tools for describing functional status and deciding on rehabilitation goals and targets for intervention is an ICF category profile. [1] At the first appointment, an examination and questioning of patients is carried out, using the ICF categories, an individual profile is filled. Then the interdisciplinary team draws up a rehabilitation plan according to the request of the patient and his relatives, identifies the main goal and subgoals, ways and resources to achieve them. The plan includes motor rehabilitation classes and self-care classes. The result of each classes is recorded in an outpatient card. The use of basic kits for multidisciplinary assessment avoids the risk of missing important aspects of functioning. [2]

Aim. To estimate a possibility of use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (further ICF) for teaching and improving self-care skills in patients with consequences of a spinal cord injury.

Materials and methods. Participation in the interdisciplinary admission of 58 patients and management of their rehabilitation courses, data collection and analysis using outpatient cards and the ICF-reader computer program. All

patients were diagnosed with spinal cord injury. 32 patients with paraparesis of the lower extremities, 9 - paraparesis of the lower extremities up to plegia and 17 patients with tetraparesis.

Results. The analysis of 2 groups of patients. Group 1 — setting the sub-goal “Improving Self-care Skills” and the scheme of the rehabilitation plan using ICF categories — 47 patients. Group 2 — setting the sub-goal “Improving Self-care Skills” without inclusion in the scheme of the rehabilitation plan of classes based on ICF categories — 11 patients. During the 2-week rehabilitation period, in the observed patients of the 1st group, the average total change in points was 2.5 points, in patients of the 2nd group - the total change in points was 1 point.

Conclusion. The ICF helps identify needs for improving existing self-care skills as well as new skills. It allows you to draw up the most effective scheme of the rehabilitation plan, including patient education, to evaluate the results of the rehabilitation course and the dynamics of mastering the self-care skills of patients with severe spinal cord injury.

Key words: *International classification of functioning, restrictions on self-care, spinal cord injury, rehabilitation goal.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Zlata V. Vinogradskaya; Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, Bestuzhevskaya str. 50, 195067, St.Petersburg, Russian Federation.; phone:+7(911)2270696; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2577-9730>; eLibrary SPIN: 1971-8105; vinzlata@yandex.ru

Maria A. Pogolskaya; EirMED LLC, Russia, Vsevolod Vishnevsky str., 10, 195067, St.Petersburg, Russian Federation.; phone:+7(921)0926996; e-mail: pma@eirmed.ru

Введение. Возможность самообслуживания является одной из самых главных задач улучшения качества жизни пациентов после тяжелой травмы позвоночника. Помимо восстановления двигательных паттернов конечностей, необходимо уделять внимание обучению навыкам самообслуживания в равной степени. Это мотивация не только к улучшению мобильности, но и возможность пациента заниматься личными интересами (работа, хобби).

Прогресс в совершенствовании бытовых навыков самообслуживания существенным образом зависит от изобретательности пациента и ухаживающих за ним. Прямой уход уменьшает двигательные возможности больного и рано или поздно приводит к тяжелому межличностному конфликту.

Восстановление жизненно необходимых навыков имеет не только социальную значимость, снижая зависимость больного от окружающих и позволяя выполнять некоторые рабочие операции, но и оказывает важное психотерапевтическое влияние на больного, способствует формированию его активных установок на лечение. [4]

В настоящее время в качестве универсального инструмента для анализа функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья рассматривается Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Одним из инструментов МКФ для описания функционального статуса и принятия решения относительно целей реабилитации и мишеней вмешательства является профиль по категориям МКФ. [1]

Способность к самообслуживанию включает: удовлетворение основных физиологических потребностей, поддержание личной гигиены, возможность самостоятельного одевания и раздевания, приема пищи, обеспечения повседневных бытовых потребностей, приготовления пищи, пользование постельным бельем, стирка, чистка и ремонт белья, одежды и других бытовых предметов; пользование бытовыми приспособлениями и приборами, уборка помещения.[3,5]

На первичном приеме проводится осмотр и опрос пациентов, используя категории МКФ заполняется индивидуальный профиль. Затем междисциплинарная команда составляет реабилитационный план согласно запросу пациента и его родственников, выявляет главную цель и подцели, пути и ресурсы для их достижения. План включает в себя занятия двигательной реабилитацией и занятия по обучению самообслуживанию. Результат каждого занятия фиксируется в амбулаторной карте.

Применение базовых наборов при мультидисциплинарной оценке позволяет избежать риска упустить важные аспекты функционирования. [2]

По ходу процесса реабилитации специалисты оценивают динамику и, по необходимости, меняют порядок и наполнение занятий. Прогресс овладения навыками самообслуживания отслеживается реабилитологами в ходе как двигательной реабилитации, со слов пациента и его родственников, так и в перерывах между занятиями - оцениваются изменения уровня самостоятельности.

Результаты фиксируются в баллах по МКФ при первичном осмотре и по окончании реабилитационного курса через 2 недели. Изменения выносятся в Заключение в баллах при выписке пациента вместе с рекомендациями.

Цель. Оценка возможности использования МКФ для обучения и улучшения навыков самообслуживания у пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы.

Материалы и методы. Участие в междисциплинарном осмотре 58 пациентов и ведение курсов их реабилитации, сбор и анализ данных с помощью амбулаторных карт и компьютерной программы ICF-reader.

Все пациенты имели диагноз в виде позвоночно-спинномозговой травмы. 32 пациента с парапарезом нижних конечностей, 9 - парапарез нижних конечностей до плечей и 17 пациентов с тетрапарезом. Оцениваемыми навыками были: 1) возможность поддерживать статичную позу сидя с опорой или без опоры на руки; 2) поза стоя с опорой у шведской стенки с фиксацией коленных суставов и без их фиксации; 3) самостоятельная смена положения из позы лежа в позу сидя; 3) возможность переворачиваться, одеваться, удерживать предметы и использовать их: принимать пищу, пить, чистить зубы, управлять ПК-мышью, шариковой ручкой и пр.

Оценка выраженности нарушений структур и функций от 0 до 4 (0% до 25% - минимальные нарушения, 25%-50% - умеренные, 50%-75% - выраженные, 75%-100% - значительно выраженные и до полного отсутствия)

Активность и участие определитель «реализации»

(с помощью и в настоящий момент) и определитель «капитета» (без помощи, самостоятельно) от 0 до 4.

Факторы окружающей среды от -4 до +4 в зависимости от влияния факторов окружающей среды на реабилитационную цель пациента.

Результаты исследования. Проведен анализ 2 групп пациентов.

1 группа – постановка подцели «улучшение навыков самообслуживания» и схема реабилитационного плана с использованием категорий МКФ – 47 пациентов.

2 группа - постановка подцели «улучшение навыков самообслуживания» без включения в схему реабилитационного плана занятий на основе категорий МКФ – 11 пациентов.

За период 2-х недельной реабилитации у наблюдаемых пациентов 1 группы среднее суммарное изменение в баллах составило 2,5 балла, у пациентов 2 группы – суммарное изменение баллов – 1 балл.

Это наглядно демонстрирует объективизацию реабилитационного процесса и количественную оценку функционально-активных навыков, важных для повышения качества жизни пациента и облегчающих уход за ним.

Внедрение МКФ позволяет лучше увидеть проблемы пациента и лучше проработать цели и задачи реабилитации. Реализация мультидисциплинарного принципа работы команды и использование программы «ICF-reader» приводит к сокращению времени работы в процессе реабилитации.[6]

Заключение. Формирование оценки по баллам нагляднее демонстрирует приоритетные вопросы, требующие реабилитационного внимания, так же позволяет лучше ориентироваться в процессе реабилитационного курса, в динамике состояния пациента и быстрее выявлять препятствия реабилитационного прогресса. МКФ помогает определить потребности в улучшении уже имеющихся навыков самообслуживания, а также в новых навыках. Позволяет составить наиболее эффективную схему занятий реабилитационного плана, включающего обучение пациента, оценить результаты курса реабилитации и динамику овладения навыками самообслуживания пациентов с тяжелой спинно-мозговой травмой.

Источник финансирования. Финансирование исследовательской работы проводилось за счет ООО «ЭйрМед»

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Буйлова Т.В. Международная классификация функционирования как ключ к пониманию философии реабилитации. МедиАль. 2013; 2: 26-31. Bujlova T.V. International classification of functioning as a key to understanding the philosophy of rehabilitation. MediAl'. 2013; 2: 26-31. (in Russian)

2. Васильченко Е.М., Ляховецкая В.В., Карапетян К.К., Филатов Е.В., Золоев Г.К. Применение инструментов международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в реабилитационной практике на модели пациентов с травматической болезнью спинного мозга. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2017. Т. 16. № 5. С. 234-243. Vasil'chenko E.M., Lyakhovetskaya V.V., Karapetyan K. K., Filatov E.V., Zoloyev G.K. Using of the international classification of functioning, disability and health in rehabilitation practice in model of patients with traumatic spinal cord injury. Russian journal of the Physical therapy, balneotherapy and rehabilitation. 2017; 16(5): 234-243

3. Голик В.А., Мороз Е.Н., Погорелова С.А. Использование международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в экспертной неврологической практике //

Международный неврологический журнал. 2011. No 5 (43). С. 104-110. Golyk V.A., Moroz Ye.N., Pogorelova S.A. USE OF INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH IN EXPERT NEUROLOGICAL PRACTICE// INTERNATIONAL NEUROLOGICAL JOURNAL. 2011 №5 (43): 104-110.

4.Иванова Г.Е., Крылова В.В., Цыкунова М.Б., Поляева Б.А., ред. Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга. М.: ОАО «Московские учебники и Картоли-тография», 2010
Ivanova G.E., Krylov V.V., Cykunov M.B., Poljaev B.A., red. Rehabilitation of patients with spinal cord injury. [Reabilitatsiya bol'nykh s travmaticheskoy boleznyu spinnogo mozga.] Moscow: ОАО "Moskovskie uchebniki i Kartolitografiya";2010. (in Russian)

5. Шостка Г.Д., Коробов М.В., Шабров А.В. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья // МКФ, краткая версия. – 2003. - С. 3-220. Shostka G.D., Korobov M.V. International Classification of Functioning, Disability and Health // ICF, short version. – 2003. – P. 3-220.

6. Шмонин А.А., Касаткина В.М., Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Иванова Г.Е. Анализ проблем в реабилитационном диагнозе в категориях международной классификации функционирования у пациентов с инсультом принимающих участие в пилотном проекте «Развитие системы медицинской реабилитации в России»// Регионарное кровообращение и микроциркуляция, 2017. No2(62) Том. 16. С.17-24. Shmonin A. A., Kasatkina V. M., Maltseva M. N., Melnikova E. V., Ivanova G. E. Analysis of problems in the rehabilitation diagnosis in the categories of the international classification of functioning in patients with stroke involved in the pilot project "Development of the system of medical rehabilitation in Russia"// Regionarnoe krovoobraschenie i microcirkulacia, 2017. №(62) Vol. 16. pp. 17-24

УДК 616.28-008.1-036.865:616.001.33 (100)

ПРОБЛЕМАТИКА ЭФФЕКТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНА СЛУХА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Смычек В.Б., Козлова С.В.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»
Минск, Республика Беларусь

Аннотация

Введение. В настоящее время в Республике Беларусь существующие подходы к оценке биопсихосоциального статуса пациентов с последствиями заболеваний органа слуха не соответствуют современным требованиям к созданию необходимых условий для интеграции в общество этой категории лиц.

Цель. Выявить проблемы в фактическом функционировании системы медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха в Республике Беларусь.

Материалы и методы. Обследовано 129 пациентов трудоспособного возраста, из них: 69 (53,5%) женщин и 60 (46,5%) мужчин с нарушениями слуха различной степени выраженности, по трем существующим методам: метод экспертной аудиологической диагностики; метод медико-социальной оценки ограничений жизнедеятельности; метод оценки реабилитационного потенциала. По результатам обследования пациентов со слуховыми нарушениями проведен анализ эффективного функционирования системы медико-социальной экспертизы этой категории граждан. Были применены методы статистической обработки результатов.

Результаты. Проведенный анализ существующей в Республике Беларусь системы медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха обнаружил в ее функционировании ряд как понятийно-концептуальных, так и методических проблем.

Заключение. Анализ существующей системы медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха в Республике Беларусь выявил в ней ряд недостатков, наличие которых создают препятствия для ее эффективного функционирования. При этом выявленные проблемы должны быть устранены путем применения современных классификаций и унифицированных методик.

Ключевые слова: *пациенты со слуховыми нарушениями, медико-социальная экспертиза*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Смычек Василий Борисович; адрес: (Республика Беларусь, здание административного корпуса 223027, Минская обл., Минский район, район д. Юхновка, Колодищанский с/с, 93); телефон: (+375175070419); e-mail: mrc@meir.by

Козлова Светлана Владимировна; адрес: (Республика Беларусь, здание административного корпуса 223027, Минская обл., Минский район, район д. Юхновка, Колодищанский с/с, 93); телефон: (+375296794196); ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7777-1976>; e-mail: kozlowasweta@tut.by

PROBLEMS OF EFFECTIVE FUNCTIONING OF THE SYSTEM OF MEDICAL AND SOCIAL ASSESSMENT OF PATIENTS WITH THE CONSEQUENCES OF DISEASES OF THE HEARING ORGAN IN THE REPUBLIC OF BELARUS

Smychek V.B., Kozłowa S.W.

State institution "National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation"
Minsk, Belarus

Abstract

Background. Currently, in the Republic of Belarus, existing approaches to assessing the biopsychosocial status of patients with the consequences of hearing diseases do not meet modern requirements for creating the necessary conditions for the integration of this category of persons into society.

Aim. To identify problems in the actual functioning of the system of medical and social assessment of patients with the consequences of diseases of the hearing organ in the Republic of Belarus.

Materials and methods. 129 patients of working age were examined, including 69 (53,5%) women and 60 (46,5%) men with hearing disorders of various severity, using three existing methods: the method of expert audiological diagnostics; the method of medical and social assessment of life restrictions; the method of assessing the rehabilitation potential. Based on the results of the survey of patients with auditory disorders, the analysis of the effective functioning of the system of medical and social examination of this category of citizens was carried out. There were applied methods of statistical processing of the results.

Results. The analysis of the existing system of medical and social examination of patients with the consequences of hearing diseases in the Republic of Belarus revealed a number of conceptual and methodological problems in its functioning.

Conclusion. Analysis of the existing system of medical and social examination of patients with the consequences of hearing diseases in the Republic of Belarus revealed a number of shortcomings, the presence of which creates obstacles to its effective functioning. At the same time, the identified problems should be eliminated by applying modern classifications and unified methods.

Key words: *patients with hearing disorders, medical and social assessment*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Vasiliy B. Smychek; address: 223027, district of the village of Yukhnovka, Kolodishchansky village council, 93, Minsk region, Minsk district, Republic of Belarus; tel.: (+375175070419); e-mail: rnpс@meir.by

Swetlana W. Kozłowa; address: 223027, district of the village of Yukhnovka, Kolodishchansky village council, 93, Minsk region, Minsk district, Republic of Belarus; tel.: (+375296794196); ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7777-1976>; e-mail: kozlowasweta@tut.by

Введение. В настоящее время в Республике Беларусь медико-социальная экспертиза пациентов с последствиями заболеваний органа слуха проводится с использованием критериев, разработанных с позиций Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН)[1,2,3]. При этом оценка слуховых нарушений осуществляется путем применения метода экспертной аудиологической диагностики, который включает:

- проведение аудиологического обследования (психоакустические и объективные методы обследования);
- оценку степени выраженности нарушений слуха через функциональный класс (ФК) с определением:
- степени тугоухости по классификации ВОЗ 1975 года;
- возможности компенсации слухового дефекта путем применения акустического средства коррекции имеющейся тугоухости;
- расстояния, выраженное в метрах, на котором воспринимается «живая» разговорная речь как без слухового протеза, так и с ним.

Освидетельствование лиц со слуховым дефицитом проводится с целью дальнейшего определения их нуждаемости в различных видах и формах социальной защиты, реализация которых обеспечивает создание нормальных условий для полноценного и эффективного участия этой категории граждан в жизни общества наравне с другими.

Однако существующие подходы к оценке биопсихосоциального статуса пациентов с последствиями заболеваний органа слуха не соответствуют современным требованиям к созданию необходимых условий для интеграции в общество этой категории лиц.

Цель. Выявить проблемы в фактическом функционировании системы медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха в Республике Беларусь.

Материалы и методы. Нами обследовано 129 пациентов трудоспособного возраста, из них: 69 (53,5%) женщин и 60 (46,5%) мужчин с нарушениями слуха различной степени выраженности, по трем существующим методам:

- метод экспертной аудиологической диагностики;
- метод медико-социальной оценки ограничений жизнедеятельности;
- метод оценки реабилитационного потенциала.

Обследуемый контингент был представлен следующими возрастными группами: 17-18 лет 19 (14,7%) пациентов, 19-26 лет – 22 (17,1%), 27-36 лет – 21 (16,3%), 37-46 лет – 25 (19,4%), 47-55 лет – 32 (24,8%), 56 лет и старше – 10 (7,7%). Средний возраст ($M \pm m$) в группе 17-18 лет составил $17,4 \pm 0,5$, 19-26 лет – $21,1 \pm 1,8$, 27-36 лет – $31,3 \pm 2,6$, 37-46 лет – $40,5 \pm 2,6$, 47-55 лет – $50,7 \pm 2,6$, 56 лет и старше – $57,1 \pm 1,9$. Все пациенты, включенные в исследование, имели нарушение слуха с обеих сторон.

По результатам обследования пациентов со слуховыми нарушениями нами проведен анализ эффективного функционирования системы медико-социальной экспертизы этой категории граждан.

Статистическая обработка результатов исследований осуществлялась с использованием пакета прикладной программы Microsoft EXCEL.

Результаты исследования. Проведенный нами анализ существующей в Республике Беларусь системы медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха обнаружил в ее функционировании ряд как понятийно-концептуальных, так и методических проблем.

Понятийно-концептуальные проблемы обусловлены применением МКН с ее понятийной недостаточностью, которая представлена следующей терминологией:

- линейность модели;
- термин «социальная недостаточность»;
- понятие «функциональный класс».

Методические проблемы возникают в результате использования методов, имеющих ряд недостатков.

При проведении экспертной аудиологической диагностики пациентов со слуховыми нарушениями применяются: во-первых, устаревшая классификация степеней тугоухости, во-вторых, оценка эффективности слухопротезирования с отсутствием унифицированных условий ее проведения, в-третьих, недостаточная детализация критериев оценки слухового дефицита.

Метод медико-социальной оценки ограничений жизнедеятельности у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха при определении инвалидности основан на слабоструктурированной детализации параметров, не учитывает результат влияния факторов физической и окружающей среды на функционирование этой категории граждан.

При оценке реабилитационного потенциала пациентов с нарушением слуха отсутствует детализированная оценка его медицинской, психологической и социальной составляющих.

Заключение. Таким образом, анализ существующей системы медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха в Республике Беларусь выявил в ней ряд недостатков, представленный нами двумя блоками проблем: понятийно-концептуальными и методическими, наличие которых создают препятствия для ее эффективного функционирования. При этом выявленные проблемы должны быть устранены путем применения современных классификаций и унифицированных методик.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Смычек, В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В.Б. Смычѐк, Г.Я. Хулуп, В.К. Милькаманович. – Мн.: Юнипак, 2005. – 420 с. [Smychek, V.B. Medical and social expertise and rehabilitation / V.B. Smychek, G.Ya. Khulup, V.K. Mil'kamanovich – Mn: Yunipak, 2005. – 420 p. (In Russ.)]
2. Смычек, В.Б. Современные аспекты инвалидности / В.Б. Смычек. – Минск: БГАТУ, 2012. – 268 с. [Smychek, V.B. Modern aspects of disability / V.B. Smychek/ – Minsk: BGATU, 2012. – 268 p. (In Russ.)]
3. Смычек, В.Б. Основы МКФ / В.Б.Смычек. – Минск, 2015. – 432 с. [Smychek, V.B. ICF Basics / V.B. Smychek. – Minsk, 2015/ – 432 p. (In Russ.)]

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕННЫМ СЛУХОМ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Зонтова О.В., Пудов В.И.

ФГБУ СПб НИИ ЛОР

Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Современной системой восстановления слуха является система кохлеарной имплантации, при этом, минуя поврежденные структуры улитки звуковой сигнал через процессор и имплант поступает на слуховой нерв и далее в кору головного мозга человека.

Цель. Разработать систему мероприятий по реабилитации детей с нарушенным слухом после кохлеарной имплантации.

Материалы и методы. Чтобы определить эффективность предложенных мероприятий по оптимизации реабилитационного процесса после кохлеарной имплантации нами была изучена однородная группа детей с нарушенным слухом дошкольного возраста после операции.

Результаты. Результаты реализации программы реабилитации: повысилась информированность пациентов и семей о процедуре и системе кохлеарной имплантации; снизился возраст пациентов-кандидатов на проведение операции; более широкий охват реабилитации в более отдаленные и углубленные регионы страны; улучшение инфраструктуры реабилитации (увеличение количества центров и специалистов); увеличение реабилитационного потенциала пользователей систем кохлеарной имплантации; больший охват пациентов со сложными – множественными нарушениями с нарушенным слухом.

Заключение. Программа психолого-педагогической реабилитации должна быть рассчитана на несколько лет и включать в себя несколько этапов, характеризующихся целеполаганием для каждого из них и уточнением содержания материала для развития слухового восприятия и развития устной речи на каждом этапе реабилитации. На каждом этапе реабилитации выступает работа значимых на данный момент специалистов, которые оказывают различную помощь пациенту для лучшего его слухоречевого развития. Также выполнение определенных условий проведения реабилитации оптимизирует данный процесс и повышает эффективность реабилитации для каждого конкретного пациента.

Ключевые слова: реабилитация, кохлеарная имплантация, коррекционно-педагогическая помощь.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Зонтова Ольга Викторовна; +79818928647; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7057-0939>;
ozontova@yandex.ru

Пудов Виктор Иванович, ФГБУ СПб НИИ ЛОР, адрес: Бронницкая ул., 9, Санкт-Петербург, 190013

REHABILITATION OF CHILDREN WITH IMPAIRED HEARING AFTER COCHLEAR IMPLANTATION

Zontova O.V., Pudov V.I.

ENT Institute

St.Petersburg, Russia

Abstract

Background. The modern method of hearing restoration is the cochlear implantation system.

Aim. System of measures for rehabilitation of children with impaired hearing after cochlear implantation.

Materials and methods. We studied preschool children after cochlear implantation. These children were selected for cochlear implantation, surgery, and all stages of rehabilitation.

Results. Results of the rehabilitation program: increased awareness of patients and families about the cochlear implantation procedure and system; decreased age of patients who are candidates for surgery; wider coverage of rehabilitation in more remote and deep regions of srana; improved rehabilitation infrastructure (increasing the number of centers and specialists); increased rehabilitation potential of users of cochlear implantation systems; greater coverage of patients with complex-multiple disorders with impaired hearing.

Conclusion. The program of psychological and pedagogical rehabilitation should be designed for several years and include several stages, characterized by goal setting for each of them and clarifying the content of the material for the development of auditory perception and the development of oral speech at each stage of rehabilitation. At each stage of rehabilitation, the work of currently significant specialists is performed, who provide various assistance to the patient for better auditory and speech development. Also, the implementation of certain conditions for rehabilitation optimizes this process and increases the effectiveness of rehabilitation for each individual patient.

Key words: rehabilitation after cochlear implantation.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Olga V. Zontova ENT Institute, address 190013 St/ Petersburg, Bronnitskaya street, 9; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7057-0939>; phone number +79818928647; email: ozontova@yandex.ru

Viktor I. Pudov ENT Institute, address 190013 St/ Petersburg, Bronnitskaya street, 9

Введение. С каждым годом в мире рождается все больше и больше детей с сенсорными нарушениями (в том числе с нарушением слуха) [1,2,3]. Для полноценного развития ребенка и его социализации и интеграции в слышащее общество у него должна быть восстановлена способность слышать. Реабилитация обеспечивает интеграцию глухих детей в языковую среду слышащих людей, способствует полноценному развитию и реализации их в обществе, позволяет снять статус инвалидности и ограничения трудовой деятельности. Современной системой восстановления слуха является система кохлеарной имплантации, при этом, минуя поврежденные структуры улитки звуковой сигнал через процессор и имплант поступает на слуховой нерв и далее в кору головного мозга человека. Система кохлеарной имплантации обеспечивает пациенту лишь физический слух. Для слухоречевого развития ребенка с ограниченными возможностями по слуху необходимо проводить специальные занятия, направленные на развитие его функционального слуха. Именно на базе фонематического слуха формируется спонтанная устная речь, благодаря которой пациент получает полноценное средство социализации для интеграции в общество. В этом заключается реабилитация после кохлеарной имплантации[4,5].

Цель исследования. Разработать систему мероприятий по реабилитации детей с нарушенным слухом после кохлеарной имплантации.

Материалы и методы. Чтобы определить эффективность предложенных мероприятий по оптимизации реабилитационного процесса после кохлеарной имплантации нами была изучена однородная группа детей с нарушенным слухом дошкольного возраста после операции. Все дети проходили настройку системы кохлеарной имплантации на протяжении двух лет и методику педагогической диагностики настройки систем имплантации. По месту жительства дети получали специализированную коррекционно-педагогическую помощь, направленную на их слухоречевое развитие. Такие реабилитационные мероприятия направлены на обучение ребенка использовать свои новые слуховые ощущения для развития устной речи. Максимальный результат кохлеарная имплантация достигает только в случае своевременной и профессионально проведенной программы комплексной реабилитации. Поэтому первостепенным является увеличение эффективности всех мероприятий реабилитации. Прежде всего, слухоречевая реабилитация является ведущим, обязательным для всех категорий пациентов и самым продолжительным этапом всего комплекса медицинских услуг, определяющих конечный результат кохлеарной имплантации. Вследствие большой продолжительности курса слухоречевой реабилитации при недостаточно развитой структуре реабилитационной помощи в различных регионах России, необходимо укрепление первичной реабилитационной помощи в центрах кохлеарной имплантации и развитие необходимой инфраструктуры во всех регионах, максимально приближенных к месту проживания имплантированных пациентов. При этом первичная реабилитация, включающая адекватную настройку параметров речевого процессора кохлеарного импланта и обучение родителей и родственников пациентов основным принципам реабилитации должна обязательно проводиться в центрах кохлеарной имплантации, где была проведена эта операция. В этом случае облегчается настройка речевого процессора и повышается ответственность центров кохлеарной имплантации за весь комплекс медицинских услуг. Последующая реабилитация и коррекция настройки речевого процессора должны быть обеспечены в региональных центрах реабилитации максимально приближенных к месту проживания пациентов. В период послеоперационной слухоречевой реабилитации (после включения процессора) выполняется работа по следующим этапам: первоначальный, основной, «заключительный». На каждом этапе в соответствии с поставленной целью реализуется содержание для каждого пациента индивидуально. Со всеми пациентами работает сурдопедагог и логопед. По окончании курса реабилитации каждый получает заключительную консультацию методиста, которая включает: диагностику физического слуха при использовании процессора системы КИ и/или слухового аппарата; оценку реабилитационного потенциала; рекомендации по возможности использовать билатеральный слух; заключение с рекомендациями для проведения дальнейшей слухоречевой реабилитации; при необходимости – различные справки, направления и рекомендации, например, для посещения того или иного типа образовательного учреждения; проведение замены процессоров систем кохлеарной имплантации. Дистанционная поддержка, как способ оптимизации реабилитации, оказывается во все периоды проведения кохлеарной имплантации: отбор, операция и на всех этапах слухоречевой реабилитации (первоначальный, основной, «заключительный»). Основными средствами дистанционной поддержки являются следующие: дистанционные настройки, индивидуальные он-лайн консультации специалистов, пользователей систем кохлеарной имплантации и их близких, разработка специализированных сайтов, использование специальных

компьютерных программ и приложений для смартфонов, ведение реальной и виртуальной школы для родителей, выпуск методических печатных материалов и периодических изданий, работа горячей бесплатной телефонной линии, выездная практическая работа с пользователями систем кохлеарной имплантации (настройки процессоров и психолого-педагогическая помощь), выездные обучающие семинары, видео уроки, проведение мероприятий по привлечению внимания государственных органов, широкой общественности и средств массовой информации к проблемам пользователей кохлеарных имплантов.

Результаты исследования. Уже более восьмидесяти лет ФГБУ СПб НИИ ЛОР занимается вопросами реабилитации лиц с ограниченными возможностями по слуху, около двадцати лет – программой кохлеарной имплантации (КИ) по всем направлениям: отбор кандидатов, операция, реабилитация; последние два года проводятся замены процессоров систем КИ. С точки зрения реабилитационного сопровождения – коррекционно-педагогическая помощь оказывается всем пациентам во все периоды с учетом стандартов оказания медицинской помощи. За последнее время информированность пациентов о сути процедуры КИ существенно улучшилась, чему способствуют регулярно проводимые сотрудниками программы реабилитации специализированные семинары. На данный момент из общего числа пациентов 72% узнают о процедуре КИ от сурдологов, 17% от сурдопедагогов, 11 % из других источников (другие родители, Интернет и пр.). На дооперационном периоде проводится психолого-педагогический отбор и консультирование кандидатов на КИ в направлениях: оценка физического слуха пациента в подтверждение медицинских исследований; определение перспективности результатов последующей слухоречевой реабилитации; обучение близких пациента методам и приемам эффективного общения и реабилитации в том числе при проведении эффективного протезирования слуха слуховыми аппаратами. В период восстановительного лечения после проведенной операции по КИ (до включения процессора) оказывается реабилитационная работа в следующих направлениях: продолжение специализированной коррекционно-педагогической помощи в условиях эффективного слухопротезирования; начать занятия, направленные на подготовку пациента к подключению и настройке процессора. В период послеоперационной слухоречевой реабилитации (после включения процессора) выполняется работа по следующим этапам: первоначальный, основной, «заключительный». На каждом этапе в соответствии с поставленной целью реализуется содержание для каждого пациента индивидуально. Со всеми пациентами работает сурдопедагог и логопед. По окончании курса реабилитации каждый получает заключительную консультацию методиста, которая включает: диагностику физического слуха при использовании процессора системы КИ и/или слухового аппарата (СА); оценку реабилитационного потенциала; рекомендации по возможности использовать билатеральный слух; заключение с рекомендациями для проведения дальнейшей слухоречевой реабилитации; при необходимости – различные справки, направления и рекомендации, например, для посещения того или иного типа образовательного учреждения (ОУ). В результате изучения контингента пациентов после КИ можно сказать, что большинство из них – дети дошкольного возраста от 3 до 6 лет (41%); 26% - дети раннего возраста – до 3 лет; 18% - дети школьного возраста (7-13 лет); 7% - подростки (14-17 лет); 8% взрослые (старше 18 лет). Из всех пациентов билатеральным слухом пользуется 56% носит СА на второе ухо для: лучшей локализации источника звука в пространстве; разборчивости речи в шуме; преодоления слуховой депривации. Исходя из опыта нашей работы часть пациентов – 31% - имеют комплексные нарушения, что осложняет проводимую для них слухоречевую реабилитацию. Из них, наибольшая группа – это пациенты с нарушениями движения и речи – 48%, 46% - это пациенты со сниженным интеллектом и эмоционально-личностными особенностями, особенностями поведения; 8% - пациенты с нарушениями зрения. Для эффективной работы с пациентами после КИ с комплексными нарушениями требуются дополнительные усилия. При этом, уровень их слухоречевого развития, как правило, не достигает высокого уровня (В), в отличие от пациентов без комплексных нарушений. Проводимая нами оценка результатов слухоречевой реабилитации показывает следующие данные. Самые лучшие показатели слухоречевого развития у позднооглохших взрослых и подростков, все они достигают высоких уровней – не ниже А2 (33%), В1 (17%), В2 (50%). Результаты реализации программы реабилитации: повысилась информированность пациентов и семей о процедуре и системе кохлеарной имплантации; снизился возраст пациентов-кандидатов на проведение операции; более широкий охват реабилитации в более отдаленные и углубленные регионы страны; улучшение инфраструктуры реабилитации (увеличение количества центров и специалистов); увеличение реабилитационного потенциала пользователей систем кохлеарной имплантации; больший охват пациентов со сложными – множественными нарушениями с нарушенным слухом.

Заключение. Программа психолого-педагогической реабилитации должна быть рассчитана на несколько лет и включать в себя несколько этапов, характеризующихся целеполаганием для каждого из них и уточнением содержания материала для развития слухового восприятия и развития устной речи на каждом этапе реабилитации. На каждом этапе реабилитации выступает работа значимых на данный момент

специалистов, которые оказывают различную помощь пациенту для лучшего его слухоречевого развития. Также выполнение определенных условий проведения реабилитации оптимизирует данный процесс и повышает эффективность реабилитации для каждого конкретного пациента. Оказание реабилитационной помощи рекомендуется начинать с момента выявления пациента с нарушенным слухом, продолжать после проведения операции по кохлеарной имплантации: до включения процессора и после его подключения и настройки. Только планомерная стандартизированная реабилитационная помощь при индивидуальном подходе к каждому пациенту позволяет формироваться и развиваться у него естественному слухоречевому поведению, что обеспечивает инклюзию.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Богомильский, М.Р., Орлова О. С. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи / М.Р.Богомильский, О.С.Орлова. - М.: Авторская академия, 2009. Bogomilsky, M. R., Orlova, O. S. Anatomy, physiology and pathology of hearing and speech organs / M. R. Bogomilsky, O. S. Orlova. - Moscow: Author's Academy, 2009.
2. Зонтова О.В. Рекомендации для родителей по развитию слухового восприятия у детей с нарушенным слухом (с рабочими тетрадями)/ Под ред. И.В.Королевой., СПб.: Умная Маша, 2010. -200 с. Zontova O. V. Recommendations for parents on the development of auditory perception in children with impaired hearing (with workbooks)/ Edited by I. V. Koroleva, Saint Petersburg: Smart Masha, 2010. -200 p.
3. Пудов, В.И. Настройка речевого процессора: методические рекомендации. – СПб.: ФГУ НИИ уха, горла, носа и речи, 2011. Pudov, V. I. setting up a speech processor: methodological recommendations. Saint Petersburg: FSU research Institute of ear, throat, nose and speech, 2011.
4. Таварткиладзе, Г.А. Дети с кохлеарными имплантами: научно-популярное издание / Г.А.Таварткеладзе, В.В.Бахшиян, Н.Н.Малофеев О.И., Кукушкина, Е.Л Гончарова, А.И.Сатаева, Е.Р.Баенская, М.Р.Хайдарпаша, И.И.Кукушкин – М: Национальное образование, 2017. Tavartkiladze, G. A. Children with cochlear implants: scientific and popular edition / G. A. Tavartkeladze, V. V. Bakhshinyan, N. N. Malofeev O. I., Kukushkina, E. L. Goncharova, A. I. sataeva, E. R. Baenskaya, M. R. Haidarpashi., I. I. Kukushkin- M: National education, 2017
5. Тарасова Н.В. Комплексное сопровождение детей после кохлеарной имплантации в центре оториноларингологии: Диссертация кандидата педагогических наук: 13.00.03. – Москва, 2010. - 217 с. Tarasova N. V. Comprehensive support of children after cochlear implantation in the center of otorhinolaryngology: Dissertation of the candidate of pedagogical Sciences: 13.00.03. - Moscow, 2010. - 217 p.

УДК 159.9 + 316.6

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ СРЕДСТВАМИ АРТ-ТЕРАПИИ

Климашева С.Б., Костерина З.В.
ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Инновационные технологии в арт-терапии для людей с ограниченными возможностями.

Цель. Формирование досуговой деятельности для людей с ограниченными возможностями, лиц пожилого возраста.

Материалы и методы. Арт-терапевтические занятия методами музетерапии.

Результаты. Создание положительного психоэмоционального состояния, формирование культурных интересов.

Заключение. Применение инновационных технологий методами арт-терапии способствует расширению кругозора, повышению творческой активности, формированию позитивных интересов, организации досуговой деятельности людей с ограниченными возможностями и лиц пожилого возраста.

Ключевые слова: *Инновационные технологии, социально-психологическая реабилитация, арт-терапия, музетерапия.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Климашева Светлана Борисовна, к.м.н., ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, 195067, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, 50

INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN REHABILITATION MEANS OF ART THERAPY

Klimasheva S.B., Kosterina Z.V.

Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
St. Petersburg, Russian Federation

Abstract

Background. Innovative technologies in art therapy for people with disabilities.

Aim. Creating leisure activities for people with disabilities and the elderly

Materials and methods: Art therapy sessions using Museum therapy methods.

Results. Creating a positive psycho-emotional state, forming cultural interests.

Conclusion. The use of innovative technologies by art therapy methods helps to expand the horizons, increase creative activity, form positive interests, and organize leisure activities for people with disabilities and the elderly.

Key words: *innovative technologies, social and psychological rehabilitation, art therapy, museum therapy.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Klimasheva S.B., candidate of Medical Sciences, Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, Bestuzhevskaya str., 50, 195067, St. Petersburg, Russia

Kosterina Z.V. Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, Bestuzhevskaya str., 50, 195067, St. Petersburg, Russia

Введение. В ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России на отделении социальной и психологической реабилитации работает информационный центр «Русский музей: виртуальный филиал». Это инновационный проект, воплощающий идею доступности искусства для пациентов, находящихся на реабилитации в клинике.

Специалистами отделения широко применяется программа по арт-терапии - музеетерапия. Эта программа включает в себя виртуальное посещение музеев и выставок, участие в интерактивных программах, разработанных музеями, проведение на отделении искусствоведами и художниками лекций, видеолекций и мастер - классов. Все это в большей мере позволяет людям с ограниченными возможностями адаптироваться в общепринятых социальных ситуациях, достичь необходимого уровня жизненных интересов и запросов, участвовать в культурной жизни города.

Цель. Русский музей входит в число самых любимых и предпочитаемых пациентами институтов культуры. Первый совместный проект между Музеем и ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России состоялся в 1998 году - сотрудники музея вместе с художниками Санкт-Петербурга провели для пациентов Клиники творческие арт-терапевтические мастерские. За период совместной работы был заключен договор о сотрудничестве между Российским центром музейной педагогики и детского творчества Русского музея и ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. За прошедшие годы наши пациенты посетили экспозиции Русского музея, благодаря специально разработанному экскурсионному циклу «Встречи в Русском музее». Пациенты Центра принимали участие в музейных социокультурных и арт-терапевтических проектах: «Музей без порогов», «В Летнем Саду», «Мировое дерево», «Карнавал в Михайловском саду», «Лабиринты императорских садов». Для пациентов клиники был представлен Российско-Британский выставочный проект «ART FOR HEALTH» («Искусство для здоровья»). На отделении проходили психологическую практику первые отечественные арт-терапевты, повышающие квалификацию в рамках проекта «Теория и практика арт-терапии. Британская модель оказания арт-терапевтической помощи». В 2009 году, впервые в медицинском учреждении России, в ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России состоялось торжественное открытие информационно-образовательного центра «Русский музей: виртуальный филиал». С этого времени Русский музей стал доступен людям с ограниченными возможностями, особенно актуально это для лиц пожилого возраста, для кого реальное посещение музея затруднено.

Материалы и методы. На отделении социальной и психологической реабилитации информационный центр «Русский музей: виртуальный филиал» структурно состоит из образовательного класса с индивидуальными компьютерами и мультимедийного кинотеатра. Наполнением центра является Медиатека, включающая интерактивные мультимедийные программы, фильмы, печатные издания, созданные Русским музеем. В информационном классе представлены интерактивные программы и печатные издания о коллекции Русского музея, истории русского искусства, истории дворцов и парков, входящих в состав музейного комплекса. В классе пациенты могут самостоятельно работать с входящими в Медиатеку программами и печатными изданиями Русского музея, посетить сайт Русского музея и другие Интернет -

ресурсы, связанные с культурным наследием России. Здесь же проводятся занятия разработанные сотрудниками Русского музея.

В мультимедийном кинотеатре представлены фильмы и программы, созданные с применением последних достижений информационных технологий. Программа «Виртуальный мир Русского музея» дает возможность совершить виртуальную экскурсию по дворцам и паркам, входящим в комплекс Русского музея, познакомиться с экспозицией музея, увидеть исторические реконструкции утраченных интерьеров, побывать в залах, фондах и даже в реставрационных мастерских, открыть известные и забытые страницы истории русского искусства, познакомиться с судьбами и творчеством выдающихся русских художников, сформировать представление о видах, жанрах, стилях и эпохах русского искусства, изучить особенности различных художественных техник, познакомиться с шедеврами коллекций музеев – участников проекта «Русский музей: виртуальный филиал».

Зритель имеет уникальную возможность совершить виртуальное путешествие в картины, то есть осуществить «переход» из одной картины в другую, благодаря специально сконструированному трехмерному пространству, основанному на сюжетах обеих картин. Путешествие в картину позволяет стать непосредственным «участником событий», развивает творческое воображение и рассчитано на аудиторию всех возрастов.

Пациентам, посещающим виртуальный филиал доступны мультимедийные программы, видеофильмы, образовательные и игровые программы, каталоги и альбомы, они могут познакомиться с различными темами - будь то коллекции Русского музея, крупные временные выставки, творчество выдающихся русских художников или стили и направления в искусстве. Им предоставлен свободный доступ к разнообразным ресурсам по русскому изобразительному искусству, музейному делу и культуре. Пациенты, находясь на отделении, имеют возможность принять участие в конференциях, посетить онлайн-лекторий.

Результаты исследования. Арт-терапевтические занятия по программе музеевтерапии, включающие работу в информационном центре на отделении социальной и психологической реабилитации, направлены на расширение кругозора, развитие творческой активности, формирование позитивных интересов и досуговой деятельности людей с ограниченными возможностями и лиц пожилого возраста.

По результатам проведенных реабилитационных программ у пациентов отмечается положительная динамика настроения и самочувствия, улучшение концентрации внимания и эффективности переработки информации, повышение работоспособности.

Заключение. Таким образом, применение инновационных технологий в арт-терапии помогает не только достичь положительных изменений в эмоциональном, интеллектуальном, личностном развитии людей с ограниченными возможностями, но и способствует их успешной социальной адаптации в общество.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Копытин А.И. Теория и практика арт-терапии- СПб: Питер, 2002.-368с. [Kopytin A.I. Teoriya i praktika art-terapii- SPb: Piter, 2002.-368s.]

УДК 616.4

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ КАК УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Болотов Д.Д.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты
Российской Федерации
Москва, Россия

Аннотация.

Введение. Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) позволяет достаточно точно описать актуальные проблемы у пациента и, не являясь инструментом абсолютно точного измерения ограничений возможностей индивида, представить общую картину, в том числе графически, в виде диаграмм и таблиц, вычислить средние показатели, быстро и

наглядно оценить исходный статус, динамику процесса реабилитации и достигнутый эффект, являясь исходной основой для формирования и коррекции программы реабилитации.

Цель. Оценить эффективность практического применения Международная классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья.

Материалы и методы. Проведено изучение МКФ и литературных источников, в которых проводилась оценка ее применения.

Результаты. Проведено обоснование высокой эффективности классификации на всех этапах реабилитационного процесса.

Заключение. Значимость применения классификации в том, что с ее помощью возможно сформировать план восстановления как отдельно взятых функций организма, различных направлений в реабилитации, так и всей ее структуры, провести оценку эффективности реабилитационных мероприятий на этапах реабилитации, по завершению, по нуждаемости, в том числе в перспективе и т.д., что позволяет рассматривать классификацию как универсальный оценочный механизм при проведении восстановительного лечения и программ реабилитации.

Ключевые слова: *медико-социальная реабилитация, функциональные и структурные нарушения, ограничение жизнедеятельности*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Болотов Денис Дмитриевич, к.м.н., доцент; телефон: 8 (916) 6118838; ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1320-0960>; eLibrary SPIN: 8846-6802; e-mail: bolotov_d@mail.ru

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, LIMITATION OF VITAL ACTIVITY AND HEALTH AS A UNIVERSAL TOOL FOR ASSESSING THE RESULTS OF COMPREHENSIVE REHABILITATION OF PEOPLE WITH DISABILITIES AND CHILDREN WITH DISABILITIES

Bolotov D.D.

Federal bureau of medical and social expertise

Moscow, Russia

Abstract

Background. The ICF allows you to accurately describe the current problems of the patient and, not being a tool for absolutely accurately measuring the limitations of the individual's abilities, present the general picture, including graphically, in the form of diagrams and tables, calculate average indicators, quickly and clearly evaluate the initial status, dynamics of the rehabilitation process and the achieved effect, being the initial basis for the formation and correction of the rehabilitation program.

Aim. To evaluate the effectiveness of the practical application of the International Classification of Functioning, Disability and Health.

Materials and methods. A study of the MKF and literary sources, in which its application was evaluated.

Results. The substantiation of the high classification efficiency at all stages of the rehabilitation process has been carried out.

Conclusion. Значимость применения классификации в том, что с ее помощью возможно сформировать план восстановления как отдельно взятых функций организма, различных направлений в реабилитации, так и всей ее структуры, провести оценку эффективности реабилитационных мероприятий на этапах реабилитации, по завершению, по нуждаемости, в том числе в перспективе и т.д., что позволяет рассматривать классификацию как универсальный оценочный механизм при проведении восстановительного лечения и программ реабилитации.

Key words: *Medical and social rehabilitation, functional and structural disorders, disability.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Denis D. Bolotov, MD, PhD, ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1320-0960>; eLibrary SPIN: 8846-6802; e-mail: bolotov_d@mail.ru

Введение. Основным принципом применения МКФ является запись с помощью буквенных и цифровых кодов в каждом из разделов классификации (нарушения функции структур, функции, жизнедеятельности и факторов среды) степени отклонения от нормы (наиболее часто встречающегося в популяции показателя)[1,2]. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья имеет следующие разделы:

Часть I. Функционирование и ограничения жизнедеятельности:

1.1. Изменение функций организма;

1.2. Изменение структуры организма.

Часть II. Факторы контекста:

2.1. Факторы окружающей среды;

2.1. Личностные факторы.

В МКФ для определения нарушений используются следующие термины:

- Функционирование: позитивные аспекты взаимодействия между индивидом и контекстовыми факторами индивида (факторы окружающей среды и личностные факторы);
- Ограничения жизнедеятельности: негативные аспекты взаимодействий между индивидом (с изменением здоровья) и контекстовыми факторами индивида;
- Функции организма: физиологические функции систем (в том числе психические функции) организма;
- Структуры организма: структурные или анатомические части организма, такие как органы, конечности и их компоненты, классифицированные в соответствии с системами организма;
- Нарушение: утрата или отклонение от нормы структуры тела или физиологической функции;
- Активность: выполнение задачи или действия индивидом. Она представляет индивидуальную сторону функционирования;
- Участие: вовлечение индивида в жизненную ситуацию. Оно представляет социальные стороны функционирования;
- Контекстовые факторы: в совокупности представляют полную обстановку жизни индивида. Контекстовые факторы разделяются на факторы окружающей среды и личностные факторы.

Цель. Оценить эффективность практического применения Международная классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья.

Материалы и методы. Проведен анализ Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья и ее применения в практической деятельности по данным доступных источников литературы и собственных наблюдений.

Результаты исследования. Исследование той или функции производится в виде батареи тестов, собранных в один раздел (домен), при этом подходы к определению в различных частях классификации разнятся. Так, раздел нарушения функций имеет один количественный определитель, который является непосредственно степенью нарушения функции, обозначающийся в 5-бальной лестнице прогрессии:

- 0 НЕТ нарушений (никаких, отсутствуют, ничтожные) 0-4%;
- 1 ЛЕГКИЕ нарушения (незначительные, слабые) 5-24%;
- 2 УМЕРЕННЫЕ нарушения (средние, значимые) 25-49%;
- 3 ТЯЖЕЛЫЕ нарушения (высокие, интенсивные) 50-95%;
- 4 АБСОЛЮТНЫЕ нарушения (полные) 96-100%.

При этом активность и участие имеют 2 составляющих (определяющих): в начале указывается возможность реализации действия непосредственно при проведении тестирования с применением любых ресурсов, включающих технические средства реабилитации и постороннюю помощь со стороны родственников, персонала и т.д., а на втором – потенциальная возможность реализации данного действия (капаситет), который может быть реализован непосредственно самим индивидом.

Нужно отметить, что во всех случаях (определение функции, определение состояния или определение капаситета и т.д.) оценка проводится по единой вышеуказанной шкале[1,2,6].

Данная система позволяет достаточно точно описать актуальные проблемы у пациента, но не является инструментом абсолютно точного измерения данных проблем. В месте с тем, она позволит представлять полученные данные графически, в т.ч. в виде диаграмм и таблиц, вычислять средние показатели, быстро и наглядно оценивать исходный статус, динамику процесса реабилитации и достигнутый эффект, а так же являться исходной основой для формирования и коррекции программы реабилитации[3,4,5,6].

Например, для оценки нарушений стато-динамической функции[2,3,4] могут быть использованы следующие коды (таблицы) МКФ:

- Оценка общего состояния здоровья на данный момент (до лечения);
- Оценка общего состояния здоровья после лечения;
- Способность выполнять физическую нагрузку при активном отдыхе;
- Способность выполнять физическую нагрузку на занятиях физкультурой, фитнесом и в спортивных секциях;
- Необходимость использования посторонней помощи;
- Необходимость использования средств дополнительных фиксации (сустава или позвоночника);
- Тестирование болевого синдрома, связанного с нагрузкой;
- Тестирование пассивной амплитуды движений (гониометрия);
- Тестирование активной амплитуды движений;
- Жалобы на слабость мышц конечности;
- Тестирование выносливости к динамическим нагрузкам (в заданном темпе);

- Тестирование выносливости к статическим нагрузкам;
- Тестирование пространственной координации движений (точность перемещения в пространстве);
- Заданную интенсивность сокращения по данным динамометрии);
- Тестирование функциональной установки сегмента конечности;
- Тестирование податливости контрактур суставов;
- Тестирование податливости контрактур мышц;
- Тестирование упругости мышц (градиент упругости в покое и при максимальном произвольном сокращении);
- Тестирование необычной подвижности сегмента конечности;
- Тестирование функциональных возможностей с использованием искусственных механизмов компенсации;
- Тестирование функциональных возможностей с использованием естественных механизмов компенсации;
- Тестирование способности пользоваться различными бытовыми предметами;
- Тестирование способности самостоятельно одеться;
- Тестирование способности самостоятельно принимать пищу.

Это далеко не полный список кодов оценки функций организма, при помощи которых имеется возможность получить цельную картину нарушений его функционирования. Коды оценки составляют определенные разделы. Так, раздел «Ходьба и передвижение» содержит 4 подраздела, которые в свою очередь делятся на коды, которые и могут быть оценены по 5 бальной системе:

1. Ходьба:
 - 1.1. Ходьба на короткие расстояния;
 - 1.2. Ходьба на длинные расстояния;
 - 1.3. Ходьба вокруг препятствий;
 - 1.4. Ходьба по различным поверхностям.
2. Передвижение способами, отличающимися от ходьбы:
 - 2.1. Ползание;
 - 2.2. Преодоление препятствий;
 - 2.3. Бег;
 - 2.4. Прыжки;
 - 2.5. Плавание.
3. Передвижение в различных местах:
 - 1.1. Передвижение в пределах жилища;
 - 1.2. Передвижение в пределах других зданий;
 - 1.3. Передвижение вне своего дома и вне других зданий.
4. Передвижение с использованием технических средств.

Раздел «Изменение и поддержание позы тела» состоит из трех подразделов:

1. Изменение позы и поддержание позы тела:
 - 1.1. Изменение позы при положении лежа;
 - 1.2. Изменение позы при положении на корточках;
 - 1.3. Изменение позы при положении на коленях;
 - 1.4. Изменение позы при положении сидя;
 - 1.5. Изменение позы при положении стоя
 - 1.6. Наклон;
 - 1.7. Перемещение центра тяжести тела.
2. Поддержание положения тела:
 - 2.1. Нахождение в положении лежа;
 - 2.2. Нахождение при положении на корточках;
 - 2.3. Нахождение при положении на коленях;
 - 2.4. Нахождение при положении сидя;
 - 2.5. Нахождение при положении стоя.
3. Перемещение тела:
 - 3.1. Перемещение тела в положении сидя;
 - 3.2. Перемещение тела в положении лежа.

Другой раздел, «Передвижение с использованием транспорта» содержит следующие подразделы:

1. Использование пассажирского транспорта:
 - 1.1. Использование транспорта, в котором движущей силой является человек;

- 1.2. Использование частного моторизованного транспорта;
- 1.3. Использование общественного моторизованного транспорта.
2. Управление транспортом:
 - 2.1. Управление транспортом, в котором движущей силой является человек;
 - 2.2. Управление моторизованным транспортом;
 - 2.3. Управление гужевым транспортом.
3. Езда верхом.

Заключение. Таким образом, если стоит задача восстановить или сформировать социально-средовой статус, то в первую очередь нужно иметь план восстановления отдельно взятых функций организма, которые достаточно четко прописаны в структуре разделов и подразделов МКФ[2,3,6]. В свою очередь бальная система оценки нарушения функции позволяет оценивать динамику изменений в процессе реабилитации.

Проведение реабилитационных мероприятий по завершению процесса тестирования, определения реабилитационной цели, реабилитационной возможности, реабилитационного потенциала и прогноза, установления непосредственных, ближайших и отдаленных реабилитационных задач должно быть составлено с учетом принципов:

- Раннего начала реабилитации – у детей это может быть вторая-третья неделя жизни, включая крайне маловесных недоношенных пациентов, что позволяет добиваться хороших результатов не только в восстановлении функций движения, но и гармонизирует развитие ребенка;

- Строго индивидуального подхода (в зависимости от возраста, степени зрелости, тяжести основной патологии и т.п.);

- Подхода с позиций целостного организма (невозможно, к примеру, заниматься только коррекцией неврологических нарушений). Так, у большинства детей раннего возраста нарушения носят нейросоматический характер, при этом у части детей в клинической картине преобладают соматические проявления перинатального поражения нервной системы (вегето-висцеральные нарушения);

- Комплексного использования различных средств: медикаментозных, физических, психолого-педагогических. Важно, чтобы медицинские меры, особенно у детей, сочетались с педагогической реабилитацией, обучением и воспитанием;

- Преемственности мер реабилитации на различных этапах оказания помощи.

Этапность реабилитационных мероприятий предполагает последовательность в использовании различных приёмов и способов коррекции, обеспечения процесса реабилитации в различных условиях[1,3,5,6].

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/ REFERENCES

1. Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Белкин А., Беляев А.Ф., Бодрова Р.А., Буйлова Т.В., Мальцева М.Н., Мишина И.Е., Прокопенко С.В., Сарана А.М., Стаховская Л.В., Хасанова Д.Р., Цыкунов М.Б., Шамалов Н.А., Суворов А.Ю., Шмонин А.А. Как организовать медицинскую реабилитацию? // Вестник восстановительной медицины. 2018. № 2 (84). С. 2–12. 2. Ivanova GE, Melnikova EV, Belkin AA, Belyaev AF, Bodrova RA, Bujlova TV, Malceva MN, Mishina IE, Prokopenko SV, Sarana AM, Stahovskaya LV, Hasanova DR, Cykunov MB, Shamalov NA, Suvorov AY, Shmonin AA. How to organize medical rehabilitation? // Vestnik vosstanovitelnoj mediciny. 2018. № 2 (84). S. 2–12.

2. Мельникова Е.В. Использование международной классификации функционирования (МКФ) в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации: инструкция для специалистов / Е.В. Мельникова, Т.В. Буйлова, Р.А. Бодрова, А.А. Шмонин, М.Н. Мальцева, Г.Е. Иванова // Вестник Восстановительной медицины. – № 6 (82). – 2017. – С. 7-20. Melnikova EV, Buylova TV, Bodrova RA, Shmonin AA, Maltseva MN, Ivanova GE. The use of the international classification of functioning (ICF) in outpatient and inpatient medical rehabilitation: an instruction for specialists. Bulletin of Restorative Medicine; 82(6);2017 7-20.

3. Тихонов И.В. Опыт применения Международной классификации функционирования в оценке эффективности реабилитации пациентов с последствиями поражения ЦНС / И.В. Тихонов, Р.А. Бодрова, Э.И. Аухадеев // Практическая медицина. – 2013. – №1(66). – С. 100-102. Tikhonov IV, Bodrova RA, Aukhadееv EI. The experience of using the International Classification of Functioning in assessing the effectiveness of rehabilitation of patients with the consequences of central nervous system damage. Practical medicine. 2013; 66(1):100-102. (In Russ.).

4. Цыкунов М.Б. Шкалы оценки нарушений при патологии опорно-двигательной системы с использованием категорий международной классификации функционирования (дискуссия) Вестник восстановительной медицины. – 2019. – 2. – С. 2-12. Tsykunov MB. Scales for assessing disorders in the pathology of the musculoskeletal system using the categories of the international classification of functioning (discussion). Bulletin of restorative medicine.2019;2:2-12. (In Russ.).

5. Шмонин А.А. Предварительные результаты реализации пилотного проекта «развитие системы медицинской реабилитации в российской федерации» в СПбГУЗ «Городская больница № 26». Использование программы «ICF-reader» и Международной классификации функционирования / А.А. Шмонин, М.Н. Мальцева, В.В. Никифоров, Е.В. Мельникова, Г.Е. Иванова, В.И. Дорофеев // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2016. – 4 (23). – С. 54-60. Shmonin AA, Maltseva MN, Nikiforov VV, Melnikova EV, Ivanova GE, Dorofeev VI. Preliminary results of the pilot project “Development of a medical rehabilitation system in the Russian Federation” at St. Petersburg State University “City Hospital No. 26”. Using the program “ICF-reader” and the International Classification of Functioning. Uchenye zapiski SPbGMU im. Acad. I.P. Pavlova;2016; 23(4):54-60. (In Russ.).

6. Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Иванова Г.Е. Базовые принципы медицинской реабилитации, реабилитационный диагноз в категориях МКФ и реабилитационный план // Вестник восстановительной медицины. 2017. № 2 (78). С. 16-22. Shmonin AA, Malceva MN, Melnikova EV, Ivanova GE. Basic principles of medical rehabilitation, rehabilitation diagnosis in the ICF categories and rehabilitation plan. Bulletin of restorative medicine.2017;78(2):16–22. (In Russ.).

УДК 364.2+004.624

ДИСТАНЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ВОПРОСАМ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ

Шошмин А.В.^{1,2}, Бесстрашнова Я.К.^{1,2}, Никитин С.А.¹, Рожко К.Н.^{1,2}, Безготько Г.А.^{1,3}, Мананкова
Бю С.⁴

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

²Сотрудничающий центр ВОЗ по семейству международных классификаций в Российской Федерации

³Частное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский университет
технологий управления и экономики»

Санкт-Петербург, Россия

⁴Университетская больница Северной Норвегии
Тромсе, Норвегия

Аннотация

Введение. Все более актуально использование информационных технологий в общении специалистов с коллегами, более квалифицированными в отдельных вопросах комплексной реабилитации и абилитации, поскольку личные контакты в настоящее время ограничены, а временной фактор имеет важное значение для получения положительных результатов реабилитации.

Цель. Повышение качества реабилитационных и абилитационных услуг путем организации дистанционных консультаций между специалистами.

Материалы и методы. В рамках совместной деятельности ФБГУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России и Университетской больницы Северной Норвегии в 2018 году была создана консультативная сеть по вопросам реабилитации и абилитации из специалистов, которые оказывают услуги ранней помощи детям и их семьям и/или работают с детьми и взрослыми с церебральным параличом, врожденными пороками развития конечностей, расстройствами аутистического спектра в 8 субъектах Российской Федерации (проект В1805, грант Минздрава Норвегии). Методическую основу консультаций, которые проводят специалисты ФБГУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, составляют результаты выполненных научных исследований в 2013-2020 годах, опыт проведения экспертизы региональных программ формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов и др., результаты деятельности Сотрудничающего центра ВОЗ по семейству международных классификаций в Российской Федерации. Платформой для проведения дистанционных консультаций между специалистами является вебсайт консультативной сети, имеющий открытый и закрытый разделы. Раздел с открытым доступом содержит информационные материалы, посвященные детскому церебральному параличу для всех заинтересованных лиц, образовательные материалы для специалистов, формы для обратной связи. Раздел, требующий авторизации, - это система заявок на консультации, предусматривающая регистрацию и авторизацию

при каждом входе специалистов из перечисленных выше субъектов Российской Федерации, для проведения консультаций. Вебсайт был разработан на языке программирования JavaScript с использованием различного программного обеспечения.

Результаты. Некоторые аспекты структурирования информационных материалов, представления контента сайта и навигации, анализ статистических данных о поведении пользователей сайта, защита базы данных системы заявок на консультации и использование защищенных каналов для обмена данными требуют дополнительного изучения.

Заключение. Вебсайт и система заявок на консультации должны быть удобны для пользователей, позволять разработчику легко управлять контентом сайта и осуществлять его дальнейшее развитие. Требуется обеспечить адекватный уровень защиты данных от внешних угроз. Проведение дистанционных консультаций между специалистами способствует упрощению взаимодействия, получению актуальной информации и документов от консультантов по конкретным вопросам комплексной реабилитации и абилитации.

Ключевые слова: комплексная реабилитация и абилитация; дистанционное консультирование; электронное здравоохранение.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Бесстрашнова Янина Константиновна, кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник отдела международных классификаций и систем реабилитации и абилитации (Сотрудничающий центр ВОЗ), ФБГУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России; адрес: ул. Бестужевская, д.50, 195067 Санкт-Петербург, Россия; телефон: +7 812 543 99 25; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5249-3674>; eLibrary SPIN: 5414-9615; e-mail: besstjan@mail.ru

Шошмин Александр Владимирович, кандидат биологических наук, руководитель отдела международных классификаций и систем реабилитации и абилитации (Сотрудничающий центр ВОЗ), ФБГУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России; адрес: ул. Бестужевская, д.50, 195067 Санкт-Петербург, Россия; телефон: +7 812 543 99 25; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1928-275X>; eLibrary SPIN: 5743-8646; e-mail: shoshminav@mail.ru

Никитин Сергей Александрович, младший научный сотрудник отдела международных классификаций и систем реабилитации и абилитации (Сотрудничающий центр ВОЗ) ФБГУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России; адрес: ул. Бестужевская, д.50, 195067 Санкт-Петербург, Россия; телефон: +7 812 544 34 93; e-mail: snikitin.me@gmail.com

Рожко Кристина Николаевна, начальник сектора международных классификаций отдела международных классификаций и систем реабилитации и абилитации (Сотрудничающий центр ВОЗ), ФБГУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России; адрес: ул. Бестужевская, д.50, 195067 Санкт-Петербург, Россия; телефон: +7 812 544 34 93; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3207-7243>; eLibrary SPIN: 3980-3492; e-mail: rozhhokris@yandex.ru

Безготько Григорий Анатольевич, техник отдела международных классификаций и систем реабилитации и абилитации (Сотрудничающий центр ВОЗ), ФБГУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России; адрес: ул. Бестужевская, д.50, 195067 Санкт-Петербург, Россия; телефон: +7 812 544 34 93; студент, Частное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский университет технологий управления и экономики»; адрес: Лермонтовский пр., д.44, литер А, 190103 Санкт-Петербург, Россия; e-mail: griffon.bezgotko@list.ru

Мананкова Бю Светлана, старший советник, Университетская больница Северной Норвегии; адрес: п/я 100, 9038 Тромсе, Норвегия; телефон: +4790518326; e-mail: Svetlana.Manankova.Bye@unn.no

REMOTE CONSULTING OF PROFESSIONALS ON COMPREHENSIVE REHABILITATION AND HABILITATION

Shoshmin A.V.^{1,2}, Besstrashnova Y.K.^{1,2}, Nikitin S.A.¹, Rozhko K.N.^{1,2}, Bezgot'ko G.A.^{1,3}, Manankova Bye S.⁴

¹Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled

²WHO Collaborating Center for the Family of International Classifications in the Russian Federation

³Saint-Petersburg University of Management Technologies and Economics

St. Petersburg, Russia

⁴University Hospital of North Norway

Tromso, Norway

Abstract

Background. Implementation of information technologies in communication of professionals with colleagues who are more qualified in certain issues of comprehensive rehabilitation and habilitation is more

relevant, since personal contacts are currently limited, and timing is a key factor for obtaining positive rehabilitation outcomes.

Aim. Improving quality of rehabilitation and habilitation services by organizing remote consultations between professionals.

Materials and methods. In 2018, as a part of the collaboration between Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled and University Hospital of Northern Norway, a consultative network in the framework of rehabilitation and habilitation was created by professionals who deliver early aid services for children and their families and/or work with children and adults with cerebral palsy, congenital malformations of extremities, and autism spectrum disorders in 8 Russian regions (project B1805, grant from the Norwegian Ministry of Health). The methodological framework for consultations by specialists of Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, compose the findings of 2013-2020, experience in the expertise of regional programs for the formation of the systems of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled adults and children, and the results of the activities of the WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications in the Russian Federation. The platform for remote consultations between professionals is a website of the consultation network, which has open and closed sections. The open one contains informational materials on cerebral palsy “for all”, educational materials for specialists, and feedback forms. The section with authorization is the consultation request system, where registration and authorization by professionals from the Russian regions mentioned above is required at each entry. The website was developed in the JavaScript programming language by using various software.

Results. Some issues of the information materials structuring, the website content presentation and navigation, statistical data analysis of the behavior of website users, security of the database of the consultation request system and using of secure channels for data exchange require further consideration.

Conclusion. The website and the system of consultation request should be user-friendly; web-developer can manage the website content easily and work on its updates. An adequate level of data security from external threats is required. Conducting remote consultations between professionals helps to collaborate easier, obtain relevant information and documents from consultants on specific issues of comprehensive rehabilitation and habilitation.

Key words: *comprehensive rehabilitation and habilitation; remote consulting; e-health.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Yanina K. Besstrashnova, Candidate of Economic Sciences, leading researcher of the Department of International Classifications and Systems of rehabilitation and habilitation (WHO Collaborating Centre), Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled; address: Bestuzhevskaya str. 50, 195067 St. Petersburg, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5249-3674>; eLibrary SPIN: 5414-9615; e-mail: besstjan@mail.ru

Alexander V. Shoshmin, Candidate of Biological Sciences, head of the Department of International Classifications and Systems of rehabilitation and habilitation (WHO Collaborating Centre), Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled; address: Bestuzhevskaya str. 50, 195067 St. Petersburg, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1928-275X>; eLibrary SPIN: 5743-8646; e-mail: shoshminav@mail.ru

Sergey A. Nikitin, junior researcher of the Department of International Classifications and Systems of rehabilitation and habilitation (WHO Collaborating Centre), Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled; address: Bestuzhevskaya str. 50, 195067 St. Petersburg, Russia; e-mail: snikitin.me@gmail.com

Kristina N. Rozhko, Chief of the Sector of International Classifications, Department of International Classifications and Systems of rehabilitation and habilitation (WHO Collaborating Centre), Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled; address: Bestuzhevskaya str. 50, 195067 St. Petersburg, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3207-7243>; eLibrary SPIN: 3980-3492; e-mail: rozhkokris@yandex.ru

Grigoriy A. Bezgot'ko, technician of the Department of International Classifications and Systems of rehabilitation and habilitation (WHO Collaborating Centre), Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled; address: Bestuzhevskaya str. 50, 195067 St. Petersburg, Russia; student, Saint-Petersburg University of Management Technologies and Economics; address: Lermontovsky pr. 44A, 190103 St. Petersburg, Russia; e-mail: griffon.bezgotko@list.ru

Svetlana Manankova Bye, senior advisor, University Hospital of North Norway; address: postbox 100, 9038 Tromso, Norway; e-mail: Svetlana.Manankova.Bye@unn.no

Введение. Распространение инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2, стало вызовом для систем здравоохранения и социальной защиты населения по всему миру. Пандемия способствовала ускорению внедрения информационных технологий специалистами различных специальностей в повседневную практику, а часто вынуждала к этому. Особенно актуально использование информационных технологий в общении специалистов с более квалифицированными коллегами, поскольку личные контакты в настоящее время ограничены, а временной фактор часто имеет важное значение для получения положительных результатов реабилитации.

Цель работы заключается в повышении качества реабилитационных и абилитационных услуг путем организации дистанционных консультаций между специалистами.

Материалы и методы. В рамках совместной деятельности ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России и Университетской больницы Северной Норвегии в 2018 году была создана консультативная сеть по вопросам реабилитации и абилитации (проект В1805, грант Минздрава Норвегии) [1]. В настоящее время она объединяет специалистов, которые оказывают услуги ранней помощи детям и их семьям и/или работают с детьми и взрослыми с церебральным параличом, врожденными пороками развития конечностей, расстройствами аутистического спектра в Архангельской области, Мурманской области, Республике Карелия, Республике Коми, Ненецком автономном округе, Ленинградской области, Санкт-Петербурге, а с осени 2020 года - и в Калининградской области. Совместная работа направлена на повышение качества реабилитации и абилитации, путем привлечения высококвалифицированных специалистов и использования технологий электронного здравоохранения.

Методическую основу консультаций, которые проводят специалисты ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, составляют результаты выполненных научных исследований в 2013-2020 годах, посвященных использованию базовых наборов Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) по нарушениям опорно-двигательного аппарата, церебральному параличу [2-4], расстройствам аутистического спектра, оказанию услуг ранней помощи и организации ранней помощи детям и их семьям в субъектах Российской Федерации [5-7], опыт проведения экспертизы региональных программ формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов и др., а также результаты деятельности Сотрудничающего центра ВОЗ по семейству международных классификаций в Российской Федерации [8].

В качестве платформы для проведения дистанционных консультаций между специалистами в августе 2019 года был запущен вебсайт консультативной сети по вопросам реабилитации и абилитации [9], имеющий открытый и закрытый разделы. Раздел с открытым доступом содержит информационные материалы, посвященные детскому церебральному параличу для всех заинтересованных лиц, образовательные материалы для специалистов, формы для обратной связи. Раздел, требующий авторизации, - это система заявок на консультации, предусматривающая регистрацию и авторизацию при каждом входе специалистов из перечисленных выше субъектов Российской Федерации, для проведения консультаций.

Вебсайт был разработан на языке программирования JavaScript.

Система заявок на консультации реализована на MongoDB. Это документоориентированная система управления базами данных, которая является одной из нереляционных систем (не требует описания схемы таблиц), использует документы и схему базы данных в текстовом формате, основанном на языке JavaScript [10].

Роль веб-сервера, который принимает запросы протокола прикладного уровня (HTTP) от клиентов (веб-браузеров) и выдает им ответы вместе с данными в виде HTML-страницы, изображения, файла или др., выполняет Node.js - программная платформа, основанная на трансляторе JavaScript (движке Chrome V8) [11].

В процессе разработки также использовалась библиотека программирования, которая содержит коды технических элементов для организации взаимодействия пользователя с сайтом (пользовательского интерфейса) - OpenUI5 [12].

Верстка страниц вебсайта выполнена с помощью Bootstrap4 - открытой библиотеки для языков CSS и JavaScript [13].

В качестве инструмента для оценки посещаемости вебсайта и анализа поведения пользователей использована Яндекс.Метрика [14]. Счетчики Яндекс.Метрики, или внешние программы, состоят из двух частей - встраиваемых в веб-страницу фрагментов кода, которые впоследствии позволяют собрать данные пользователей, и движка, который подсчитывает полученную информацию и обрабатывает её в виде различных отчетов.

Консультативная сеть поддерживает консультации типа «специалист-специалист». Для работы в сети специалист должен войти в систему и создать запрос на консультацию. Запрос содержит краткое описание случая, включая вопросы к консультанту. Существует возможность выбрать нужную тему запроса, указать желаемую дату консультации. Затем диспетчер сети назначает одного или нескольких консультантов и передает запрос для подготовки заключения. Предоставляется два возможных типа консультаций: онлайн и офлайн. В случае необходимости для проведения консультации в режиме онлайн, используется специализированное оборудование для телемедицинских консультаций.

Формы обратной связи для оценки работы с вебсайтом и вебинаров для специалистов реализованы в виде отдельных форм опросов, html-код которых сгенерирован автоматически и встроены в структуру веб-страниц, что позволяет получать и анализировать ответы с помощью инструментов Google.

Результаты

Углубленный анализ использования информационных технологий для проведения дистанционных консультаций специалистов показал, что недостаточно изучен ряд вопросов.

1) Поскольку специалисты, которым необходимы консультации, работают в разных сферах (здравоохранении, социальной защите населения, образовании и др.), иногда им нужна общая информация в доступной форме, как и для других заинтересованных лиц (например, родителей), по отдельным темам. Потребность в получении информации и документов может быть удовлетворена путем размещения на вебсайте дополнительных информационных материалов, подготовленных консультантами, по наиболее востребованным темам (например, церебральному параличу, расстройствам аутистического спектра, врожденным порокам развития конечностей, ранней помощи детям и их семьям). Одним из вариантов размещения информационных материалов на вебсайте может быть использование инструмента DokuWiki [15], изначально предназначенного для создания технической документации, который не требует базы данных, обеспечивает структурное представление текста и быструю навигацию по нему. В качестве примера были переработаны информационные материалы, посвященные детскому церебральному параличу. Однако в данном случае сохранились проблемы с дизайном, размещением изображений и навигацией, поэтому предлагается продолжить работу по выбору системы управления контентом и программных средств для верстки веб-страниц.

2) Для выполнения анализа собранных статистических данных о поведении пользователей сайта необходимо обеспечить доступ квалифицированного пользователя к отчетам, полученным с помощью Яндекс.Метрики. Таким пользователем удобно назначить администратора системы заявок на консультации. Предлагается установить периодичность (например, ежемесячно) для анализа следующих видов отчетов:

- Посещаемость: отображение динамики посещаемости сайта за определенный период;
- внешние переходы: переходы на другие сайты;
- география: географическое распределение посетителей сайта;
- загрузки файлов: количество скачиваний выложенных на вебсайте файлов;
- популярное: популярные страницы вебсайта на основе количества посетителей;
- время на сайте: количество времени, затраченного на просмотр контента;
- источники (сводка): определение источника трафика посетителей.

Результаты анализа поведения пользователей могут быть использованы при подготовке новых информационных материалов консультантами по определенным темам, планирования распространения информации о консультативной сети и т.д.

3) Важное значение при проведении дистанционных консультаций имеет защита базы данных системы заявок на консультации. Необходимо обеспечить выполнение следующих стандартных процедур:

- настроить систему резервного копирования и аварийного восстановления базы данных;
- настроить аудит действий;
- ограничить доступ к данным: четко назначать пользователям системы заявок на консультации разработанные роли «администратор», «диспетчер», «консультант», «специалист», выполнять разработанные правила регистрации пользователей.

Для повышения уровня защиты данных также следует применить протокол HTTPS, реализующий протокол TLS (более поздняя версия протокола SSL) [16], который решает задачи обеспечения конфиденциальности, целостности и подлинности соединения (аутентификации), т.е.

создания между двумя узлами сети защищённого от прослушивания и подмены информации канала связи, пригодного для передачи произвольных данных в обоих направлениях, а также проверку того, что обмен данными происходит между именно теми узлами, для которых канал и планировался [16].

Заключение

Разработанный вебсайт консультативной сети по вопросам реабилитации и абилитации реализован с помощью современных программных средств. Вебсайт и система заявок на консультации должны быть удобны, в первую очередь, для пользователей, а также позволять легко управлять контентом сайта и осуществлять его дальнейшее развитие. При работе с вебсайтом требуется обеспечить адекватный уровень защиты данных от внешних угроз.

Таким образом, проведение дистанционных консультаций между специалистами с использованием системы заявок и вебсайта консультативной сети в целом способствует упрощению взаимодействия, получению актуальной информации и документов от консультантов по конкретным вопросам комплексной реабилитации и абилитации, что приводит к повышению качества реабилитационных и абилитационных услуг, оказываемых специалистами северо-запада России.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. . Шошмин А.В., Владимирова О.Н., Рожко К.Н., Бесстрашнова Я.К., Никитин С.А. Применение технологий электронного здравоохранения в реабилитации и абилитации детей с церебральным параличом и нарушениями опорно-двигательного аппарата. *Физическая и реабилитационная медицина*. 2020;2(2):51-57. Ссылка активна на 01.09.2020. [Shoshmin A.V., Vladimirova O.N., Rozhko K.N., Besstrashnova Y.K., Nikitin S.A. Application of eHealth technologies for rehabilitation and habilitation of children with cerebral palsy or musculoskeletal disorders. *Fizicheskaja i reabilitacionnaja medicina*. 2020;2(2):51-57. Accessed September 01, 2020. (In Russ.)] http://center-albreht.ru/upload/Журнал/ФРМ_2-2020.pdf

2. . Shoshmin A, Besstrashnova Y, Potemkina S, Ishutina I. ICF-Based Assessment of Barriers for Persons with Disabling Musculoskeletal Disorders. *WHO-FIC Network Annual Meeting*. Tokyo, 2016:109. Ссылка активна на 01.09.2020. [Accessed September 01, 2020.] http://www.who.int/classifications/network/meeting2016/2016_WHO-FIC_Poster_Booklet.pdf?ua=1

3. . Schiariti V, Longo E, Shoshmin A, et al. Implementation of the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) Core Sets for Children and Youth with Cerebral Palsy: Global Initiatives Promoting Optimal Functioning. *Int J Environ Res Public Health*, 2018;15(9):1899. <https://doi.org/10.3390/ijerph15091899>

4. . Шошмин А.В., Кожушко Л.А., Бесстрашнова Я.К. Использование базового набора Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для реабилитации детей с церебральным параличом. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;119(5-2):126-127 [Shoshmin A.V., Kozhushko L.A., Besstrashnova Y.K. Implementation of the ICF Core Set for rehabilitation of children with cerebral palsy. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2019;119(5-2):126-127. (In Russ.)]

5. . *Организация предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям* / Старобина Е.М., Владимирова О.Н., Ишутина И.С., Лорер В.В., Шошмин А.В., Мухамедрахимов Р.Ж., Ермолаева Е.Е., Самарина Л.В., Казьмин А.М. Методическое пособие. СПб: ЦИАЦАН, 2019. 72с. [*Organizacija predostavlenija uslug rannej pomoshhi detjam i ih sem'jam* / Starobina E.M., Vladimirova O.N., Ishutina I.S., Lorer V.V., Shoshmin A.V., Muhamedrahimov R.Zh., Ermolaeva E.E., Samarina L.V., Kaz'min A.M. Metodicheskoe posobie. SPb:CIACAN, 2019. 72s. (In Russ.)]

6. Владимирова О.Н., Старобина Е.М., Лорер В.В. Формирование системы ранней помощи детям и их семьям в Российской Федерации. *Альманах Института коррекционной педагогики*. 2020;40:3-5. [Vladimirova O.N., Starobina E.M., Lorer V.V. Formirovanie sistemy rannej pomoshhi detjam i ih sem'jam v Rossijskoj Federacii. *Al'manah Instituta korrekcionnoj pedagogiki*. 2020;40:3-5. (In Russ.)]

7. *Ранняя помощь детям и их семьям: теоретические и организационно-методические основы* / Старобина Е.М., Лорер В.В., Владимирова О.Н. Методическое пособие. СПб:ЦИАЦАН, 2020. 144с. [*Rannjaja pomoshh' detjam i ih sem'jam: teoreticheskie i organizacionno-metodicheskie osnovy* / Starobina E.M., Lorer V.V., Vladimirova O.N. Metodicheskoe posobie. SPb:CIACAN, 2020. 144s. (In Russ.)]

8. Shoshmin A., Cherkasov S., Besstrashnova Y., Meshkov D., Rozhko K., Vladimirova O. Russian WHO-FIC Collaborating Centre Annual Report 2019-2020. *WHO-FIC 2020 virtual 19-23 October 2020*. WHO-FIC Poster Booklet. 2020:28. Ссылка активна на 19.10.2020. [Accessed October 19, 2020.] https://www.who.int/classifications/Posters_WHO-FIC_2020.zip
9. *ФГБУ ФНЦПРИ им. Г.А.Альбрехта Минтруда России*. Консультативная сеть по вопросам реабилитации и абилитации. Ссылка активна на 01.09.2020. [*Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled*. Konsul'tativnaja set' po voprosam rehabilitacii i abilitacii. Accessed September 01, 2020. (In Russ.).] <http://cnet.center-albreht.ru:6001>
10. *MongoDB, Inc.* The MongoDB 4.4 Manual Ссылка активна на 01.09.2020. [Accessed September 01, 2020.] <https://docs.mongodb.com/manual/>
11. *OpenJS Foundation*. Node.js. Ссылка активна на 01.09.2020. [Accessed September 01, 2020.] <https://nodejs.org/ru/>
12. *SAP SE*. OpenUI5. Documentation. Ссылка активна на 01.09.2020. [Accessed September 01, 2020.] <https://openui5.org/documentation/>
13. *Bootstrap*. Documentation. Ссылка активна на 01.09.2020. [Accessed September 01, 2020.] <https://getbootstrap.com/docs/4.0/getting-started/introduction/>
14. *ООО «Яндекс»*. Яндекс.Метрика Ссылка активна на 01.09.2020. [ООО «Yandex». Yandex.Metrika. Accessed September 01, 2020. (In Russ.).] <https://metrika.yandex.ru/>
15. *DokuWiki*. Ссылка активна на 01.09.2020. [Accessed September 01, 2020.] <https://www.dokuwiki.org/dokuwiki>
16. Венедюхин А. *Ключи, шифры, сообщения: как работает TLS*. Техническое описание TLS. Ссылка активна на 01.09.2020. [Venedjuhin A. Kljuchi, shifry, soobshhenija: kak rabotaet TLS. Tehnicheskoe opisanie TLS. Accessed September 01, 2020.] <https://tls.dxdt.ru/tls.html>

УДК 61

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ОГРАНИЧЕНИЙ В СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ КАТЕГОРИЯХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ)

Вольнец Г.В.¹, Пирожкова Т.А.², Шургая М.А.³, Физицкая В.Д.³, Каблукова А.В.³, Бесланев А.А.³, Брыксин Д.А.³, Шмелева И.Э.⁴, Никитин А.В.¹

¹ ОСП НИКИ педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,

² ФГБУ «ФБ МСЭ» Минтруда России,

³ ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России,

⁴ ФГАОУ ВО ПМГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет) Москва, Россия

Аннотация

Введение. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) выделяет структуры организма – его анатомические части, такие как органы, конечности и их составляющие, и функции организма – физиологические функции систем организма. При этом нарушениями считаются проблемы, возникающие в структурах или функциях, такие как их существенное отклонение или утрата. ВОЗ рекомендует присоединиться к разработкам моделей оценки степени нарушения структур и функций организма, которые в настоящее время вызывают интерес многих исследователей. МКФ, как и Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10), классифицирует структуры и функции организма, а также активность и участие (т.е. жизнедеятельность) человека, которые, как и в МКБ, кодируются в буквенно-цифровых выражениях. Однако универсальный механизм определения степени нарушения структур и функций организма, а также жизнедеятельности, не разработан. Тем не менее это необходимо как при проведении медико-социальной экспертизы с целью объективного установления инвалидности и её группы, так и для составления программ реабилитации, а также в клинической практике для объективной оценки эффективности терапии.

Цель. Разработка достоверного балльного способа оценки степени выраженности ограничений в социально значимых категориях жизнедеятельности на основе МКФ.

Материалы и методы. При разработке балльного способа оценки степени выраженности ограничений в социально значимых категориях жизнедеятельности на основе МКФ проводилось тестирование всех критериев, характеризующих социально значимые категории жизнедеятельности: способность к обучению,

способность к общению, способность к передвижению, способность к самообслуживанию, способность к ориентации, способность контролировать своё поведение, способность к трудовой деятельности. Каждый критерий оценивался в баллах. Выполнение тестируемым определённого заданного критерия оценивался в «1» балл, невыполнение – в «0» баллов. Полученные баллы суммировались, при этом суммарная цифра баллов, набранных при тестировании, служила оценкой степени ограничений жизнедеятельности в определённой категории. Отклонение от максимальной суммы баллов вычислялась в процентах и снижение количества набранных баллов на 0-4% расценивалось, как отсутствие ограничений жизнедеятельности, снижение на 5-24% - как незначительные ограничения, снижение на 25-49% - как умеренно выраженные ограничения, снижение на 50-95% - как тяжёлые ограничения, на 96-100% - как абсолютные ограничения жизнедеятельности в определённой социально значимой категории.

Результаты. Отсутствие ограничений устанавливалось при набранных 132-138 баллов, незначительные ограничения – при 105-131 баллах, умеренные ограничения – при 70-104 баллах, тяжёлые ограничения – при 7-69 баллах, абсолютные ограничения – при <7 баллов.

Отсутствие ограничений устанавливалось при набранных 131-136 баллов, незначительные ограничения – при 103-130 баллах, умеренные ограничения – при 67-102 баллах, тяжёлые ограничения – при 7-66 баллах, абсолютные ограничения – при <7 баллов.

Отсутствие ограничений устанавливалось при набранных 80-83 баллов, незначительные ограничения – при 63-79 баллах, умеренные ограничения – при 42-62 баллах, тяжёлые ограничения – при 4-41 баллах, абсолютные ограничения – при <4 баллов.

Отсутствие ограничений устанавливалось при набранных 92-96 баллов, незначительные ограничения – при 72-91 баллах, умеренные ограничения – при 49-71 баллах, тяжёлые ограничения – при 5-48 баллах, абсолютные ограничения – при <5 баллов.

Отсутствие ограничений устанавливалось при набранных 69-72 баллов, незначительные ограничения – при 55-68 баллах, умеренные ограничения – при 37-54 баллах, тяжёлые ограничения – при 4-36 баллах, абсолютные ограничения – при <4 баллов.

Отсутствие ограничений устанавливалось при набранных 130-135 баллов, незначительные ограничения – при 103-129 баллах, умеренные ограничения – при 69-102 баллах, тяжёлые ограничения – при 7-68 баллах, абсолютные ограничения – при <7 баллов.

Отсутствие ограничений устанавливалось при набранных 189-197 баллов, незначительные ограничения – при 150-188 баллах, умеренные ограничения – при 100-149 баллах, тяжёлые ограничения – при 10-99 баллах, абсолютные ограничения – при <10 баллов.

Заключение. Способ позволяет установить степени выраженности ограничений в социально значимых категориях жизнедеятельности при проведении медико-социальной экспертизы с целью установления инвалидности и разработке программ реабилитации и оценке эффективности её выполнения при наблюдении в динамике.

Ключевые слова: *Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), медико-социальная экспертиза, инвалидность, ограничения жизнедеятельности, социально значимые категории жизнедеятельности*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Физицкая Валерия Девиевна – врач-ординатор, старший лаборант кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. Рабочий адрес: 125993, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1. Рабочий телефон: +7 (499) 255-55-20. Мобильный телефон: +79637224108. E-mail: fizitskaya@gmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2019-926X>

Вольнец Галина Васильевна - доктор медицинских наук, руководитель отдела гастроэнтерологии, главный научный сотрудник ОСП НИКИ педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева ФГАОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России. Рабочий Адрес: 125412, г. Москва, ул. Талдомская, дом 2. Рабочий телефон: +7(495) 483-41-92. Мобильный телефон: +7-985-417-51-54. E-mail: volynec_g@mail.ru. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5413-9599>. SPIN-код автора: 5529-2970.

Шургая Марина Арсеньевна – доктор медицинских наук, доцент кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. Рабочий адрес: 125993, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1. Рабочий телефон: +7 (499) 255-55-20. Мобильный телефон: +79104556658. E-mail: daremar@mail.ru. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3856-893X>

Пирожкова Татьяна Анатольевна - доктор медицинских наук, заведующая сектором комплексной реабилитации при основных инвалидизирующих заболеваниях опорно-двигательного аппарата и ЦНС федерального методического и методологического центра комплексной медико-социальной реабилитации и

абилитации инвалидов Российской Федерации ФГБУ «ФБ МСЭ» Минтруда России. Рабочий адрес: 127486, г. Москва, ул. Ивана Сусанина, 3. Рабочий телефон: +7 (499) 487-57-11. Мобильный телефон: +7 964 798-97-26. E-mail: t-pirozhkova@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3729-1027>

Каблукова Анастасия Валерьевна – врач-ординатор кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. Рабочий адрес: 125993, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1. Рабочий телефон: +7 (499) 255-55-20. Мобильный телефон: +79611167507. E-mail: kablu4ok95@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6122-8250>

Бесланев Астемир Ахмедович - врач-ординатор кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. Рабочий адрес: 125993, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1. Рабочий телефон: +7 (499) 255-55-20. Мобильный телефон: +79779589088. E-mail: beslaneevastik777@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5148-3805>

Брыксин Дмитрий Алексеевич - врач-ординатор кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. Рабочий адрес: 125993, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1. Рабочий телефон: +7 (499) 255-55-20. Мобильный телефон: +79773151924. E-mail: dmitriybriksin862@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8439-6230>

Шмелева Ирина Эдуардовна - врач-ординатор кафедры медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии ИПО ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России. Рабочий адрес: 119991, Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр. 2. Рабочий телефон: +7(499) 248-05-53. Мобильный телефон: +79038803868. E-mail: irina-kotenok1995@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6073-2359>

Никитин Артём Вячеславович - кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ОСП НИКИ педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева ФГАОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России, врач-гастроэнтеролог гастроэнтерологического отделения Морозовской детской клинической больницы ДЗ г. Москвы. Рабочий Адрес: 125412, г. Москва, ул. Талдомская, дом 2. Рабочий телефон: +7(495) 483-41-92. Мобильный телефон: +79154747674. E-mail: artem_i_am@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8837-9243>

DETERMINING THE DEGREE OF LIMITATIONS IN SOCIALLY SIGNIFICANT CATEGORIES OF LIFE BASED ON THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF)

Volynets G.V.¹, Pirozhkova T.A.², Shurgaya M.A.³, Fizitskaya V.D.³, Kablukova A.V.³, Beslaneyev A.A.³, Bryksin D.A.³, Shmeleva I.E.⁴, Nikitin A.V.¹

¹ Research Institute of Pediatrics named after Academician Y. Veltishev of the Pirogov Russian National Research Medical University,

² Federal Bureau of Medical and Social Expertise of the Russian Federation,

³ Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education “Russian Medical Academy of Continuous Professional Education” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation,

⁴ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)
Moscow, Russia

Abstract

Background. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) defines body structures - anatomical parts, such as organs, limbs and their components and body functions – physiological functions of body systems. Impairments are problems in body function or structure such as a significant deviation or loss. WHO recommends joining to development of models for assessment of degree of body structures and functions impairments, which arouse interest of many researchers. ICF as the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) classifies body structures and body functions and activities and participation, which are coded using alphanumeric system. However there is no universal technique for assessment of degree of impairments of body structures and functions and life activity. Even so, it is necessary during medical and social expertise for objective determination of disability and its degree and for creation of rehabilitation programmes. It is also necessary in clinical practice and for objective assessment of effectiveness of therapy.

Aim. To develop a point system of determining the degree of limitations in socially significant categories of life.

Materials and methods. During the development of the point system of determining the degree of limitations in socially significant categories of life based on ICF we tested all the parameters, that characterize socially significant categories of life: ability to study, ability to communicate, ability to move, ability to selfservice, ability to orientate, ability to self-control, ability to work. Every parameter was evaluated using points. In case a person can perform a

certain action we evaluate this option as “1” point, if a person can't perform the action we evaluate this option as “0” points. Then we summarized all the points. The sum of points served as assessment of the degree of limitations in the certain category of life. If the points were decreased of 0-4% we evaluate it as “no problem”, of 5-24% as “mild problem”, of 25-49% as “moderate problem”, of 50-95% as “severe problem”, of 96-100% as “complete problem” in the socially significant category of life.

Results. In the category of life “learning and applying knowledge” 132-138 points were evaluated as “no problem”, 105-131 points as “mild problem”, 70-104 points as “moderate problem”, 7-69 points as “severe problem”, less than 7 points as “complete problem”.

In the category of life “Communication” 131-136 points were evaluated as “no problem”, 103-130 points as “mild problem”, 67-102 points as “moderate problem”, 7-66 points as “severe problem”, less than 7 points as “complete problem”.

In the category of life “Ability to orientate” 80-83 points were evaluated as “no problem”, 63-79 points as “mild problem”, 42-62 points as “moderate problem”, 4-41 points as “severe problem”, less than 4 points as “complete problem”.

In the category of life “Mobility” 92-96 points were evaluated as “no problem”, 72-91 points as “mild problem”, 49-71 points as “moderate problem”, 5-48 points as “severe problem”, less than 5 points as “complete problem”.

In the category of life “Self-care” 69-72 points were evaluated as “no problem”, 55-68 points as “mild problem”, 37-54 points as “moderate problem”, 4-36 points as “severe problem”, less than 4 points as “complete problem”.

In the category of life “Ability to self-control” 130-135 points were evaluated as “no problem”, 103-129 points as “mild problem”, 69-102 points as “moderate problem”, 7-68 points as “severe problem”, less than 7 points as “complete problem”.

In the category of life “Ability to work” 189-197 points were evaluated as “no problem”, 150-188 points as “mild problem”, 100-149 points as “moderate problem”, 10-99 points as “severe problem”, less than 10 points as “complete problem”.

Conclusion. The developed point system allows to assess the degree of impairments in socially significant categories of life during medical and social expertise with the aim to determining disability, establishing rehabilitation programmes and assessing its effectiveness during observing in dynamics.

Key words: *The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), medical and social expertise, disability, limitations of life activity, socially significant categories of life*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Fizitskaya Valeria Devievna – MD, Clinical Resident, Senior Laboratory Assistant of the Department of Geriatrics and Medical and Social Expertise of the Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education “Russian Medical Academy of Continuous Professional Education” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Office address: 125993, Moscow, Barrikadnaya Street, 2/1. Office number: +7 (499) 255-55-20. Mobile phone: +79637224108. E-mail: fizitskaya@gmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2019-926X>

Volynets Galina Vasilievna – MD, Doctor of Medical Sciences, director of the Department of Gastroenterology, Senior Researcher of the Research Institute of Pediatrics named after Academician Y. Veltischev of the Pirogov Russian National Research Medical University. Office address: 125412, Moscow, Taldomskaya Street 2. Office number: +7(495) 483-41-92. Mobile phone: +7-985-417-51-54. E-mail: volynec_g@mail.ru. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5413-9599>. SPIN-code: 5529-2970.

Shurgaya Marina Arsenievna – MD, Doctor of Medical Sciences, Docent of the Department of Geriatrics and Medical and Social Expertise of the Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education “Russian Medical Academy of Continuous Professional Education” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Work address: 125993, Moscow, Barrikadnaya Street, 2/1. Office number: +7 (499) 255-55-20. Mobile phone: +79104556658. E-mail: daremar@mail.ru. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3856-893X>

Pirozhkova Tatyana Anatolievna – MD, Doctor of Medical Sciences, director of the Department of Complex Rehabilitation of patients with diseases of musculoskeletal system and central nervous system that may result in disability of the Training Center of Complex medical and social rehabilitation and abilitation of disable people of Russian Federation of Federal Bureau of Medical and Social Expertise of the Russian Federation. Work address: Ivana Susanina Street, 3. Office number: +7 (499) 487-57-11. Mobile phone: +7 964 798-97-26. E-mail: t-pirozhkova@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3729-1027>

Kablukova Anastasia Valerievna – MD, Clinical Resident of the Department of Geriatrics and Medical and Social Expertise of the Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education “Russian Medical Academy of Continuous Professional Education” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Work address: 125993, Moscow, Barrikadnaya Street, 2/1. Office number: +7 (499) 255-55-20. Mobile phone: +79611167507. E-mail: kablu4ok95@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6122-8250>

Beslaneyev Astemir Akhmedovich – MD, Clinical Resident of the Department of Geriatrics and Medical and Social Expertise of the Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education “Russian Medical Academy of Continuous Professional Education” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Work address: 125993, Moscow, Barrikadnaya Street, 2/1. Office number: +7 (499) 255-55-20. Mobile phone: +79779589088. E-mail: beslaneevastik777@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5148-3805>

Bryksin Dmitry Alekseevich – MD, Clinical Resident of the Department of Geriatrics and Medical and Social Expertise of the Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education “Russian Medical Academy of Continuous Professional Education” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Work address: 125993, Moscow, Barrikadnaya Street, 2/1. Office number: +7 (499) 255-55-20. Mobile phone: +79773151924. E-mail: dmitriybryksin862@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8439-6230>

Shmeleva Irina Eduardovna – MD, Clinical Resident of the Department of Medical and Social Expertise, urgent and outpatient therapy of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). Work address: 119991, Moscow, Trubetskaya Street, 8. Office number: +7(499) 248-05-53, Mobile phone: +79038803868. E-mail: irina-kotenok1995@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6073-2359>

Nikitin Artyom Vyacheslavovich – MD, PhD, Senior Researcher of the Research Institute of Pediatrics named after Academician Y. Veltishev of the Pirogov Russian National Research Medical University, gastroenterologist of the Department of Gastroenterology of Morozov Children's Hospital of the Moscow Health Department. Office address: Taldomskaya Street 2. Office number: +7(495) 483-41-92. Mobile phone: +79154747674. E-mail: artem_i_am@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8837-9243>

Введение. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), которая принята Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2001 г., включена в Международную группу классификаций (Family of International Classifications), выделяет структуры организма – его анатомические части, такие как органы, конечности и их составляющие, и функции организма – физиологические функции систем организма[1]. При этом нарушениями считаются проблемы, возникающие в структурах или функциях, такие как их существенное отклонение или утрата. ВОЗ рекомендует присоединиться к разработкам моделей оценки степени нарушения структур и функций организма, которые в настоящее время вызывают интерес многих исследователей.

Понятие «Жизнедеятельность» в разделе «активность и участие» МКФ рассматривает, как возможность выполнения человеком определённых действий или задач, комплекса деятельности в той или иной жизненной ситуации, а также осуществление этих возможностей. Ограничение жизнедеятельности – это ограничения активности или ограничения возможности участия, т.е. трудности, возникающие при выполнении определенных действий или задач.

К ограничениям жизнедеятельности могут приводить стойкие расстройства функций организма, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами развития.

Согласно утверждённому приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (приказ №585н от 19.08.2019) классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, к социально значимым категориям жизнедеятельности относятся:

- способность к передвижению, которую МКФ рассматривает как «Мобильность»;
- способность к самообслуживанию, которую МКФ рассматривает как «Самообслуживание» и «Бытовая жизнь»;
- способность к обучению, которую МКФ рассматривает как «Обучение и применение знаний»;
- способность к общению, которую МКФ рассматривает как «Общение»;
- способность к ориентации,
- способность контролировать своё поведение,
- способность к трудовой деятельности.

Различные категории жизнедеятельности тесно взаимосвязаны. Это обусловлено тем, что одни и те же функции организма отвечают за различные сферы деятельности человека. Так, стойкие нарушения функций слуха или зрения могут приводить к ограничениям жизнедеятельности как в категории «способность к обучению» (согласно МКФ - «обучение и применение знаний»), так и в категориях «Способность к ориентации» или в категории «Способность к передвижению» (согласно МКФ - «Мобильность»). Нарушения функций могут быть временными или постоянными, прогрессирующими, регрессирующими или стабильными, перемежающимися или непрерывными. Одни нарушения могут приводить к другим нарушениям. Например, потеря мышечной силы может нарушать двигательные функции, а стойкое нарушение двигательных функций может приводить к ограничениям жизнедеятельности; нарушение восприятия может нарушать функции мышления, что также может приводить к трудностям (ограничениям) жизнедеятельности.

Рассматриваемые аспекты жизнедеятельности характеризуются различными вариантами целой серии показателей, связанных с нарушением комплекса различных функций организма (статодинамических, сенсорных, психических и др.), влияние сочетанности нарушений которых на способность человека к выполнению определенного комплекса действий нередко трудно учесть.

МКФ предлагает считать нарушения в диапазоне 0-4%, как отсутствие нарушений, в диапазоне 5-24% - как незначительные нарушения, в диапазоне 25-49% - как умеренные, в диапазоне 50-95% - как тяжёлые, >95% - как абсолютные нарушения.

МКФ, как и Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10), классифицирует структуры и функции организма, а также активность и участие (т.е. жизнедеятельность) человека, которые, как и МКБ, кодируются в буквенно-цифровых выражениях. Однако универсальный механизм определения степени нарушения структур и функций организма, а также жизнедеятельности, не разработан. Тем не менее это необходимо как при проведении медико-социальной экспертизы с целью объективного установления инвалидности и её группы, так и для составления программ реабилитации, а также в клинической практике для объективной оценки эффективности терапии.

Цель. Разработка достоверного балльного способа оценки степени выраженности ограничений в социально значимых категориях жизнедеятельности на основе МКФ.

Материалы и методы. При разработке балльного способа оценки степени выраженности ограничений в социально значимых категориях жизнедеятельности на основе МКФ проводилось тестирование всех критериев, характеризующих социально значимые категории жизнедеятельности:

1. Способность к обучению (согласно МКФ - обучение и применение знаний):
 - способность целенаправленно использовать органы чувств при обучении:
 - использование зрения,
 - использование слуха,
 - использование других ощущений;
 - базисные навыки при обучении:
 - копирование,
 - повторение,
 - усвоение навыков чтения,
 - усвоение навыков письма,
 - усвоение навыков счёта;
 - практические навыки при обучении:
 - ✓ базисные навыки при обучении,
 - ✓ сложные (комплексные) навыки при обучении;
 - применение знаний:
 - концентрация внимания,
 - мышление,
 - чтение,
 - письмо,
 - вычисление,
 - решение проблем:
 - ✓ простых,
 - ✓ сложных.
2. Способность к общению (согласно МКФ - общение):
 - восприятие сообщений при общении:
 - восприятие устных сообщений,
 - восприятие невербальных сообщений,
 - восприятие письменных сообщений,
 - восприятие сообщений на языке формальных символов;
 - составление и изложение сообщений при общении:
 - составление и изложение сообщений с помощью речи,
 - составление и изложение сообщений в письменной форме,
 - составление и изложение сообщений в невербальной форме,
 - составление и изложение сообщений на языке формальных символов;
 - Разговор и общение с использованием средств связи и техник общения:
 - Разговор:

- ✓ Начало разговора,
- ✓ Поддержание разговора,
- ✓ Завершение разговора,
- ✓ Разговор с одним человеком,
- ✓ Разговор с множеством людей;
- Дискуссия
 - ✓ Дискуссия с одним человеком,
 - ✓ Дискуссия с множеством людей;
- Использование средств связи и техник общения:
 - ✓ Использование телекоммуникационных устройств,
 - ✓ Использование пишущих машин,
 - ✓ Использование техник общения.
- 3. Способность к передвижению (согласно МКФ - мобильность):
 - Изменение и поддержание положения тела;
 - Перенос, перемещение и манипулирование объектами;
 - Ходьба и передвижение;
 - Передвижение с использованием транспорта;
- 4. Способность к самообслуживанию (согласно МКФ – самообслуживание и бытовая жизнь):
 - Мытьё и уход за частями тела
 - Физиологические отправления;
 - Одевание;
 - Приём пищи;
 - Питьё;
 - Забота о своём здоровье;
 - Бытовая жизнь.
- 5. Способность к ориентации:
 - Способность определять местонахождения по атрибутам пространственных ориентиров, запахов, звуков;
 - Умение изображать особенности разных времён года с выбором средства выражения;
 - Изображение человека во взаимодействии с природой;
 - Ориентация в пространстве;
 - Понимание связи между предметами;
 - Представление о промежутках времени;
 - Последовательность событий во времени;
 - Способность различать произведения и их принадлежность к разным видам жанра;
 - Владение количественными соотношениями временных величин;
 - Ориентация в пространстве и времени;
 - Способность правильно местопологать внешние объекты и себя самого по отношению к временным и пространственным ориентирам;
 - Способность осознавать собственную личность, строение тела и его частей;
 - Способность воспринимать и адекватно реагировать на поступающую информацию;
 - Понимать связь между предметами и людьми.
- 6. Способность контролировать своё поведение:
 - Общие межличностные взаимодействия
 - Базисные межличностные взаимоотношения;
 - ✓ Способность взаимодействовать с людьми в соответствии с ситуацией и в социально приемлемой форме;
 - Сложные межличностные взаимоотношения:
 - ✓ Способность поддержания и управления взаимодействия с людьми в соответствии с ситуацией и в социально приемлемой форме;
 - Специфические межличностные отношения.
- 7. Способность к трудовой деятельности:
 - Работа и занятость
 - Подготовка к профессиональной деятельности (ученичество),
 - Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений;

- Оплачиваемая работа:
- ✓ Полная трудовая занятость, в том числе индивидуальная трудовая деятельность;
- ✓ Частичная трудовая занятость:
- В обычных производственных условиях,
- В специально созданных условиях или на дому;
- Неоплачиваемая работа.

Каждый критерий оценивался в баллах. Выполнение тестируемым определённого заданного критерия оценивался в «1» балл, невыполнение – в «0» баллов. Полученные баллы суммировались, при этом суммарная цифра баллов, набранных при тестировании, служила оценкой степени ограничений жизнедеятельности в определённой категории. Отклонение от максимальной суммы баллов вычислялась в процентах и снижение количества набранных баллов на 0-4% расценивалось, как отсутствие ограничений жизнедеятельности, снижение на 5-24% - как незначительные ограничения, снижение на 25-49% - как умеренно выраженные ограничения, снижение на 50-95% - как тяжёлые ограничения, на 96-100% - как абсолютные ограничения жизнедеятельности в определённой социально значимой категории.

Результаты исследования. В категории жизнедеятельности «Обучение и применение знаний» установлено 138 критериев. Отсутствие ограничений устанавливалось при набранных 132-138 баллов, незначительные ограничения – при 105-131 баллах, умеренные ограничения – при 70-104 баллах, тяжёлые ограничения – при 7-69 баллах, абсолютные ограничения – при <7 баллов.

В категории жизнедеятельности «Общение» установлено 136 критериев. Отсутствие ограничений устанавливалось при набранных 131-136 баллов, незначительные ограничения – при 103-130 баллах, умеренные ограничения – при 67-102 баллах, тяжёлые ограничения – при 7-66 баллах, абсолютные ограничения – при <7 баллов.

В категории жизнедеятельности «Способность к ориентации» установлено 83 критерия. Отсутствие ограничений устанавливалось при набранных 80-83 баллов, незначительные ограничения – при 63-79 баллах, умеренные ограничения – при 42-62 баллах, тяжёлые ограничения – при 4-41 баллах, абсолютные ограничения – при <4 баллов.

В категории жизнедеятельности «Мобильность» установлено 96 критериев. Отсутствие ограничений устанавливалось при набранных 92-96 баллов, незначительные ограничения – при 72-91 баллах, умеренные ограничения – при 49-71 баллах, тяжёлые ограничения – при 5-48 баллах, абсолютные ограничения – при <5 баллов.

В категории жизнедеятельности «Самообслуживание» установлено 72 критерия. Отсутствие ограничений устанавливалось при набранных 69-72 баллов, незначительные ограничения – при 55-68 баллах, умеренные ограничения – при 37-54 баллах, тяжёлые ограничения – при 4-36 баллах, абсолютные ограничения – при <4 баллов.

В категории жизнедеятельности «Способность контролировать своё поведение» установлено 135 критериев. Отсутствие ограничений устанавливалось при набранных 130-135 баллов, незначительные ограничения – при 103-129 баллах, умеренные ограничения – при 69-102 баллах, тяжёлые ограничения – при 7-68 баллах, абсолютные ограничения – при <7 баллов.

В категории жизнедеятельности «Способность к трудовой деятельности» установлено 197 критериев. Отсутствие ограничений устанавливалось при набранных 189-197 баллов, незначительные ограничения – при 150-188 баллах, умеренные ограничения – при 100-149 баллах, тяжёлые ограничения – при 10-99 баллах, абсолютные ограничения – при <10 баллов.

Заключение. Способ позволяет установить степени выраженности ограничений в социально значимых категориях жизнедеятельности при проведении медико-социальной экспертизы с целью установления инвалидности и разработке программ реабилитации и оценке эффективности её выполнения при наблюдении в динамике.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. World Health Organization; Geneva, Switzerland; 2001

ЗАВИСИМОСТЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТ НАПРАВЛЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Коновалова Н.Г., Ляховецкая В.В., Дробышева Е.Г.

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

Аннотация

Введение. Задача двигательной реабилитации - восстановление движений.

Цель. Сравнить результаты реабилитации пациентов с травматической болезнью спинного мозга в зависимости от направленности реабилитационного процесса

Материалы и методы. Обследовано 214 пациентов в позднем периоде травматической болезни спинного мозга с шейным уровнем поражения. Лечение 157 человек (первая группа) было направлено на восстановление движений, лечение 57 человек (вторая группа) – на восстановление бытовых навыков. У пациентов оценивали двигательный, локомоторный и мануальный баллы до и после курса лечения.

Результаты. Пациенты обеих групп расширили двигательные возможности, но во второй группе число пациентов, увеличивших локомоторный и мануальный баллы достоверно выше. Во второй группе отмечен достоверный прирост среднего локомоторного и мануального баллов, чего не наблюдали у пациентов первой группы

Заключение. Эффективность реабилитационного процесса у пациентов второй группы связана со сменой направленности восстановительного лечения с восстановления активных движений на освоение конкретных бытовых функций.

Ключевые слова: двигательная реабилитация, травматическая болезнь спинного мозга, двигательный, локомоторный, мануальный балл.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Н. Г. Коновалова, доктор медицинских наук, адрес: 654055, Новокузнецк, Малая 7. телефон: +7 9609191898, konovalovang@yandex.ru

В. В. Ляховецкая, телефон: +7 9515790782; vera_101a@mail.ru

Е. Г. Дробышева, телефон: +7 9609286183 reabil-nk@yandex.ru

THE DEPENDANCE OF THE EFFICACY OF MOTOR REHABILITATION ON THE AIMES OF THE REHABILITATION PROCESS

Konvalova N.G., Lyachovetskaya V.V., Drobysheva E.G.

Federal Budgetary Institution “Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons in Novokuznetsk”, Ministry of Labour and Social Security of the Russian Federation
Novokuznetck, Russia

Abstract

Background. The task of motor rehabilitation is restoration of movements.

Aim. To compare the results of rehabilitation in patients with the traumatic disease of the spinal cord according to the aims of the rehabilitation process

Materials and methods. We examined 214 patients in the late period of the traumatic disease of the spinal cord with cervical lesions. One hundred and fifty seven of them (Group 1) received treatment aimed at restoring movements while 57 patients (Group 2) received treatment aimed at restoring everyday skills. We evaluated motor, locomotor and manual scores before and after the treatment.

Results. Patients in both groups improved their motor abilities but there were significantly more patients who improved their locomotor and manual scores in Group 2. We observed a significant increase in the average locomotor and manual scores in Group 2 which was absent in Group 1.

Conclusion. The efficacy of rehabilitation in patients in Group 2 was associated with the fact that the focus of rehabilitation was shifted from restoring active movements to learning specific everyday functions.

Key words: Motor rehabilitation, traumatic disease of the spinal cord, motor score, locomotor score, manual score.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Nina.G. Konvalova. Dr. Med., address: 654080 Novokuznetsk, Malaya, 7, phone number +7 9609191898, konovalovang@yandex.ru

Введение. Восстановление движений – важная составляющая восстановительного лечения пациентов с тяжелой патологией органов опоры и движения. Она предполагает регулярное выполнение физических упражнений, направленных на формирование постуральной и двигательной активности, увеличение силы и выносливости мышц, отвечающих за выполнение движений.

Но, понимая важность ежедневных занятий лечебной физической культурой, старательно занимаясь во время пребывания в реабилитационном центре, многие пациенты не используют полученные навыки в самообслуживании. В результате, за время самостоятельной жизни они не только не расширяют двигательные возможности, приобретенные в специализированных отделениях и центрах, но даже теряют их, прибывая на повторные курсы реабилитации с теми же двигательными возможностями, какие демонстрировали при предыдущем поступлении.

Подобная ситуация наблюдается у пациентов с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ). Если реабилитационный процесс направлен на восстановление двигательных функций, то во время пребывания в реабилитационном центре они занимаются со специалистами, осваивают некоторые движения на занятиях, но не используют их в быту. После выписки пациенты в силу разных причин не выполняют полученные рекомендации и теряют достигнутый за время пребывания в клинике результат.

Мы предположили, что смена направленности восстановительного лечения на социально-бытовую адаптацию пациентов с включением даже минимальных сформированных движений в полезную приспособительную деятельность будет способствовать сохранению и совершенствованию этих движений, повысив, таким образом, эффективность двигательной реабилитации.

Цель: сравнить результаты реабилитации пациентов в позднем периоде ТБСМ в зависимости от направленности реабилитационного процесса.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе отделения медико-социальной реабилитации, физиотерапии и лечебной физкультуры Новокузнецкого научно-практического центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов (ФГУ ННПЦ МСЭ и РИ). Анализировали результаты восстановительного лечения 214 пациентов с патологией спинного мозга на шейном уровне в позднем периоде заболевания, поступивших в отделение на курс реабилитации в 2016-2020 годы.

Критерии включения: поздний период травматической болезни спинного мозга, шейный уровень повреждения, информированное согласие на участие в исследовании; критерии исключения – наличие противопоказаний для занятий лечебной физкультурой (ЛФК), социально-бытовой адаптацией, отказ дать информированное согласие на участие в исследовании.

Информированное согласие пациентов на обработку персональных данных получено, исследование одобрено этическим комитетом ФГУ ННПЦ МСЭ и РИ (протокол № 5 от 30.05.2019 г.). Таким образом, проведенное исследование соответствует стандартам, изложенным в Хельсинской декларации Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека», и правилам клинической практики в Российской Федерации.

Реабилитационный процесс 157 пациентов (82% мужчин, 18% женщин), поступивших на курс реабилитации в 2016-2018 годы и составивших первую группу, был направлен на восстановление двигательных функций. Методисты и инструктора ЛФК занимались с этими людьми различными видами лечебной гимнастики.

Реабилитационный процесс 57 пациентов (85% мужчин, 15% женщин), поступивших на курс реабилитации в 2019-2020 годы и составивших вторую группу, был направлен на социально-бытовую адаптацию. С этими пациентами занимался специалист по социальной реабилитации, который при первичной диагностике совместно с врачом определял, какие позы и движения необходимо восстанавливать в первую очередь для освоения приемов самообслуживания, выполнения работы по дому. Задачи двигательной реабилитации оказывались вторичными и определялись потребностями социально-бытовой адаптации.

Любое освоенное движение пациент учился сразу применять для ухода за собой, работы по дому. Причем, если работу по дому пациент осваивал и тренировался выполнять в условиях залов социально-бытовой адаптации, то навыки самостоятельной еды, питья, груминга, одевания и обувания он начинал применять для ухода за собой уже во время пребывания в стационаре, освобождая от этого ухаживающих за ним лиц. При выписке пациентам рекомендовали использовать сформированные навыки для самообслуживания, работы по дому.

Группы практически не различались между собой по полу, возрасту. Во второй группе было больше пациентов с неврологическим дефицитом типа В и С, но не было с неврологическим дефицитом типа D (табл. 1.).

Таблица 1 - Распределение пациентов в группах по возрасту и типу неврологического дефицита.

Группа	Возраст, лет				Тип неврологического дефицита			
	До 30	30-40	40-50	Старше 50	А	В	С	Д
Первая, % (n = 157)	45,2	35,1	7,6	12,1	26,8	36, 3	20, 4	16,5
Вторая, % (n = 57)	37,1	40,7	11, 1	11,1	26,1	48, 8	25, 1	0

При поступлении и перед выпиской всем пациентам проводили клиническое неврологическое обследование с определением двигательного балла. Измеряли силу мышц, объем активных и пассивных движений в суставах конечностей, подсчитывали мануальный и локомоторный балл.

Сформированность социально-бытовых навыков у пациентов второй группы оценивали в баллах. Исследовали навыки: прием пищи, приготовление пищи, пользование бытовыми приборами, личная гигиена, одевание верхней и нижней частей тела, обувание, уборка помещения. При обработке результатов учитывали достижения в формировании каждого навыка, суммарный балл для каждого пациента и средний балл по группе.

Для оценки эффективности курса двигательной реабилитации наряду с результатами клинического обследования учитывали следующие интегральные характеристики: двигательный, локомоторный и мануальный баллы.

Определяли динамику этих баллов за время пребывания в клинике. Учитывали результаты каждого пациента и группы в целом. По динамике среднего балла в группе и количеству лиц, улучшивших свои функции на один балл и более, судили об успешности социально-бытовой адаптации группы.

Отдельно анализировали динамику показателей пациентов каждой группы в зависимости от выраженности неврологического дефицита.

Результаты обработаны методами описательной и вариационной статистики. Вычисления проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica (версия 10.0.1011.0 компании StatSoft, Inc США, лицензионное соглашение № SN AXAAR207P396130FA-0). Вычисляли среднее значение каждого показателя. Достоверность динамики показателей в группе определяли по критерию Вилкоксона, достоверность различий между группами – по критерию Манна-Уитни. Для определения достоверности различий между группами по числу лиц, изменивших свои показатели, пользовались дифференциальным тестом, вариант: различия между двумя пропорциями. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. При поступлении пациенты первой группы показали достоверно большие двигательные возможности, чем пациенты второй группы (табл.2). Имели место различия, как в мануальных, так и в локомоторных функциях.

Таблица 2 - Динамика двигательных возможностей пациентов.

Группа	Средний балл					
	Двигательный		Мануальный		Локомоторный	
	1	2	1	2	1	2
Первая, n=157	34,9	35,5*	8,6	8,7	4,5	4,7*
Вторая, n=57	24,7 ⁺	24,8 ⁺	7,2 ⁺	7,5* ⁺	2,2 ⁺	2,6* ⁺

Примечание: 1- результаты обследования при поступлении, 2 - результаты обследования при выписке; * помечены достоверные различия внутри группы, + - между группами.

Сформированность социально-бытовых навыков у пациентов второй группы варьировала от 148 баллов у пациентов с неврологическим дефицитом типа А до 90 баллов у пациентов с дефицитом типа С.

Во время пребывания в отделении пациенты посещали занятия, дисциплинированно выполняли задания. К концу курса восстановительного лечения все они в разной степени расширили свои двигательные возможности: увеличился объем пассивных и активных движений в суставах, возросла сила мышц, отдельные пациенты смогли активно управлять теми мышцами, которые раньше не поддавались произвольному контролю. Двигательный балл этих людей возрос.

Все обследованные стали лучше удерживать равновесие в положениях сидя и/или стоя, управлять движениями конечностей. У большинства изменения носили лишь количественный характер, но некоторые освоили новое качество выполнения локомоторных или мануальных функций, что привело к увеличению соответствующих баллов.

Рассмотрим динамику анализируемых показателей по группам.

В первой группе двигательный балл вырос у 13 человек (10%), из них у шести увеличение составило 1 балл, у пяти - 2 балла, по одному человеку увеличили двигательный балл на 4 и на 5. Локомоторный балл вырос у восемнадцати человек (14%), из них: у тринадцати – на 1 балл, у четверых – на 2 балла, у одного – на 3 балла. Мануальный балл повысили трое (4%): по одному человеку - на 1, на 4 и на 5 баллов.

Анализ средних величин показывает, что прирост локомоторного балла в этой группе соответствовал, а мануального несколько отставал от прироста двигательного балла (см. табл. 2).

Во второй группе двигательный балл вырос у пяти (9%): у четырех человек он увеличился на 1, у одного – на 5. Увеличение локомоторного балла наблюдали у шестнадцати человек (28%), из них: у двенадцати прирост составил 1, у пяти – 2 балла. Мануальный балл вырос у девяти человек (16%): на 1 балл – у пятерых, на 2 – у одного, на 3 – у двоих, на 5 баллов – у одного человека.

По числу лиц, увеличивших мануальный и локомоторный баллы, вторая группа обогнала первую с высокой достоверностью ($P < 0,005$). По числу лиц, увеличивших двигательный балл, разница между группами не достоверна.

Анализ средних величин показывает, что во второй группе прирост локомоторного и, особенно, мануального баллов опережал прирост двигательного балла (см. табл. 2).

Отдельного внимания заслуживает анализ динамики двигательного, мануального и локомоторного баллов в группах в зависимости от выраженности неврологического дефицита (табл. 3).

Таблица 3 - Динамика показателей в группах в зависимости от выраженности неврологического дефицита по шкале ASIA.

Тип нарушения по ASIA	Двигательный балл увеличили, %	Локомоторный балл увеличили, %	Мануальный балл увеличили, %
Первая группа, n = 157			
A, n=42	0	14,2	2,3
B, n=57	0	9,1	0
C, n=32	25,1	13,2	0
D, n=26	8,2	11,6	0
Вторая группа, n = 57			
A, n=15	7,3	12,9	27,1
B, n=28	11,1	32,4	6,8
C, n=14	6,9	14,1	21,2

Оказалось, что увеличение локомоторного балла у пациентов с неврологическим дефицитом типа А и С в обеих группах было примерно одинаковым, но пациенты второй группы с неврологическим дефицитом типа В восстанавливали локомоторные функции успешнее, чем пациенты первой группы. Восстановление мануальных навыков пациентов второй группы, независимо от типа неврологического дефицита шло более успешно, чем у пациентов первой. Но внутри группы положительная динамика более выражена у наиболее тяжелого (тип А) и наименее тяжелого (тип С) контингента.

Обсуждение. Наблюдали пациентов в позднем периоде ТБСМ, тем не менее, у восемнадцати человек отмечен регресс неврологической симптоматики, о чем свидетельствует увеличение двигательного балла. Какие процессы в организме могли привести к восстановлению произвольного управления работой мышц у этих пациентов?

Возможно, пациенты во время первичного обследования не умели произвольно напрягать мышцы, частично сохранившие центральную иннервацию и участвующие в двигательных актах в составе синергий. В

процессе занятий различными видами ЛФК пациенты освоили произвольное сокращение этих мышц и смогли выполнить движения, требуемые для оценки двигательного балла при повторном исследовании.

В первой группе количество пациентов, увеличивших локомоторный балл, превышает число тех, кто увеличил двигательный, а число увеличивших мануальный балл, наоборот отстает. Перемещение – функция, востребованная в условиях стационара. Поэтому любое расширение возможностей удержания позы, движений нижними конечностями оказывается востребованным и сразу применяется в жизни. На занятиях ЛФК пациенты обучаются включать в работу ранее неработавшие мышцы для решения прикладных задач и тут же используют полученные возможности, что приводит к опережающему росту локомоторного балла.

На занятиях по восстановлению движений верхней конечности нет такой конкретной привязки к выполнению бытовых или трудовых функций. Поэтому рост мануального балла отстает от двигательного.

Во второй группе прирост локомоторного и, особенно, мануального баллов опережает прирост двигательного, поскольку пациенты формируют движения, необходимые для выполнения функций, востребованных в быту, и тут же начинают использовать сформированные навыки. Причем формирование активных движений верхними конечностями наблюдается у пациентов с разным типом неврологического дефицита, особенно оно заметно у лиц с самым тяжелым дефицитом – тип А, поскольку исходно они практически ничего не умели, а в результате обучения смогли использовать остаточные возможности, которых оказалось не так мало; и у пациентов с менее выраженным дефицитом – тип С. В этой группе мы связываем прирост мануального балла с большим реабилитационным потенциалом, реализация которого обеспечивает расширение двигательных возможностей пациентов.

Заключение. Смена направленности восстановительного лечения с восстановления активных движений на освоение конкретных бытовых функций повышает эффективность реабилитационного процесса у пациентов с патологией позвоночника и спинного мозга на шейном уровне, тетрапарезом.

**Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.
The authors declare no conflict of interest.**

РАЗДЕЛ 2 СОЦИАЛЬНАЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ SECTION 2 SOCIAL, PSYCHOLOGICAL AND PROFESSIONAL REHABILITATION AND ABILITATION OF DISABLED

УДК 364.041

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ИНВАЛИДОВ В СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ/АБИЛИТАЦИИ

Рогачева Т.В.

ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов»
Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. В статье перечислены основные проблемы реабилитационной диагностики, которые автор раскрывает, исходя из основных функций.

Цель. Анализ основных проблем реабилитационной диагностики.

Материалы и методы. Обзорный характер статьи.

Результаты. В реабилитации диагностика осуществляется для достижения реабилитационных целей, т.е. ориентирована на то, чтобы на основе анализа и интерпретации ее результатов получить новую информацию об объектах реабилитационного процесса, другими словами, ориентирована на постановку реабилитационного диагноза. Реабилитационная диагностика ориентирована не на всестороннее изучение ситуации клиента, а только на те особенности и показатели, которые в рамках МКФ оцениваются как индикаторы проблемы клиента. Основным отличием реабилитационной диагностики от других вариантов выступает необходимость определения результативности процесса, поэтому процедуры при реабилитационной диагностике осуществляются на «входе» в процесс, т.е. в начале, в течении реабилитационного процесса и в конце, на «выходе» (это может быть окончание пребывания в конкретном реабилитационном учреждении, завершение определенного этапа реабилитации, компенсация или восстановление утраченных функций).

Заключение. Таким образом, можно констатировать, что в реабилитации диагностика осуществляется для достижения реабилитационных целей, т.е. ориентирована на то, чтобы на основе анализа и

интерпретации ее результатов получить новую информацию об объектах реабилитационного процесса, другими словами, ориентирована на постановку реабилитационного диагноза. Реабилитационная диагностика ориентирована не на всестороннее изучение ситуации клиента, а только на те особенности и показатели, которые в рамках МКФ оцениваются как индикаторы проблемы клиента. Основным отличием реабилитационной диагностики от других вариантов выступает необходимость определения результативности процесса, поэтому процедуры при реабилитационной диагностике осуществляются на «входе» в процесс, т.е. в начале, в течении реабилитационного процесса и в конце, на «выходе» (это может быть окончание пребывания в конкретном реабилитационном учреждении, завершение определенного этапа реабилитации, компенсация или восстановление утраченных функций).

Ключевые слова: МКФ, реабилитационная диагностика.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Рогачева Т.В. доктор психологических наук, заведующий отделением реабилитационной диагностики и мониторинга.

PROBLEMS OF DIAGNOSTICS OF DISABLED PEOPLE IN SOCIAL REHABILITATION/HABILITATION

Rogacheva T.V.

Regional Center for the Rehabilitation of Disabled Persons, Ekaterinburg
Yekaterinburg, Russia

Abstract

Background. The article lists the main problems of rehabilitation diagnostics, which the author reveals based on main functions.

Aim. Analysis of the main problems of rehabilitation.

Materials and methods. The article is of an overview nature.

Results. In rehabilitation, diagnosis is carried out to achieve rehabilitation goals, i.e. it is focused on getting new information about the objects of the rehabilitation process based on the analysis and interpretation of its results, in other words, it is focused on making a rehabilitation diagnosis. Rehabilitation diagnostics is not focused on a comprehensive study of the client's situation, but only on those features and indicators that are evaluated as indicators of the client's problem within the ICF. The main difference between rehabilitation diagnostics and other options is the need to determine the effectiveness of the process, so the procedures for rehabilitation diagnostics are carried out at the "entrance" to the process, i.e. at the beginning, during the rehabilitation process and at the end, at the "exit" (this may be the end of the stay in a specific rehabilitation institution, the completion of a certain stage of rehabilitation, compensation or restoration of lost functions).

Conclusion. In rehabilitation, diagnosis is carried out to achieve rehabilitation goals, i.e. it is focused on getting new information about the objects of the rehabilitation process based on the analysis and interpretation of its results, in other words, it is focused on making a rehabilitation diagnosis. Rehabilitation diagnostics is not focused on a comprehensive study of the client's situation, but only on those features and indicators that are evaluated as indicators of the client's problem within the ICF. The main difference between rehabilitation diagnostics and other options is the need to determine the effectiveness of the process, so the procedures for rehabilitation diagnostics are carried out at the "entrance" to the process, i.e. at the beginning, during the rehabilitation process and at the end, at the "exit" (this may be the end of the stay in a specific rehabilitation institution, the completion of a certain stage of rehabilitation, compensation or restoration of lost functions).

Key words: ICF, rehabilitation diagnostics.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Rogacheva T.V. doctor of psychological Sciences, head of the Department of rehabilitation diagnostics and monitoring

Введение. Официально понятие «реабилитация» было применено в медицине в 1946 г. На первом Конгрессе по реабилитации больных туберкулезом в США Курт Винтер предложил следующее определение: «Реабилитация — это целенаправленная деятельность коллектива в медицинском, педагогическом, социальном и экономическом аспектах с целью сохранения, восстановления и укрепления способностей человека принимать активное участие в социальной жизни» [11,15]. В Справочнике по реабилитации описана история становления понятия «реабилитация». Так, уже на первом заседании Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения по реабилитации в 1958 году понятие «реабилитация» представлено как процесс, целью которого является профилактика по предупреждению инвалидности в период лечения заболевания и помощь больным в достижении максимальной физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности, на которую они будут способны в рамках соответствующего

заболевания. В 1966 г. XIX Ассамблея ВОЗ приняла резолюцию о реабилитации. В данном документе указывалось на роль реабилитации как процесса в уменьшении физических, психических и социальных последствий заболеваний; обращалось внимание на необходимость развития реабилитационных служб. Сущность реабилитации определялась следующей формулировкой: «Реабилитация является восстановлением здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими способностями для достижения максимальной физической, психической, социальной и профессиональной полноценности». Организация Объединенных Наций разработала специальную программу реабилитации, которая проводится ВОЗ, Международной организацией труда, ЮНЕСКО и Детским фондом ООН – ЮНИСЕФ. Более того, это должно было быть комбинируемым и координируемым использованием медицинских, социальных, просветительных и профессиональных мер с целью обучения или переучивания инвалидов для достижения ими наиболее высокого уровня функциональных возможностей. Динамическая же система взаимосвязанных аспектов реабилитации (клинического, физического, психологического, трудового) должна быть направлена на достижение конечной цели — восстановление статуса личности. Понятие «реабилитация» приобрело всемирное признание, следствием чего стало образование в 1960 г. международной организации реабилитации инвалидов, охватившей около 60 стран [6,11]. Интересна сама трактовка понятия «реабилитация». Так, в странах, говорящих на французском языке, предпочитали использовать понятие «реадаптация», т. е. восстановление приспособляемости; в Дании и Швеции — «нормализация»: понятие, сближающееся с термином «абилитация», используемым в отношении пациентов, имеющих дефект с детства. Вместе с тем лингвистическая семантика этого понятия и его происхождение ни у кого не вызывали сомнения, и оно рассматривалось как *rehabilitatio* — восстановление способностей (от латинского *re* — возобновление, повторность действия, *habilis* — способность) [3, 36]. Таким образом, реабилитационная диагностика выступает как своеобразное предписание, алгоритм, норма фиксации содержания и последовательности определенных видов деятельности в реабилитационном процессе, с одной стороны. С другой стороны – это описание фактически выполненной деятельности. Реабилитационную диагностику можно определить как взаимодействие (систему действий) участников реабилитационного процесса (и субъектов и объектов реабилитационной диагностики), необходимых для определения реабилитационного диагноза на «входе», разработки реабилитационного маршрута в конкретной реабилитационной организации, получения результатов (промежуточных и итоговых) осуществления процесса и их соответствия стандарту оказания реабилитационных услуг. Поэтому под реабилитационной диагностикой мы понимаем системообразующий компонент реабилитационного процесса, целью которого выступает получение информации о состоянии наблюдаемого (инвалида, в т.ч. ребенка-инвалида) с помощью комплексных процедур (клинического, психодиагностического и др. инструментариев) для определения результативности этого процесса. Исходя из определения реабилитационной диагностики, можно выделить ее функции:

1. Аналитическая (выявляет причинно-следственные связи в реабилитационном процессе между условиями и результатами реабилитации/абилитации).
2. Информационная (нацелена на постоянное информирование участников реабилитационного процесса о позитивных результатах).
3. Контролирующая (позволяет осуществлять мониторинг соответствия проводимых реабилитационных мероприятий стандартам).
4. Оценочная (в основании реабилитационной диагностики лежит общенаучная методология, психологические теории и диагностический инструментарий, позволяющий достаточно адекватно оценить такие показатели, как нарушения структур и функций организма, уровень активности и участия клиента, состояние контекстных факторов и факторов окружающей среды).
5. Измерительная (под измерением в современной науке понимается когнитивный процесс установления отношения выраженности измеряемой величины к единице измерения этой величины [10, 356]. В данном определении можно выделить три важных момента. Первое – измерение представляет собой когнитивный процесс, т.е. всегда выявляет новую информацию. Второе – суть измерения состоит в установлении отношения, поэтому измерение всегда связано с расчетными операциями. Третье – обязательное наличие единицы измерения, т.е. определенной фиксированной величины. Именно наличие такого конструкта позволяет надежно и валидно измерять необходимую информацию).
6. Корректирующая (направлена на исправление действий, которые оказывают негативное воздействие на реабилитационный маршрут. Например, слишком интенсивные занятия адаптивной физической культурой или малый объем спланированных и оказываемых реабилитационных услуг).
7. Ориентировочная (это ориентация всех специалистов, оказывающих реабилитационные услуги в организации, на решение реабилитационной цели и тех задач, которые поставлены реабилитационным

отделениям для профилактики негативных последствий реабилитации/абилитации и определения новых целей).

8. Развивающая (комплексный подход к выбору диагностического инструментария и необходимость участия специалистов разных направлений реабилитации (мультидисциплинарной бригады) позволяет осуществлять профессиональный рост всем специалистам, участвующим в процедурах реабилитационной диагностики).

9. Функция обратной связи (позволяет получать информацию о качестве оказанных реабилитационных услуг как в реабилитационном процессе, так и после него в конкретной реабилитационной организации, т.е. на «выходе»).

10. Интегрирующая (дает возможности для межведомственного взаимодействия, т.к. окончание реабилитации/абилитации в конкретной реабилитационной организации не является концом всего процесса, а имеет возможности передачи информации как внутри определенного направления реабилитации – «по вертикали», т.е. от одного уровня до самого высокого, так и между различными ведомствами, оказывающими реабилитационные услуги, т.е. «по горизонтали», например, в форме телеконсультаций между учреждением здравоохранения и организацией социальной сферы).

11. Прогнозирующая (позволяет определить реабилитационный прогноз).

Цель. Анализ основных проблем реабилитационной диагностики.

Материалы и методы. Обзорный характер статьи.

Результаты исследования. Таким образом, проведение реабилитационной диагностики в реабилитационной организации содержит два основных аспекта: диагностику нарушений и способы диагностирования. Первый аспект ориентирует на содержание следующих структурных компонентов реабилитационного процесса: цели реабилитации и задачи реабилитации (т.е. содержания реабилитационного процесса для каждого реабилитационного отделения). Второй аспект – «как и чем (какими инструментами) диагностировать» – определяет содержание следующих структурных компонентов реабилитационного процесса: видов диагностики; методов, способов и форм диагностики; средств диагностики; субъектов диагностики; объектов диагностики. Исходя из вышеперечисленных функций реабилитационной диагностики, можно выделить следующие проблемы. Во-первых, при определении статуса инвалида на «входе» в реабилитационную организацию зачастую специалисты мультидисциплинарной бригады сталкиваются с проблемой недообследованности получателя социальных услуг. Данная проблема связана с ухудшением медицинской помощи и необходимостью дополнительной диагностики нарушений структур и функций организма, на что зачастую не хватает времени. Во-вторых, при разработке оптимального как для инвалида, так и для реабилитационной организации оптимального реабилитационного маршрута возникают противоречия между потребностями клиента и возможностями организации. Так, многие получатели социальных услуг надеются на медицинские услуги (внутривенные инъекции, диагностику и лечение сопутствующих заболеваний и пр.), которых практически нет в учреждениях, подведомственных Министерству социальной политики. Достаточно часто клиенты стараются диктовать условия специалистам при назначении услуг («я буду ходить на массаж и в бассейн, остальное мне не надо» и т.п.). В-третьих, сама процедура реабилитационной диагностики не отработана. Как указывает О.С.Андреева, «экспертно-реабилитационная диагностика, построенная с учетом МКФ, схематично должна включать: клинко-функциональную диагностику; социальную диагностику, в т.ч. оценку активности и участия, а также факторов окружающей среды; психологическую диагностику; оценку ограничений жизнедеятельности; оценку реабилитационного потенциала; определение потребности инвалида в мерах реабилитации и формирование ИПР» [1,10-11]. В-четвертых, остается непроясненным вопрос подсчета результатов реабилитации. Так, в МКФ предложена единая шкала, в которой «в зависимости от составляющей, наличие проблемы может означать нарушение, ограничение или ограничение возможности, препятствие» [7,198-199]. В данном документе предлагается следующий подсчет результативности: на «входе» выставляются баллы от 0 до 9 (0 – нет проблем (0-4%); 1 – легкие проблемы (5 -24%), 2 – умеренные проблемы (25 – 49%), 3 – тяжелые проблемы (50 – 95%), 4 - абсолютные проблемы (96 – 100%), 8 – не определено, 9 - не применимо). С точки зрения современной статистики предложенная шкала - порядковая, по которой невозможно проводить статистическую обработку с помощью среднего арифметического. Кроме того, встречающийся показатель «0» приводит к тому, что деление на 0 интерпретируется как отсутствие нарушений. А интервальная шкала в данном случае не применима, т.к. интервалы, предлагаемые МКФ, неравные. Для порядковой шкалы допустимо использование знаковых критериев. Для статистического доказательства изменения состояния клиента можно использовать Т-критерий Уилкоксона. Проблема заключается в том, что, в связи с коротким периодом реабилитации, сдвиги целевых показателей слишком малы, а сам критерий недостаточно чувствителен, чтобы констатировать статистически значимый сдвиг. Кроме того, строго говоря, применение статистических критериев не является валидным в случае сравнения

различных показателей «до» и «после» («качество сна», «болевого синдром» и так далее). Для статистической сравнимости необходимо наличие одного и того же показателя на выборке «до» и «после». В-пятых, не решен вопрос об оценке результативности реабилитационного процесса, который признается многими исследователями одним из самых сложных в теоретическом обосновании процесса реабилитации и абилитации. Так, В.Б. Смычек пишет, что «единых подходов к оценке эффективности реабилитации сегодня не существует» [9, 310]. Английские ученые Б.И.Беккер, М.А.Хьюзлид и Д.Ульрих, описывая процесс измерения результативности работы учреждения, подчеркивают, что «потенциальные результаты оценивать сложно, из-за того, что: 1. Они, скорее всего, будут иметь место в будущем; 2. Как уровень результатов, так и вероятность их получения сопряжены с высокой степенью неопределенности. Поэтому успех зависит от качества экспертной оценки» [2, 127]. Стоит отметить, что критерии оценивания результативности (эффективности) реабилитации в медицине и в социальной сфере отличаются друг от друга. Поэтому можно выделить два подхода к оцениванию результативности, которые условно обозначены нами как медицинский и социальный. В русле медицинского подхода авторы предлагают в качестве основного критерия оценки результативности реабилитации показатель «выздоровление». Наиболее полно данный подход представлен в работе А.Н. Ильницкого [4], который выдвигает пять основных показателей течения хронического заболевания, которые классифицируются следующим образом: 1. По характеристике обострений заболевания. 2. По характеристике временной нетрудоспособности. 3. По числу обращений в поликлинику в период между обострениями заболевания. 4. По характеристике последствий заболевания (по функциональным классам). 5. По формированию инвалидности. Представители социального подхода к оценке результативности реабилитационного процесса в основе ставят другие критерии. В.Б.Смычек справедливо отмечает, что «желательно иметь какую-то единую, обобщенную оценку состояния клиента до и после реабилитации» [9, 311] и предлагает следующие требования, которым должны отвечать критерии результативности реабилитации: 1. Универсальность (как возможность использования при разных заболеваниях и в работе разных отделений реабилитации). Можно добавить, и разных учреждений разной ведомственной подчиненности. 2. Унификация способов оценки разных сторон реабилитации (функционального, бытового и социального восстановления). 3. Возможность сравнения данных до и после реабилитации. 4. Возможность цифрового выражения оценок. 5. Простота и доступность оценок, опыт их использования в различных практиках (клинической, социальной и пр.) Л.Н.Клячкин и А.М.Щегольков [5, 224] предлагают оценивать результат реабилитации по трем критериям: - субъективной самооценки клиента; - оценки результата реабилитации по сопоставлению его с объективными параметрами исходного состояния клиента; - сопоставления достигнутого результата с прогнозируемым, т.е. с целью реабилитации. Таким образом, оценивание результативности, с точки зрения данных авторов, представляет собой своеобразную шкалу от категории «выздоровление» до категории «ухудшение» [5, 276]. Л.В. Топчий предлагает комплексный подход, основанный на квалиметрии как науке об измерении и оценке качества, методологическими основаниями которой выступают оценка эффективности (результативности) практической деятельности в социальной работе. В качестве критериев и показателей результативности данный автор предлагает уровни: 1 уровень измерения результативности – уровень организации, когда учитываются как количественные (количество документов, количество проведенных мероприятий, обслуженных клиентов и пр.), так и качественные показатели (организационная структура организации, оптимальность, достаточность и сбалансированность, целесообразность и комплексность проводимых мероприятий и пр.). 2 уровень измерения результативности – изменение качеств клиентов (их знаний, умений, навыков, информированности, мотивации, поведения, рост социальной активности и пр.) [8,12-16].

Заключение. Таким образом, можно констатировать, что в реабилитации диагностика осуществляется для достижения реабилитационных целей, т.е. ориентирована на то, чтобы на основе анализа и интерпретации ее результатов получить новую информацию об объектах реабилитационного процесса, другими словами, ориентирована на постановку реабилитационного диагноза. Реабилитационная диагностика ориентирована не на всестороннее изучение ситуации клиента, а только на те особенности и показатели, которые в рамках МКФ оцениваются как индикаторы проблемы клиента. Основным отличием реабилитационной диагностики от других вариантов выступает необходимость определения результативности процесса, поэтому процедуры при реабилитационной диагностике осуществляются на «входе» в процесс, т.е. в начале, в течении реабилитационного процесса и в конце, на «выходе» (это может быть окончание пребывания в конкретном реабилитационном учреждении, завершение определенного этапа реабилитации, компенсация или восстановление утраченных функций).

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Андреева О.С. Пути совершенствования социальной экспертно-реабилитационной диагностики с учетом основных положений МКФ и Конвенции о правах инвалидов // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2011. №2. С. 10- 19. Andreyeva O.S. Puti sovershenstvovaniya sotsialnoy ekspertno-reabilitatsionnoy diagnostiki s uchetom osnovnykh polozheniy MKF i Konventsii o pravakh invalidov // Mediko-sotsialnyye problemy invalidnosti. 2011. №2. P. 10- 19
2. Беккер Б.И., Хьюзлид М.А., Ульрих Д. Измерение результативности работы HR-департамента. М.: ООО «И.Д.Вильямс», 2007. 304 с. Bekker B.I. Khyuzlid M.A.. Ulrikh D. Izmereniye rezultativnosti raboty HR-departamenta. M.: ООО «I.D.Viliams». 2007. 304 p
3. Зак Г.Г. Исторический анализ сущности понятия «реабилитация» в системе специального образования // Специальное образование. 2012. №3. С.30-38. Zak G.G. Istoricheskiy analiz sushchnosti ponyatiya «reabilitatsiya» v sisteme spetsialnogo obrazovaniya // Spetsialnoye obrazovaniye. 2012. №3. P. 30-38
4. Ильницкий А.Н. Критерии эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: 14.00.33. Минск, 2000. 20 с. Pnitskiy A.N. Kriterii effektivnosti meditsinskoy reabilitatsii bolnykh v ambulatorno-poliklinicheskikh usloviyakh: avtoreferat dis. ... kandidata meditsinskikh nauk: 14.00.33. Minsk. 2000. 20 p.
5. Клячкин Л.Н., Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов. М.: Медицина, 2000. 328 с. Klyachkin L.N.. Shchegolkov A.M. Meditsinskaya reabilitatsiya bolnykh s zabolevaniyami vnutrennikh organov. M.: Meditsina. 2000. 328 p.
6. Леонкин В. Справочник по реабилитации после заболеваний. М.: ЭКСМО, 2008. 704 с. Leonkin V. Spravochnik po reabilitatsii posle zaobolevaniy. M.: EKSMO. 2008. 704 p.
7. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. СПб.: Человек, 2017. 262 с. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya funktsionirovaniya. ogranicheniy zhiznedeyatelnosti i zdorovia. SPb.: Chelovek. 2017. 262 p
8. Топчий Л.В. Социальное обслуживание населения: ценности, теория, практика. М.: РГСУ, 2011. 320 с. Topchiy L.V. Sotsialnoye obsluzhivaniye naseleniya: tsennosti. teoriya. praktika. M.: RGSU. 2011. 320 p.
9. Смычек В.Б. Реабилитация больных и инвалидов. М.: Медицинская литература, 2009. 560 с. Smychek V.V. Reabilitatsiya bolnykh i invalidov. M.: Meditsinskaya literatura. 2009. 560 p
10. Michell J. Quantitative science and definition of measurement in psychology // British journal of Psychology. 1997. № 68. P. 355-383.
11. Winter K. Die Bedeutung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen für Sterblichkeit, Arbeitsunfähigkeit und Invalidität. - Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1962. 124 s.

УДК 616-08-039.71

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ХАНТЫ-МАНСКИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА–ЮГРЫ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, ПОЖИЛЫМИ ГРАЖДАНАМИ И ИНВАЛИДАМИ СТАРШЕ 18 ЛЕТ, С ЧАСТИЧНОЙ ИЛИ ПОЛНОЙ УТРАТОЙ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ ТРАВМЫ

Иосифова Э.К., Валиуллина Л.А., Шматова С.А.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа–Югры «Ресурсный центр развития социального обслуживания»

Сургут, Россия

Аннотация

Введение. В статье представлен статистический анализ потребности целевых групп инвалидов в реабилитационных мероприятиях, в том числе детей-инвалидов в зависимости от ограничений функций жизнедеятельности организма в разрезе муниципальных образований Ханты-Мансийского автономного округа – Югры и дан обзор реабилитационных программ с детьми с ограниченными возможностями здоровья, пожилыми гражданами и инвалидами старше 18 лет, с частичной или полной утратой возможностей функций организма вследствие заболеваний или травмы, систематизированные по ограничениям функций организма в соответствии с Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), которые реализуются в учреждениях социального обслуживания населения Ханты-Мансийского автономного округа–Югры.

Цель. Повышение качества жизни и социальной активности, интеграция в социум детей с ограниченными возможностями здоровья, пожилых граждан и инвалидов старше 18 лет, с частичной или полной утратой возможностей функций организма вследствие заболевания или травмы.

Материалы и методы. Для решения вопросов и определения плана мероприятий по внедрению системы комплексной реабилитации в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, специалистами Ресурсного центра развития социального обслуживания проведен статистический анализ потребности целевых групп инвалидов в реабилитационных мероприятиях в том числе детей-инвалидов в зависимости от ограничений функций жизнедеятельности организма в разрезе муниципальных образований Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Результаты. Оценка результативности социальной реабилитации проводится по методике определения эффективности программы социальной реабилитации пожилого, инвалида, ребенка с ограниченными возможностями здоровья, разработанной БУ «Ресурсный центр развития социального обслуживания» и включает в себя первичную диагностику получателя социальных услуг; составление плана реабилитации и оценку выраженности достигнутых результатов реабилитируемого.

Результаты первичной оценки служат основанием для формирования индивидуального плана реабилитации гражданина (ИПР), а достигнутые результаты реабилитации определяют эффективность мероприятий социальной реабилитации.

Диагностика гражданина осуществляется специалистами, включенными в процесс социальной реабилитации по решению консилиума.

Оценка выраженности ограничений реабилитируемого осуществляется на основе показателей функциональных нарушений, которые оцениваются с помощью шкал, разработанных на основе МКФ [1] и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы.

Оценка эффективности мероприятий социальной реабилитации производится на основе анализа изменения показателей ограничений реабилитируемого и сравнении первичной диагностики выраженности ограничений с достигнутым результатом социальной реабилитации. Сравнение начальной и конечной выраженности ограничений, а также показатель оценки достижения цели по категориям ограничений определяет эффективность и результат реабилитационных мероприятий.

Заключение о динамике основных функций жизнедеятельности реабилитируемого и эффективности проведения социальной реабилитации оформляется на основании оценки цели достижения реабилитации, выводов и рекомендаций специалистов.

Заключение. В учреждениях социального обслуживания Ханты-Мансийского автономного округа–Югры осуществляется комплексная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья, пожилых и инвалидов старше 18 лет, с частичной или полной утратой возможностей функций организма вследствие заболевания или травмы в соответствии с унифицированной моделью реабилитационной работы и реализуются единые унифицированные реабилитационные методики и программы, направленные на реабилитацию данной целевой категории получателей услуг в зависимости от функций ограничения в соответствии с международной классификацией функционирования, результатами реализации которых является оценка достижения цели реабилитации.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, пожилые граждане, инвалиды, реабилитация, утраченные функции организма, социально-медицинская реабилитация.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Иосифова Элевтерия Константиновна, канд.мед.наук, 628418 г. Сургут, Ханты-Мансийского автономного округа–Югры, ул. Лермонтова, д.3/1 тел.: 89227845583, e-mail: iosifova.e.k@gmail.com

Валиуллина Лайсан Ахматовна, к.экон.н., 628418 г. Сургут, Ханты-Мансийского автономного округа–Югры, ул. Лермонтова, д.3/1 тел.: 89120881005, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3132-9389>; eLibrary SPIN: 9126-1810; e-mail ValiullinaLA@admhmao.ru

Шматова Светлана Анатольевна, 628418 г. Сургут, Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, ул. Лермонтова, д.3/1, тел.:89028173004, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9439-4279>; eLibrary SPIN: 6737-0142; e-mail: shma-svetlana@yandex.ru

REHABILITATION PROGRAMMES OF SOCIAL SERVICE INSTITUTION OF KHANTY-MANSI AUTONOMOUS AREA – YUGRA FOR CHILDREN WITH DISABILITIES, SENIOR CITIZENS AND DISABLED PEOPLE OVER 18 YEARS, WITH PARTIAL OR COMPLETE LOSS OF BODY FUNCTIONS DUE TO ILLNESS OR INJURY

Iosifova E.K., Valiullina L.A., Shmatova S.A.

State institution of Khanty-Mansi autonomous area – Yugra

“Resource centre of social service development”

Surgut, Russia

Abstract

Introduction. The article presents a statistical analysis of needs of target groups of disabled persons in rehabilitation activities, including children with disabilities, depending on the restrictions of bodily functions in the

context of municipal formations of Khanty-Mansi Autonomous area – Yugra and an overview of rehabilitation programs with children with disabilities, senior citizens and persons with disabilities 18 years and older with partial or complete loss of body functions due to disease or injury, categorized by the limitations of the body functions in accordance with the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), which are implemented in establishments of social service of population in Khanty-Mansi Autonomous area – Yugra.

Aim. The main aim of implementing these programmes and methods is to improve quality of life and social activity, integrate children with disabilities, senior citizens and disabled people over 18 years with partial or complete loss of the body functions due to illness or injury.

Materials and methods. To solve problems and define the plan for implementation of a complex rehabilitation system in Khanty-Mansi Autonomous area – Yugra specialists of Resource Centre of Social Service Development carry out statistical study of needs of target groups of people with disabilities in rehabilitation measures, including children with disabilities, depending on the limitations of vital functions of the body in the context of municipal units of Khanty-Mansi Autonomous area – Yugra.

Results. Evaluation of the efficiency of social rehabilitation is carried out according to the method of effectiveness definition of programs of social rehabilitation of senior person, disabled, child with disabilities, developed by Resource centre of social service development and includes the primary diagnosis of the recipient of social services, working out of an individual rehabilitation plan and assessment of the results achieved by a person under rehabilitation.

The results of the initial assessment are the basis for the formation of an individual rehabilitation plan of the citizen (IRP) and the achieved results of rehabilitation define the effectiveness of activities of social rehabilitation with subsequent determination of the conducting of the recipient of social services.

Diagnostics of the citizen is carried out by specialists involved in the process of social rehabilitation by decision of the council.

The evaluating of the severity of limitations of the person under rehabilitation is carried out on the basis of indicators of functional disorders that are evaluated with the help of scales developed on the basis of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and criteria used in the implementation of medical and social examination.

Evaluation of the effectiveness of activities of social rehabilitation is based on the analysis of changes of indicators of restrictions of the person under rehabilitation and comparison of the primary diagnosis of the severity of limitations with the result achieved in the course of social rehabilitation. Comparison of initial and final severity of the restrictions, and the indicator to the goal achievement in terms of categories of limitations determine the effectiveness and outcome of rehabilitation work.

The conclusion on dynamics of main vital functions of the person under rehabilitation and the effectiveness of social rehabilitation is drawn up on the basis of the assessment of the goal achievement of the rehabilitation, conclusions and recommendations of specialists.

Conclusion. In the institutions of social services of Khanty-Mansi Autonomous Area – Yugra, complex rehabilitation of children with disabilities, senior citizens and disabled people over 18 years with partial or complete loss of the body functions due to illness or injury is carried out according to the unified model of rehabilitation work. Unified rehabilitation methods and programs aimed at the rehabilitation of this target category of recipients of services depending on the functions of limitations according to the International Classification of Functioning are realized, the result of the implementation of which is the assessment of the goal achievement of rehabilitation.

Key words: *children with disabilities, senior citizens, disabled people, rehabilitation, lost body functions, social and medical rehabilitation.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Iosifova Eleutheria Konstantinovna, candidate of medical science, Surgut, Khanty-Mansi Autonomous area – Ugra, Lermontov St. 3/1, tel.: 89227845583, e-mail: iosifova.e.k@gmail.com

Valiullina Laysan Akhmatovna, candidate of economic science) (Surgut, Khanty-Mansi Autonomous area –Ugra, 3/1 Lermontov St.); tel.: 89120881005, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3132-9389>; eLibrary SPIN: 9126-1810; e-mail ValiullinaLA@admhmao.ru

Shmatova Svetlana Anatolyevna, Surgut, Khanty-Mansi Autonomous area –Ugra, Lermontov St. 3/1, tel.:89028173004, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9439-4279>; eLibrary SPIN: 6737-0142; tel.:89028173004, e-mail: shma-svetlana@yandex.ru

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) численность людей с инвалидностью возрастает в связи со старением населения и увеличением числа людей, страдающих хроническими заболеваниями, напрямую связанными с инвалидностью: диабетом, сердечно-сосудистыми

болезнями, ментальными расстройствами и др. Людей преклонного возраста из года в год становится все больше. Согласно статистическим данным ООН, число людей старше 60 лет в 1950 году составляло 214 млн человек, в 1975 году и до конца 20 века — 350 млн человек, а в 2025 году, по прогнозам, вырастет до 1 млрд человек. Несмотря на рост продолжительности жизни старшего поколения, качество жизни снижается: организм изнашивается, подвергается заболеваниям опорно-двигательной системы, сердечно-сосудистым патологиям, болезням крови. В результате человек пожилого возраста может потерять способность трудиться и самостоятельно себя обслуживать. Старые люди становятся беззащитными перед жизненными обстоятельствами, поэтому более других нуждаются в реабилитации[2]. В связи с этим проблема реабилитации пожилых лиц становится все более острой.

Наряду с ростом общего числа инвалидов старшего поколения, наблюдается рост детской инвалидности, который характеризуется следующими статистическими данными: в начале 2017 года количество детей-инвалидов в России составляло около 625 тыс., а уже в 2019 году эта цифра возросла на 26 тыс. человек.

В связи с этим значительно изменилась политика государства в отношении данных слоев населения и больше внимания стали уделять разработке методик и программ восстановления, позволяющих проводить эффективную реабилитацию людей с травмами и заболеваниями (включая врожденные) в максимально короткие сроки.

Ограничение функций жизнедеятельности человека приводят к тому, что чувствам и качеству его жизни наносится огромный урон, и это приводит к серьезному кризису как для него самого, так и для членов его семьи. Снижение функциональных навыков может произойти в результате заболевания или физической травмы в любом возрасте и может быть временной, постоянной, частичной или полной.

Дети с ограниченными возможностями здоровья, пожилые и инвалиды, с полностью или частично утраченными возможностями функций организма остро нуждаются в восстановлении. Восстановить возможности человека и максимально расширить рамки этих возможностей для оптимального приспособления к условиям жизни можно с помощью специально организованной работы – реабилитации.

Для организации системной и целенаправленной реабилитационной работы в учреждениях социального обслуживания Ханты-Мансийского автономного округа – Югры реализуются реабилитационные программы и методики для работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья, пожилыми гражданами и инвалидами старше 18 лет, с частичной или полной утратой возможностей функций организма вследствие заболевания или травмы, направленные на максимальное восстановление утраченных функций.

Цель. Основная цель реализации данных программ и методик – повышение качества жизни и социальной активности, интеграция в социум детей с ограниченными возможностями здоровья, пожилых граждан и инвалидов старше 18 лет, с частичной или полной утратой возможностей функций организма вследствие заболевания или травмы.

Материалы и методы. Для решения вопросов и определения плана мероприятий по внедрению системы комплексной реабилитации в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, специалистами Ресурсного центра развития социального обслуживания проведен статистический анализ потребности целевых групп инвалидов в реабилитационных мероприятиях, в том числе детей-инвалидов в зависимости от ограничений функций жизнедеятельности организма в разрезе муниципальных образований Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Результаты мониторинга систематизированы, обобщены и проанализированы в разрезе 21 муниципального образования на основании данных, представленных 15 управлениями социальной защиты населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

По представленным данным установлено, что в автономном округе социальные услуги по реабилитации предоставляют 39 учреждений социального обслуживания (с учетом филиала в другом муниципальном образовании), что составляет 75 % от общего числа учреждений (52 учреждения).

Больше всего учреждений социального обслуживания, оказывающих услуги по социальной реабилитации инвалидам, находятся на территориях г. Нижневартовска, Сургута (по 4 учр.), Сургутского и Советского районов (по 3 учр.), на остальных территориях – по 2 и 1 учреждениям. Услуги социальной реабилитации предоставляются 6015 получателям социальных услуг из числа инвалидов, в том числе, детей-инвалидов, обратившихся в выше указанные учреждения, что принято за 100 %.

В ходе анализа возрастного диапазона получателей социальных услуг отмечено, что более половины граждан (57,1 %) входит в возрастную группу от 0 до 18 лет; ниже показатели составляют граждане в возрасте от 18 до 60 лет (19,0 %) и старше 60 лет (23,9 %).

В таблице 1 представлено распределение целевых групп инвалидов, в том числе детей с ОВЗ, по возрастным показателям в зависимости от функций ограничений в соответствии с Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [1]. Наибольшее количество инвалидов отмечено в возрасте от 0 до 18 лет с ограничением умственных функций, что

составляет 25,3 % от общего количества данной категории; чуть ниже показатели – с ограничением двигательной функции в возрасте:

- от 0 до 18 лет – 13,9 % от общего количества данной категории;
- старше 60 лет – 12,3 % от общего количества данной категории;
- от 18 до 60 лет – 9,1 % от общего количества данной категории.

Наименьшее количество инвалидов имеют ограничения сенсорных функций и функций речи (от 0,1 % до 0,2 %) и выделительных функций всех возрастов данных категорий (от 0,2 % до 0,6 %).

Таблица 1 - Распределение целевых групп инвалидов, в том числе детей-инвалидов по возрастным показателям в разрезе ограничений функций организма в соответствии с МКФ.

Целевая группа	Возрастной ценз					
	0-18 лет		18-60 лет		старше 60 лет	
	кол-во (чел.)	%	кол-во (чел.)	%	кол-во (чел.)	%
Сенсорные функции:						
зрение	147	2,4	151	2,5	220	3,6
слух	152	2,5	69	1,1	135	2,2
зрение и слух	10	0,2	4	0,1	9	0,1
функции речи	442	7,4	36	0,6	86	1,4
двигательные функции	835	13,9	553	9,1	745	12,3
эндокринная система и метаболизм	182	3,1	46	0,8	76	1,3
умственные и психические функций	1521	25,3	222	3,7	103	1,7
выделительные функции	36	0,6	14	0,2	30	0,5
нарушение иммунных функций	108	1,8	46	0,8	37	0,6
Итого:	3433	57,2	1141	18,9	1441	23,9
Всего:	6015 чел. – 100 %					

Table 1 - Distribution of target groups of people with disabilities, including children with disabilities by age indicators in terms of limitations of body functions according to ICF

Target group	Age groups					
	0-18 years		18-60 years		over 60 years	
	Number of people	%	Number of people	%	Number of people	%
Touch functions:						
vision	147	2,4	151	2,5	220	3,6
hearing	152	2,5	69	1,1	135	2,2
sight and hearing	10	0,2	4	0,1	9	0,1
speech function	442	7,4	36	0,6	86	1,4
motor function	835	13,9	553	9,1	745	12,3
endocrine system and metabolism	182	3,1	46	0,8	76	1,3
brain and mental functions	1521	25,3	222	3,7	103	1,7
excretory function	36	0,6	14	0,2	30	0,5
immune disorder	108	1,8	46	0,8	37	0,6
Subtotal:	3433	57,2	1141	18,9	1441	23,9
Total:	6015 people – 100 %					

На основании проведенного анализа БУ «Ресурсный центр развития социального обслуживания» систематизированы по ограничениям функций организма в соответствии с МКФ [1] единые унифицированные реабилитационные методики и программы для работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья, пожилыми гражданами и инвалидами старше 18 лет, с частичной или полной утратой возможностей функций организма вследствие заболевания или травмы, направленные на максимальное восстановление утраченных функций (таблица 2) и включают в себя методы реабилитационной работы, которые наиболее эффективны при работе с той или иной

категорией реабилитируемых (в настоящее время единые унифицированные методики дорабатываются специалистами центра).

Таблица 2 - Программы учреждений социального обслуживания, направленные на реабилитацию детей с ограниченными возможностями здоровья, пожилых людей и инвалидов старше 18 лет в зависимости от функций ограничения в соответствии МКФ.

№ п/п	Функции организма и ограничения	Направления программ и методик	
		Пожилые и инвалиды	Дети с ОВЗ
	Умственные функции		1. Развитие интеллектуальных функций: памяти, внимания, мышления, восприятия. 2. Активизация мыслительной, познавательной деятельности и психомоторных функций.
	Сенсорные функции (зрение, слух, обоняние, осязание)	1. Укрепление вестибулярного аппарата. 2. Укрепление мышц системы глаза.	1. Развитие зрительных и слуховых анализаторов. 2. Укрепление вестибулярной функции.
	Функции голоса и речи	1. Восстановление функций мимических мышц, жевательных мышц и мышц языка.	1. Стимулирование речевой области в коре головного мозга. 2. Формирование речевых навыков, развитие сенсомоторных функций. 3. Развитие артикуляционного праксиса.
	Функции сердечно-сосудистой, крови, иммунной и дыхательной системы	1. Укрепление сердечно-сосудистой системы. 2. Укрепление функции дыхания.	-
	Функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма	1. Стимуляция тканевого обмена, нормализация жирового обмена.	-
	Урогенитальные и репродуктивные функции	1. Улучшение кровообращения мышц тазового дна, ягодичных мышц.	-
	Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции	1. Укрепление функции подвижности локтевых, коленных, тазобедренных, голеностопного суставов и суставов кистей рук. 2. Восстановления нейромышечных функций. 3. Укрепление функции мышечной выносливости мышц спины, брюшного пресса, верхних и нижних конечностей. 4. Укрепление функций мышечной силы (мышц туловища, плечевого пояса, разгибателей бедра). 7. Укрепление двигательных функций.	1. Укрепление силы мышц, поддерживающих правильную осанку. 2. Укрепление двигательных функций и улучшение кровообращения.

Table 2 - Programs of social service institutions aimed at the rehabilitation of children with disabilities, senior citizens and people with disabilities over 18 years depending on the limitations of body functions according to the ICF.

№	Body functions limitations	Directions of programmes and methods	
		Senior citizens and disabled people	Children with disabilities
	Mental functions		<ol style="list-style-type: none"> 1. Development of intellectual functions: memory, attention, thinking, perception. 2. Activation of mental, cognitive activity and psychomotor functions.
	Sensory functions (vision, hearing, smell, touch)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Strengthening of vestibular apparatus. 2. Strengthening of muscles of the eye system. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Development of visual and auditory analyzers. 2. Strengthening of vestibular function.
	Voice and speech functions	<ol style="list-style-type: none"> 1. Restoring the functions of facial muscles, masticatory muscles and muscles of the tongue. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stimulation of speech centre in the cerebral cortex. 2. The formation of speech skills, the development of sensory-motor functions. 3. Development of articulatory praxis.
	Functions of the cardiovascular, blood, immune and respiratory systems	<ol style="list-style-type: none"> 1. Strengthening of the cardiovascular system. 2. Strengthening of respiratory function 	-
	Digestive, endocrine and metabolic functions	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stimulation of tissue metabolism, normalization of fat metabolism. 	-
	Urogenital and reproductive functions	<ol style="list-style-type: none"> 1. Improvement of the blood circulation of pelvic floor muscles, gluteals. 	-
	Neuromuscular, skeletal and movement related functions	<ol style="list-style-type: none"> 1. Strengthening of the mobility function of the elbow, knee, hip, ankle joints and joints of hands. 2. Restoration of neuromuscular functions. 3. Strengthening of the function of the back muscle endurance, abdominals, upper and lower extremities. 4. Strengthening of the functions of muscle strength (trunk muscles, shoulder girdle, hip extensors). 7. Strengthening of the motor functions. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Strengthening of the muscles that support proper posture. 2. Strengthening of motor functions and improvement of blood circulation.

В учреждениях социального обслуживания проводится комплексная реабилитация всех вышеперечисленных целевых категорий получателей социальных услуг с учетом особенностей реабилитации в соответствии с унифицированной моделью реабилитационной работы (Рис. 1).



Рис.1. Унифицированная модель реабилитационной работы

Алгоритм действий специалистов, осуществляющих реабилитацию данной категории граждан помогает корректировать индивидуальные маршруты реабилитации, а также провести оценку эффективности предоставления реабилитационных услуг.

Результаты. Оценка результативности социальной реабилитации проводится по методике определения эффективности программы социальной реабилитации пожилого, инвалида, ребенка с ограниченными возможностями здоровья, разработанной БУ «Ресурсный центр развития социального обслуживания» и включает в себя первичную диагностику получателя социальных услуг; составление плана реабилитации и оценку выраженности достигнутых результатов реабилитируемого.

Результаты первичной оценки служат основанием для формирования индивидуального плана реабилитации гражданина (ИПР), а достигнутые результаты реабилитации определяют эффективность мероприятий социальной реабилитации.

Диагностика гражданина осуществляется специалистами, включенными в процесс социальной реабилитации по решению консилиума.

Оценка выраженности ограничений реабилитируемого осуществляется на основе показателей функциональных нарушений, которые оцениваются с помощью шкал, разработанных на основе МКФ [1] и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы.

Оценка эффективности мероприятий социальной реабилитации производится на основе анализа изменения показателей ограничений реабилитируемого и сравнении первичной диагностики выраженности ограничений с достигнутым результатом социальной реабилитации. Сравнение начальной и конечной выраженности ограничений, а также показатель оценки достижения цели по категориям ограничений определяет эффективность и результат реабилитационных мероприятий.

Заключение о динамике основных функций жизнедеятельности реабилитируемого и эффективности проведения социальной реабилитации оформляется на основании оценки цели достижения реабилитации, выводов и рекомендаций специалистов.

Заключение. В учреждениях социального обслуживания Ханты-Мансийского автономного округа–Югры осуществляется комплексная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья, пожилых и инвалидов старше 18 лет, с частичной или полной утратой возможностей функций организма вследствие заболевания или травмы в соответствии с унифицированной моделью реабилитационной работы и реализуются единые унифицированные реабилитационные методики и программы, направленные на реабилитацию данной целевой категории получателей услуг в зависимости от функций ограничения в

соответствии с международной классификацией функционирования, результатами реализации которых является оценка достижения цели реабилитации.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Женева. ВОЗ.2001.-346 с. [International classification of functioning, disability and health. Geneva. WHO. 2001.-346 p. (In Russ.)]
2. Реабилитация в пожилом возрасте. Электронный ресурс. Режим доступа (дата обращения 17.02.2020) [Rehabilitation in old age. Electronic resource. Access mode (In Russ.)] URL: <https://www.pansionatcdz.ru/stati/reabilitatsiya-v-pozhilom-vozraste/> (accessed 02.17.2020)

УДК 364.041

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Сязина Н.Ю., Арустамян А.В., Самойлова Д.А., Рахманина И.Н.

Государственное автономное учреждение Астраханской области «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие»
Астрахань, Россия

Аннотация

Введение. Современная модель реабилитации в системе ранней помощи нуждается в оптимизации и совершенствовании. В связи с чем проблема научного обоснования методологической основы реабилитационной помощи детям раннего возраста с ограничениями жизнедеятельности и функционирования стоит очень остро.

Цель. Целью исследования является повышение качества реабилитационного процесса у детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, путем адаптации доменов МКФ-ДП к потребностям психолого-педагогической диагностики.

Материалы и методы. Исследование проводилось с использованием материалов проекта международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья с изменениями и дополнениями по состоянию на 2016 г. (ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г. А. Альбрехта Минтруда России). Был использован диагностический комплекс для психолого-педагогического обследования детей Л.Ф.Фатиховой, методика диагностики уровня развития детей Е.А. Стребелевой, методика диагностики устной речи детей Т.А. Фотековой. Исследование проводилось на базе Государственного автономного учреждения Астраханской области «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие». В диагностических мероприятиях участвовало 62 ребёнка с различными расстройствами деятельности центральной нервной системы, из них 42 мальчика и 20 девочек.

Результаты. Использование МКФ в психолого-педагогической диагностике позволяет оценить уровень функционирования ребенка, выявить дисгармоничность развития функций эмоциональной, речевой и познавательной сферы. Предоставляет возможность оценить зону актуального и ближайшего развития, с возможностью коррекции реабилитационных мероприятий. И свидетельствует о высокой чувствительности международной классификации функционирования, как инструмента для оценки качества реабилитационного процесса.

Заключение. Адаптация доменов МКФ к потребностям психолого-педагогической диагностики позволяет повысить качество реабилитационного процесса детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, медико-социальная реабилитация, международная классификация функционирования, психолого-педагогическая диагностика, ранняя помощь.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Сязина Наталья; телефон: +79378243451 ORCID <http://orcid.org/0000-0002-9250-1798>, e-mail nataliasazina30@gmail.com

Арустамян Антонина Вячеславовна; телефон +79064583705; ORCID <http://orcid.org/0000-0002-4408-4651>; e-mail: art-anto@rambler.ru

Самойлова Дарья Александровна; телефон: +79378243451; ORCID <http://orcid.org/0000-0003-3439-1495>; e-mail: das_114857@mail.ru

Рахманина Ирина Николаевна, кандидат психологических наук, доцент; телефон: +79610557469; ORCID <http://orcid.org/0000-0001-5965-3397>; e-mail irinarah.72@mail.ru

THE USE OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING IN THE COMPLEX PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL DIAGNOSIS OF YOUNG CHILDREN WITH DISABILITIES

Sazhina N.U., Arustamyana A.V., Samoilova D.A., Rahmanina I.N.

The State Autonomous Establishment of the Astrakhan region "Scientific practical center for rehabilitation of children "Correction and development"

Astrakhan, Russia

Abstract

Background. The modern model of rehabilitation in the early care system needs to be optimized and improved. In this regard, the scientific justification problem of the methodological basis of rehabilitation care for young children with disabilities is very acute.

Aim. The purpose of this study was to improve the quality of the rehabilitation process for young children with disabilities by adapting the IFC domains to the needs of psychological and pedagogical diagnostics.

Materials and methods. The Study was conducted using the materials of the international functioning classification draft, disability and health with changes and additions as of 2016 (Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled). A diagnostic complex made by L. F. Fatihova was used for psychological and pedagogical examination of children, a method made by E. A. Strebeleva was used for diagnosing the level of children development, and a method made by T. A. Fotekova was used for diagnosing the children's oral speech. The study was conducted on the basis Of the state Autonomous institution of the Astrakhan region "Scientific and practical center for children rehabilitation "Correction and development". 62 children with various Central nervous system disorders, including 42 boys and 20 girls, were involved in the diagnostic activities.

Results. The using of IFC in psychological and pedagogical diagnostics allows us to assess the level of the child functioning, to see the disharmony or uniformity of the functions development at the emotional, speech, and cognitive spheres. It provides an opportunity to assess the area of current and immediate development, with the possibility of correcting rehabilitation measures. This indicates the high sensitivity of the international classification of functioning as a tool for assessing the rehabilitation process quality.

Conclusion. Adaptation of IFC domains to the needs of psychological and pedagogical diagnostics allows to improve the quality of the rehabilitation process of young children with disabilities.

Key words: *children with disabilities, medical and social rehabilitation, international functioning classification, psychological and pedagogical diagnostics, early care.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Natalia U. Sazhina; телефон: +79378243451 ORCID <http://orcid.org/0000-0002-9250-1798>, e-mail nataliasazina30@gmail.com

Antonina V. Arustamyana; телефон +79064583705; ORCID <http://orcid.org/0000-0002-4408-4651>; e-mail: art-anto@rambler.ru

Daria A. Samoilova; телефон: +79378243451; ORCID <http://orcid.org/0000-0003-3439-1495>; e-mail: das_114857@mail.ru

Irina N. Rahmanina PhD, Professor; телефон +79610557469; ORCID <http://orcid.org/0000-0001-5965-3397>; e-mail irinarah.72@mail.ru

Введение. В настоящее время медико-социальная реабилитация является динамично развивающейся мульти дисциплинарной сферой сопровождения детей с ограничениями жизнедеятельности. Одной из острых проблем современной реабилитационной помощи является отсутствие общепринятой научно-обоснованной концепции реабилитационной помощи [3].

Также важной особенностью современной ситуации в реабилитации детей с ОВЗ является обращение к раннему возрасту и создание службы ранней помощи. На основе комплексного информационно-аналитического поиска с учетом нормативно-правовых документов были выделены научно-методические проблемы в данной области: отсутствие достаточной проработки понятийно-

категориального аппарата концепции организации ранней помощи и сопровождения; отсутствие единых подходов, норм и стандартов организации предоставления услуг ранней помощи; несформированность комплексного и системного подхода при реализации индивидуальных программ реабилитации детей с ОВЗ [6].

Таким образом современная модель реабилитации в системе ранней помощи нуждается в оптимизации и совершенствовании путем устранения разноречивости в решении основной цели. В связи с чем проблема научного обоснования методологической основы и медико-социальных параметров реабилитационной помощи детям с ограничениями жизнедеятельности и функционирования стоит очень остро [2].

Методологической основой реабилитационной помощи может служить Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), в которой представлена модель функционирования и ограничений жизнедеятельности, основанная на интеграции медицинской и социальной моделей [5]. МКФ позволяет оценить степень выраженности нарушений функций организма и предполагает их рассмотрение во взаимодействии с персональными характеристиками и факторами окружающей среды [1].

Так как структурная организация процесса реабилитации включает в себя несколько этапов, а именно первичную диагностику состояния ребенка, постановку задач реабилитации, собственно реабилитация, итоговая диагностика [4]. Использование МКФ на каждом из них позволяет повысить эффективность процесса, упростить и систематизировать процесс обработки результатов и помогает более точно выбирать «мишени» для реабилитационного процесса. Данная классификация позволяет создавать различные комбинации и тем самым менять ракурс задачи. Так как элементом МКФ является домен, различное сочетание доменов позволяет провести диагностику ребенка либо с учетом нозологии, либо, сравнивая его развитие с возрастной нормой, или, оценивая ту сферу, которая представляет интерес для узкого специалиста, проводящего психолога – педагогическое исследование.

Цель. Цель исследования - повышение качества реабилитационного процесса у детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, путем адаптации доменов МКФ к потребностям психолого-педагогической диагностики.

Материалы и методы. Исследование проводилось с использованием материалов проекта международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья с изменениями и дополнениями по состоянию на 2016 г. (ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г. А. Альбрехта Минтруда России). Был использован диагностический комплекс для психолого-педагогического обследования детей Л.Ф.Фатиховой, методика диагностики уровня развития детей Е.А. Стребелевой, методика диагностики устной речи детей Т.А. Фотековой.

Исследование проводилось на базе Государственного автономного учреждения Астраханской области «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие». В диагностических мероприятиях участвовало 62 ребёнка с различными расстройствами деятельности центральной нервной системы, из них 42 мальчика и 20 девочек. С диагнозом ЗРР – 16 чел., ЗПР – 9 чел., РАС – 14 чел., органическое поражение ЦНС – 16 чел., ДЦП – 3 чел., синдром Дауна – 1 чел., эпилепсия – 3 чел.

Результаты исследования. На первоначальном этапе работы с МКФ на основе методических рекомендаций по организации услуг ранней помощи детям и их семьям нами были взяты домены рекомендуемого раздела МКФ «Активность и участие»: обучение и применение знаний, общие задачи и требования, общение и мобильность, самообслуживание, взаимодействие и отношения. Всего для диагностики было выбрано 30 доменов.

Каждый выбранный домен расценивался, как исследуемый параметр или функция, для которого была предложена соответствующая проба. Например, выбранный домен «d 330 речь», проба для его исследования - «произнесение ребенком слов, фраз, предложений».

Во время психолого-педагогического исследования на каждого ребенка была заполнена таблица, отражающая коды «активности и участия» и общее функциональное состояние обследуемого на начало и конец реабилитационного процесса. Одной из задач проводимой диагностики являлось выявление нарушений функций в виде ее задержки, отставания или утраты, и каждый выбранный домен оценивался в баллах. Итоговой оценкой являлось среднее арифметическое по всем выбранным позициям.

Динамика реабилитационного процесса была проанализирована на основе сравнения показателей адаптированной МКФ в начале курса реабилитации и по его окончании.

Таблица 1 - Динамика реабилитационного процесса.

Наименование диагноза	Количество детей	Показатели изменений баллов МКФ
РАС	4	Улучшение на 0,5 баллов
	3	Улучшение на 0,3 балла
	1	Улучшение на 0,1 балл
	6	Без динамики
ЗРР	4	Улучшение на 0,9 баллов
	2	Улучшение на 0,1 балл
	10	Улучшение на 1,5 балла
ЗПРР	5	Улучшение на 1,0 балл
	4	Улучшение на 0,5 баллов
Органическое поражение ЦНС	8	Улучшение на 0,7 баллов
	5	Улучшение на 0,4 балла
	2	Улучшение на 0,2 балла
	1	Без динамики
ДЦП	1	Улучшение на 0,3 балла
	2	Улучшение на 0,1 балл
	1	Улучшение на 0,2 балла
Синдром Дауна	1	Улучшение на 0,2 балла
Эпилепсия	1	Улучшение на 0,5 баллов
	2	Без динамики

Таким образом, на начало реабилитационного периода 11 обследуемых детей имели умеренные нарушения функционирования (количественные показатели 2,0 – 2,9), и 51 обследуемый ребенок – тяжелые нарушения функционирования (количественные показатели 3,0 – 3,9). По окончании реабилитации – у 2 исследуемых детей специалистами были отмечены легкие нарушения (количественные показатели 1,0 – 1,9), у 18 детей – умеренные нарушения (2,0 – 2,9) и у 42 – тяжелые (3,0 – 3,9).

Полученные результаты свидетельствуют о высокой чувствительности международной классификации функционирования, как инструмента для оценки качества реабилитационного процесса и статистического инструмента при исследовании показателей, связанных со здоровьем у детей раннего возраста.

В дальнейшем, в работу была внедрена другая комбинация доменов. Каждый специалист, участвующий в комплексной психолого - педагогической диагностике произвел выборку интересующих его доменов. Было составлено три профиля функционирования ребенка: оценка речевого развития для учителя-логопеда; исследование эмоциональной сферы и игры для педагога-психолога; анализ познавательной активности, двигательное развитие, ознакомление с окружающим для учителя-дефектолога. В ходе психолого - педагогического исследования каждый специалист, помимо основного протокола исследования заполнил таблицу функционального состояния ребенка.

Анализ полученных данных позволил увидеть следующие закономерности:

1. Появляется возможность оценки функционирования ребенка «без диагноза». Здесь необходимо отметить, что в результате обсуждения проблем, с которыми обращаются родители, чьи дети нуждаются в реабилитационной помощи, становится понятно, что около 30% детей не имеет какого – либо обследования, выставленного диагноза, не находится под наблюдением специалистов, не имеет статус ребенка инвалида, или ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

2. Полученный профиль функционирования демонстрирует дисгармоничность или равномерность развития функций эмоциональной, речевой, познавательной сферы.

3. Выявление тяжелого и легкого нарушения функции в профиле ребенка дает возможность каждому специалисту оценить зоны актуального и ближайшего развития, с возможностью коррекции реабилитационных мероприятий.

4. Полученные среднеарифметические баллы по эмоциональной, познавательной, речевой сфере позволяет каждому специалисту сделать предварительный вывод о состоянии ребенка, обратившемуся за реабилитационной помощью.

Заключение. Адаптация доменов МКФ к потребностям психолого-педагогической диагностики позволяет повысить качество реабилитационного процесса детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Аухадеев Э.И., Тихонов И.В. Опыт применения международной классификации функционирования в оценке эффективности реабилитации пациентов с последствиями поражения ЦНС. Практическая медицина. 2013; 66, (1): 98–100. [Aukhadееv E.I., Tikhonov I.V. Experience in applying the international classification of functioning in assessing the effectiveness of rehabilitation of patients with consequences of Central nervous system damage. *Prakticheskaya meditsina*. 2013; 66, (1): 98–100. Accessed Feb 28, 2020. (In Russ.)] <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-primeneniya-mezhdunarodnoy-klassifikatsii-funktsionirovaniya-v-otsenke-effektivnosti-reabilitatsii-patsientov-s-posledstviyami/viewer>
2. Буйлова Т.В. Международная классификация функционирования как ключ к пониманию философии реабилитации. Медиаль. 2013; 2: 26-31. [Bujlova T.V. International classification of functioning as a key to understanding the philosophy of rehabilitation. *Medial*. 2013; 2: 26-31. Accessed Feb 28, 2020. (In Russ.)] <https://cyberleninka.ru/article/n/mezhdunarodnaya-klassifikatsiya-funktsionirovaniya-kak-klyuch-k-ponimaniyu-filosofii-reabilitatsii/viewer>
3. Казьмин А.М., Перминова Г.А., Чугунова А.И. Прикладное значение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (краткий обзор литературы). Клиническая и специальная психология. 2014; 3 (2). [Kaz'min A.M., Perminova G.A., Chugunova A.I. Applied significance of the International classification of functioning, disability, and health of children and adolescents (a brief review of the literature). *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya*. 2014; 3 (2) Accessed Feb 28, 2020. (In Russ.)] https://psyjournals.ru/files/71840/psyclin_2014_n2_Kazmin_i_dr..pdf (дата обращения 23.02.2020).
4. Лорер В.В., Жукова Т.Н. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в оценке комплексной реабилитации инвалидов. Клиническая и специальная психология. 2017. 6 (3): 116–134. [Lorer V.V., Zhukova T.N. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health in assessment of integrated rehabilitation of disabled people. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya*. 2017. 6 (3): 116–134. Accessed Feb 28, 2020. (In Russ.)] <https://doi.org/10.17759/cpse.2017060307>
5. Пономаренко Г.Н. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья — инструмент научной оценки эффективности медицинской реабилитации. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2013;90(2):57-62. [Ponomarenko G.N. The international classification of functioning, disability and health is a tool for scientific evaluation of the effectiveness of medical rehabilitation. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoi fizicheskoi kul'tury*. 2013;90(2):57-62. Accessed Feb 28, 2020. (In Russ.)] <https://www.mediasphera.ru/issues/voprosy-kurortologii-fizioterapii-i-lechebnoj-fizicheskoi-kul'tury/2013/2/downloads/ru/030042-87872013212>
6. Шошмин А.В., Пономаренко Г.Н., Бесстрашнова Я.К., Черкашина И.В. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки эффективности реабилитации: методология, практика, результаты. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2016;93(6):12-20. [Shoshmin A.V., Ponomarenko G.N., Besstrashnova Ya.K., Cherkashina I.V. Application of the International classification of functioning, disability and health to assess the effectiveness of rehabilitation: methodology, practice, results. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoi fizicheskoi kul'tury*. 2016;93(6):12-20. Accessed Feb 28, 2020. (In Russ.)] <https://doi.org/10.17116/kurort2016612-20>

УДК 364.048.6

ВАЖНОСТЬ ПОНИМАНИЯ СМЫСЛА ДЛЯ ПРОЦЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ СТУДЕНТОВ С ОВЗ

Петухов Д.Ю.

СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр»
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Ценность данного исследования в объективации применения логотерапии, методов и принципов логотерапевтического подхода в процессе консультирования, долгой и тщательной работе психолога со студентами с ОВЗ, во многом уже взрослыми людьми, с совершенно разной судьбой, получающими профессиональное образование в Профессиональном реабилитационном центре Санкт-Петербурга

Цель. Показать взаимосвязь смыслонаполненности и субъективного благополучия у студентов с ОВЗ среднего профессионального реабилитационного учебного заведения.

Материалы и методы. эмпирические методы исследования. Тестирование, методики: а) Шкала субъективного благополучия (ШСБ). Шкала субъективного благополучия (шкала СБ) была создана в 1988 году французскими психологами Perrudet-Badoux, Mendelsohn и Chiche. В адаптации А.А.Руковишниковой. б) Шкала оптимизма и активности (ШОА): является адаптированным вариантом шкалы активности и оптимизма Шуллера и Комуниани, адаптация проведена Н. Водопьяновой, М. Штейн (взята для отслеживания внешних коррелятов благополучия). в) Тест «Смыслжизненные ориентации» (методика СЖО) Д. А. Леонтьева позволяет оценить «источник» смысла жизни, который может быть найден человеком либо в будущем (цели), либо в настоящем (процесс) или прошлом (результат), либо во всех трех составляющих жизни. Тест смысложизненных ориентации является адаптированной версией теста «Цель в жизни» (Purpose-in-Life Test, PIL) Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика. d) Шкала экзистенции (ШЭ) является одним из психометрических инструментов, разработанных в рамках экзистенциально-аналитической теории А. Лэнгле. Над опросником в 1988–1989 гг. работала К. Орглер. Адаптирована Кривцовой С.

Результаты. Выявлена сильная положительная корреляция между качеством субъективного благополучия и такими источниками смысла жизни, как: - цель в жизни, представление о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора и убеждением в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь.

Заключение. Подтвердились предположения общей гипотезы нашего исследования, о наличии взаимосвязи между смыслонаполненностью и субъективным благополучием у обучающихся СПО с ОВЗ. Так же подтвердились предположения частной гипотезы, о наличии положительной корреляции между смыслонаполненностью и субъективным благополучием у обучающихся СПО с ОВЗ.

Ключевые слова: логотерапия, смыслонаполненность, субъективное благополучие, удовлетворённость жизнью.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Окончил психологический факультет СПбГУ, Высшие логотерапевтические курсы МИП, работает февраля с 2014 г. СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр»

THE IMPORTANCE OF UNDERSTANDING THE MEANING OF THE PROCESS OF REHABILITATION OF STUDENTS WITH DISABILITIES

Petukhov D.Yu.

SPb SBI “Professional rehabilitation center”

St.Petersburg, Russia

Abstract

Background. The value of this study is in the objectification of the use of Logotherapy, and the principles of the logotherapeutic approach, in the long and careful work of the psychologist with students with disabilities, in many cases already adults, with completely different destinies, receiving professional education in the Professional rehabilitation center of St. Petersburg. Logotherapy is associated with the name and personality of Viktor Frankl, an outstanding Austrian psychiatrist, psychotherapist, philosopher, writer, humanist, and founder of Logotherapy. As you know, Logotherapy is in contact with an in-depth knowledge of a person, with the search for a specific and necessary meaning in him and his life, and value guidelines that help overcome any difficulties. And this is an important element in the process of rehabilitation of students with disabilities. According to Lebedeva's dissertation, such a parameter as life satisfaction is a special tool for self-regulation-it manifests itself not only as a result of life activity, but also as a “reference point”, as a special personal resource, including for people with disabilities. The most important factor in the subjective well-being of people with disabilities is the personality itself and its position in relation to disability. It is the individual who accepts the “disability challenge” and makes limited health opportunities a resource for development. These conclusions are very well correlated with the main provisions of Logotherapy. Based on the understanding of Victor Frankl, a person can be truly happy and satisfied with their life only if they live meaningfully, meaningfully, which is true and justified for a person with disabilities. The most important factor in the manifestation of meaningfulness is the fact that a person can not agree with the share that has fallen to him, rise above his fate, show the stubbornness of the human spirit, form an attitude to his defect, and “challenge” his disability. Rehabilitation in the case of a disabling defect, suffering that can not be avoided, refers to the way of finding meaning in life in this difficult, possibly tragic situation. This path is the formation of an attitude to one's suffering, giving this suffering the outlines of meaning, in a courageous acceptance of such suffering, in which life acquires and retains meaning in any case. For a person with a disability, it is not easy to survive, it does not fade away and does not live on an equal

footing with everyone, so adapting to the search for meaning is not just a choice for him, but also his unique realization. A ray of hope, according to V. Frankl and other representatives of Logotherapy-Elizabeth Lucas, Harold Mori, Alex Bittiani-is the fact that meaning always exists. In other words, the meaning of life is unconditional, for it includes even the potential meaning of suffering. It is not always a disabling defect that completely “covers” a person, a person can perform all the main aspects of their activities - social, psychological, and biological. Having developed an attitude to their suffering, defect, a person can find meaning in work, creativity, love, friendship, and social interaction.

Aim. To show the relationship between sense-fulfillment and subjective well-being in students with a secondary vocational rehabilitation institution.

Materials and methods. Empirical research methods. Testing, methods: a) subjective well-being scale (SSB). The subjective well-being scale (SB scale) was created in 1988 by French psychologists Perrudet-Badoux, Mendelsohn, and Chiche. In the adaptation of A. A. Rukovichnikov. b) the scale of optimism and activity (SHOA): it is an adapted version of the scale of activity and optimism of Schuller and Komuniani, the adaptation was carried out By N. Vodopyanova, M. Stein (taken to track external correlates of well-being). c) The test “life-Sense orientations” (the method of SSO) D. A. Leontiev allows us to evaluate the “source” of the meaning of life, which can be found by a person either in the future (goals), or in the present (process) or past (result), or in all three components of life. The purpose-in-Life orientation test is an adapted version of the Purpose-in-Life Test (PIL) by James Crumbaugh and Leonard Maholik. d) the scale of existence (SHE) is one of the psychometric tools developed within the framework of the existential-analytical theory of A. Langle. K. Orgler worked on the questionnaire in 1988-1989. Adapted By Krivtsova S.

Results. There is a strong positive correlation between the quality of subjective well-being and such sources of meaning in life as: - a goal in life, the idea of oneself as a strong person with sufficient freedom of choice and the belief that a person is given control over his life, is free to make decisions and implement them.

Conclusion. Thus, there is a significant positive correlation between the feeling of subjective well-being and the meaningfulness of life in students with HPE in a rehabilitation educational institution. As this study has shown, those students who see a goal in life have sufficient freedom of choice, are convinced that they are given control over their lives, are free to make decisions and implement them. They act and realize themselves in order to build their lives in accordance with their intended goals and ideas about meaning. And their factor of subjective feeling of well-being is much higher than that of those students whose goals are not understood or not set at all, such students live without thinking about the meaning of their life, which is called “floating with the flow”. At the same time, students with a meaningful choice position are more likely to feel more satisfied, experience more positive emotions, and feel more comfortable than students of the same educational institution who do not have the above qualities.

Key words: *Logotherapy, sense fulfillment, subjective well-being, life satisfaction.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Graduated from the faculty of psychology of St. Petersburg state University, Higher Logotherapy courses of MIP, has been working since 2014 in St. Petersburg state University “Professional rehabilitation center”

Введение. Ценность данного исследования в объективации применения логотерапии, и принципов логотерапевтического подхода, в долгой и тщательной работе психолога со студентами с ОВЗ, во многом уже взрослыми людьми, с совершенно разной судьбой, получающими профессиональное образование в Профессиональном реабилитационном центре Санкт-Петербурга.

Логотерапия связывается с именем и личностью Виктора Франкла, выдающегося австрийского психиатра, психотерапевта, философа, писателя, гуманиста, основателя логотерапии. Как известно, логотерапия соприкасается с углублённым познанием человека, с поиском в нём самом и его жизни, конкретного и необходимого смысла и ценностных ориентиров, которые помогают преодолеть любые трудности. И это направление важным элементом в процессе реабилитации обучающихся с ОВЗ.

Согласно диссертации Лебедевой А. А. такой параметр как удовлетворенность жизнью является особым инструментом саморегуляции – проявляет себя не только как результат жизнедеятельности, но и как «точка отсчета», как особый личностный ресурс, в том числе для человека с ограниченными возможностями здоровья. Так же важнейшим фактором субъективного благополучия лиц с ОВЗ является сама личность и ее позиция по отношению к инвалидности. Именно личность, принимая «вызов инвалидности», делает ограниченные возможности здоровья ресурсом развития.

Эти выводы очень хорошо соотносятся основным положениями логотерапии.

Исходя из понимания Виктора Франкла, человек может быть по-настоящему, счастлив, удовлетворен своей жизнью, только если живет осмысленно, смыслонаполнено, что верно и оправданно для человека с ограниченными возможностями здоровья. Важнейшим фактором проявления осмысленности является тот факт, что человек может, не согласиться с выпавшей ему долей, подняться над своей судьбой, проявить

упрямство человеческого духа, сформировать отношение к своему дефекту, бросить «вызов» своей инвалидности.

Реабилитация в случае инвалидизирующего дефекта, страдания, которого нет возможности избежать, относится к пути обретения смысла жизни в этой тяжелой, возможно трагической ситуации. Этот путь – это формирование отношения к своему страданию, придание этому страданию очертаний смысла, в мужественном принятии такого страдания, в котором жизнь обретает и сохраняет смысл в любом случае. Человеку с инвалидностью – не просто выживать, он не угасает и не живёт наравне со всеми, поэтому адаптироваться в поиске смыслонаполненности представляется для него не просто выбором, но и своей уникальной реализацией.

Лучом надежды, согласно В. Франклу и другим представителям логотерапии - Элизабет Лукас, Гарольда Мори, Алекса Биттиани является тот факт, что смысл существует всегда. Иными словами, смысл жизни безусловен, ибо включает даже потенциальный смысл страдания.

Далеко не всегда инвалидизирующий дефект полностью «накрывает» человека, человек может выполнять все основные аспекты своей деятельности - социальные, психологические, биологические. Выработав отношение к своему страданию, дефекту, человек может найти смысл в труде, творчестве, любви, дружбе, социальном взаимодействии.

Цель. показать взаимосвязь смыслонаполненности и субъективного благополучия у студентов с ОВЗ среднего профессионального реабилитационного учебного заведения.

Материалы и методы. Организация и методы исследования.

В исследовании приняли участие студенты, обучающиеся по программе среднего профессионального образования СПб ГБОУ «Профессионально-реабилитационный центр», лица мужского и женского пола от 18 до 60 лет. У всех участников на момент обследования была инвалидность II-III группы. Количество обследуемых- 20 человек: 7 лиц женского пола, 13 лиц мужского пола.

Тестирование проходило с 01.02. по 29.03. (с февраля по март 2019 года). Было рассказано обучающимся о целях, методах и задачах исследования.

Исследования проходило в форме группового и индивидуального тестирования участников, при котором обследуемые письменно заполняли бланки предложенных тестов после соответствующего инструктирования. Процедура тестирования проходила в присутствии экспериментатора.

Эмпирическая база исследования:

Студенты 3-х групп СПО, ГБОУ СПб «Профессионально-реабилитационный центр», обучающиеся мужского и женского пола от 18 до 60 лет у всех есть инвалидность II-III группы. Средний возраст обследуемых 35,85 лет. В исследовании приняли участие 20 человек: 7 женского пола, 13 мужского пола.

Методы исследования: эмпирические методы исследования.

Шкала субъективного благополучия (шкала СБ) была создана в 1988 году французскими психологами Perrudet-Badoux, Mendelsohn и Chiche. В данном исследовании используется в адаптации А.А. Руквишниковой

Шкала оптимизма и активности является адаптированным вариантом шкалы активности и оптимизма Шуллера и Комуниани. Адаптацию провели Н. Водопьянова, М. Штейн (взята для отслеживания внешних коррелятов благополучия).

Тест «Смысложизненные ориентации» (методика СЖО) Д. А. Леонтьева позволяет оценить «источник» смысла жизни, который может быть найден человеком либо в будущем (цели), либо в настоящем (процесс) или прошлом (результат), либо во всех трех составляющих жизни.

Шкала экзистенции (ШЭ) является одним из психометрических инструментов, разработанных в рамках экзистенциально-аналитической теории А. Лэнгле. Над опросником в 1988–1989 гг. работала К. Орглер. Методика адаптирована Кривцовой С.В

Результаты исследования. Учитывались только сильные корреляционные взаимосвязи. Сильная корреляционная взаимосвязь в настоящем исследовании для данных теста ШСБ была обнаружена только с данными трех параметров теста СЖО, а именно: цель в жизни, локус контроля – я, локус контроля - жизнь.

Исходя из того, что у нас получилась сильная отрицательная корреляция между данными тестов ШСБ и СЖО, и учитывая обратную зависимость между показателями этих тестов мы можем утверждать, что выявлена сильная положительная корреляция между качеством субъективного благополучия и такими источниками смысла жизни, как:

- цель в жизни, представление о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора и убеждением в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь.

Заключение. Исходя из вышеизложенного можно сказать, что Подтвердились предположения общей гипотезы нашего исследования, о наличии взаимосвязи между смыслонаполненностью и субъективным

благополучием у обучающихся СПО с ОВЗ. Так же подтвердились предположения частной гипотезы, о наличии положительной корреляции между смыслонаполненностью и субъективным благополучием у обучающихся СПО с ОВЗ.

Выводы. Таким образом, существует значимая положительная корреляция у студентов с ОВЗ СПО в реабилитационном учебном заведении между ощущением субъективного благополучия и смыслонаполненностью жизни.

Как показало данное исследование, те обучающиеся, которые видят цель в жизни, обладают достаточной свободой выбора, убеждены в том, что им дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их. Они действуют и реализуют себя для того, чтобы построить свою жизнь в соответствии с намеченными целями и представлениями о смысле. И их фактор субъективного ощущения благополучия намного выше, чем у тех обучающихся, у кого цели не осмыслены или вообще не поставлены, такие студенты живут, не задумываясь о смысле своей жизни, что называется, «плывут по течению».

В то же время студенты с осмысленной позицией выбора в большей степени ощущают себя более удовлетворенно, испытывают больше позитивных эмоций, чувствуют себя более благополучно чем, такие же обучающиеся того же учебного заведения, но не обладающие вышеперечисленными качествами.

Подводя итог, считаем, что поиск смысла и ориентация на жизненные ценности, иметь мужество быть в этом мире, согласно высказыванию М. Хайдеггера, и снова пытаться противостоять судьбе, важно для понимания и построения психологической работы со студентами с ОВЗ.

Источник финансирования. Исследование проведено в качестве психолого-педагогического сопровождения студентов СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр».

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

Благодарности: Администрации СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр», а так же Светлане Штукаревой.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Аверьянов А.И. Логотерапия и экзистенциальный анализ // Учебное пособие. – М.: Согласие, 2015 – с. 96 [Aver'yanov A.I. Logoterapiya i ekzistentsial'nyi analiz // Uchebnoe posobie. – М.: Soglasie, 2015 – s. 96 (In Russ.)]
2. Водопьянова, Н. Шкала оптимизма и активности / Н. Водопьянова, М. Штейн. – Санкт-Петербург // Психодиагностика стресса: [стресс-менеджмент] / Н.Е. Водопьянова. – Санкт-Петербург.: Питер, 2009. – с. 298-304. – (Практикум) [Vodop'yanova, N. Shkala optimizma i aktivnosti / N. Vodop'yanova, M. Shtein. – Sankt-Peterburg // Psikhodiagnostika stressa: [stress-menedzhment] / N.E. Vodop'yanova. – Sankt-Peterburg.: Piter, 2009. – s. 298-304. – (Praktikum) (In Russ.)]
3. Выготский Л. С. Собрание сочинений в 6-ти томах // Т.2, Педагогика, 1983 [Vygotskii L. S. Sobranie sochinenii v 6-ti tomakh // Т.2, Pedagogika, 1983 (In Russ.)]
4. С.В. Кривцова, А. Лэнгле, К. Орглер. «Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер» // Экзистенциальный анализ. №1. Бюллетень, 2009 Москва, с. 141 [S.V. Krivtsova, A. Lengle, K. Orgler. “Shkala ekzistentsii (Existenzskala) A. Lengle i K. Orgler” // Ekzistentsial'nyi analiz. №1. Byulleten', 2009 Moskva, s. 141 (In Russ.)]
5. Лебедева А.А. Исследование субъективного благополучия и личностных ресурсов у лиц с ОВЗ // Автореферат диссертации, 2013 [Lebedeva A.A. Issledovanie sub'ektivnogo blagopoluchiya i lichnostnykh resursov u lits s OVZ // Avtoreferat dissertatsii, 2013 (In Russ.)] <https://www.dissercat.com/content/subektivnoe-blagopoluchie-lits-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya>
6. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентации (СЖО). 2-е изд. — Москва.: Смысл, 2000, с.18 [Leont'ev D.A. Test smyslozhiznennykh orientatsii (SZhO). 2-e izd. — Moskva.: Smysl, 2000, s.18 (In Russ.)] <https://docplayer.ru/27889736-D-a-leontev-test-smyslozhiznennyh-orientaciy-szho.html>
7. Лукас. Э. Представление о человеке и методы // Новый Акрополь, М.: 2017 – с.255 [Lukas. E. Predstavlenie o cheloveke i metody // Novyi Akropol', М.: 2017 – s.255 (In Russ.)]
8. Малыгина Л.В. Особенности адаптации обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в учреждении СПО // - 2014, № 2 [Malygina L.V. Osobennosti adaptatsii obuchayushchikhsya s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya v uchrezhdenii SPO // - 2014, № 2 (In Russ.)] <http://science.snauka.ru>
9. Майер Т.А. Создание условий адаптации студентов с ограниченными возможностями здоровья к обучению в колледже // Таврический научный обозреватель / www.tavr.science.: № 9 (14) – сент. 2016, с 148-

151 [Maier T.A. Sozdanie uslovii adaptatsii studentov s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya k obucheniyu v kolledzhe // Tavricheskii nauchnyi obozrevatel' / www.tavr.science.: № 9 (14) – sent. 2016, s 148-151 (In Russ.)]

10. Рукавишников А.А., Соколова М.В. Шкала субъективного благополучия. Руководство. Ярославль, НПЦ «Психодиагностика», второе издание. – 1996. с. 11 [Rukavishnikov A.A., Sokolova M.V. Shkala sub'ektivnogo blagopoluchiya. Rukovodstvo. Yaroslavl', NPTs «Psikhodiagnostika», vtoree izdanie. – 1996. s. 11 (In Russ.)]

11. Селигман М. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни // София, М.: 2006 – с. 386 [Seligman M. Novaya pozitivnaya psikhologiya: Nauchnyi vzglyad na schast'e i smysl zhizni // Sofiya, M.: 2006 – s. 386 (In Russ.)]

12. Сборник статей СПбГУ // Философские размышления, Смысл.: 1998, с. 145 [Sbornik statei SPBGU // Filosofskie razmyshleniya, Smysl.: 1998, s. 145 (In Russ.)]

13. Франкл В. Доктор и душа. Логотерапия и экзистенциальный анализ // Альпина нон-фикшн, М.: 2018 - с. 338 [Frankl V. Doktor i dusha. Logoterapiya i ekzistentsial'nyi analiz // Al'pina non-fikshn, M.: 2018 - s. 338 (In Russ.)]

14. Франкл В. Воля к смыслу // Альпина нон-фикшн, М.: 2019. – с.228 [Frankl V. Volya k smyslu // Al'pina non-fikshn, M.: 2019. – s.228 (In Russ.)]

15. Франкл В. Воспоминания // Альпина нон-фикшн, М.: 2018. – с.196 [Frankl V. Vospominaniya // Al'pina non-fikshn, M.: 2018. – s.196 (In Russ.)]

16. Франкл В. Сказать жизни «Да»!: психолог в концлагере// Альпина нон-фикшн, М.: 2018. – с.239 [Frankl V. Skazat' zhizni "Da"! : psikholog v kontslagere// Al'pina non-fikshn, M.: 2018. – s.239 (In Russ.)]

17. Франкл В. Человек в поисках смысла //Прогресс, М.; 1990 [Frankl V. Chelovek v poiskakh smysla //Progress, M.; 1990 (In Russ.)]

18. Хайдеггер М. Цолликоновские семинары // Европейский гуманитарный университет, Вильнюс, 2012, с.406 [Хайдеггер М. Цолликоновские семинары // Европейский гуманитарный университет, Вильнюс, 2012, с.406 (In Russ.)]

19. Юрьева О.В., Шигапова Д.К. Условия успешной адаптации личности студента на начальном этапе профессиональной подготовки / Научное обозрение. – № 9. – 2014. – С.13 [Yur'eva O.V., Shigapova D.K. Usloviya uspeshnoi adaptatsii lichnosti studenta na nachal'nom etape professional'noi podgotovki / Nauchnoe obozrenie. – № 9. – 2014. – S.13 (In Russ.)]

УДК 331.57+377.5+378.1

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

Старобина Е.М., Чукардин В.А.

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А.Альбрехта Минтруда России

Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Конвенция ООН о правах инвалидов нацеливает государства-участники на обеспечение права инвалидов на доступ к общим программам профессионального развития.

Цель. Оценка доступа к профессиональному развитию и трудоустройству инвалидов осуществлен на основании результатов выполнения Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы.

Материалы и методы. Анализ основных результатов Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы к 2019 году в области профессиональной реабилитации.

Результаты. Приводятся данные о степени достижения ожидаемых результатов программы по следующим показателям: увеличение доли приоритетных объектов органов службы занятости, доступных для инвалидов; увеличение удельного веса числа профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования, здания которых приспособлены для обучения лиц с ОВЗ; увеличение доли инвалидов, трудоустроенных органами службы занятости, увеличение доли выпускников-инвалидов 9 и 11 классов, охваченных профориентационной работой; увеличение доли инвалидов, принятых на обучение по программам бакалавриата и специалитета; увеличение доли инвалидов, принятых на обучение по программам среднего профессионального образования.

Заключение. Поэтапно достигаются намеченные индикаторы Программы Доступная среда.

Ключевые слова: профессиональное развитие, трудоустройство инвалидов, государственная программа «Доступная среда»

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Старобина Елена Михайловна, д.п.н., телефон 8 812 543-99-74, <http://orcid.org/0000-0003-1820-9307>, elibrary SPIN-код: 7199-0037, 195067, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, 50 email: estarobina@yandex.ru

Чукардин Владимир Анатольевич, тел. 812- 543-99-74, email: vlad.anat1@mail.ru, 195067, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, 50

ON ENSURING EQUAL ACCESS TO VOCATIONAL EDUCATION AND EMPLOYMENT FOR PERSONS WITH DISABILITIES IN THE PROCESS OF IMPLEMENTATION OF THE STATE PROGRAM "ACCESSIBLE ENVIRONMENT"

Starobina E.M., Chukardin V.A.

Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled

St. Petersburg, Russia

Abstract

Background. The UN Convention on the rights of persons with disabilities aims at ensuring the right of persons with disabilities to access General professional development programmes.

Aim. The assessment of access to professional development and employment of disabled people was carried out on the basis of the results of the State program of the Russian Federation "Accessible environment" for 2011-2020.

Materials and methods. Analysis of the main results of The state program of the Russian Federation "Accessible environment" for 2011-2020 by 2019 in the field of professional rehabilitation.

Results. Presents data about the achievement of the expected program results in the following indicators: the share of priority objects of the employment services available to persons with disabilities; increase the proportion of the number of professional educational organizations and educational organizations of higher education, the buildings of which are adapted for education of persons with disabilities; increasing the proportion of disabled people employed by employment services, the increase in the share of graduates with disabilities 9 and 11 students enrolled in career-oriented work; increase in the share of persons with disabilities enrolled in bachelor's and specialty programs; increase in the share of persons with disabilities enrolled in secondary vocational education programs.

Conclusion. The planned indicators of the Available environment Program are gradually reached.

Key words: *professional development, employment of disabled people, state program "Accessible environment"*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Starobina E., PHD, <http://orcid.org/0000-0003-1820-9307>, elibrary SPIN-код: 7199-0037, email: estarobina@yandex.ru, Bestuzhevskaya str., 50, 195067, St. Petersburg, Russia

Chukardin V., email: vlad.anat1@mail.ru, Bestuzhevskaya str., 50, 195067, St. Petersburg, Russia

Введение. Конвенция ООН о правах инвалидов нацеливает государства-участники на обеспечение права инвалидов на доступ к общим программам профессиональной ориентации, к высшему образованию, профессиональному обучению, образованию для взрослых и обучению в течение всей жизни без дискриминации и наравне с другими, на развитие профессиональных способностей, на труд наравне с другими в условиях, когда рынок труда и производственная среда являются открытыми, инклюзивными и доступными для инвалидов [2, 2].

Цель. Оценка доступа к профессиональному развитию и трудоустройству инвалидов осуществлен на основании результатов выполнения Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы

Материалы и методы. В целях оценки доступа к профессиональному развитию и трудоустройству инвалидов осуществлен анализ основных положений Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы и результатов ее выполнения к 2019 году.

Результаты исследования. Реализуемая в настоящее время Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы (далее Госпрограмма) направлена на создание условий обеспечения беспрепятственного доступа к приоритетным объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения, включая образование и занятость, а также совершенствование механизма предоставления услуг в сфере реабилитации, в том числе решение вопросов образования и занятости инвалидов, в целях реализации их прав и основных свобод, что будет способствовать полноценному участию инвалидов в жизни страны. Одна из задач программы предполагает обеспечение равного доступа инвалидов к реабилитационным и абилитационным услугам, включая обеспечение равного доступа к профессиональному развитию и трудоустройству инвалидов.

В качестве ожидаемых результатов реализации подпрограммы 1 Госпрограммы «Обеспечение условий доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения» в рассматриваемой области определены такие как:

- увеличение доли приоритетных объектов органов службы занятости, доступных для инвалидов и других маломобильных групп населения, в общем количестве объектов органов службы занятости (до 48,3 процента к 2020 году, фактически в 2018 году -50,2 процента);

- увеличение удельного веса числа профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования, здания которых приспособлены для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья (до 25 процентов к 2020 году, фактически в 2018 году – 23 процента).

В подпрограмме 2 «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» среди других поставлена задача формирования условий для повышения уровня профессионального развития и занятости инвалидов, реализация которой должна завершиться следующими результатами:

- увеличение количества высокопроизводительных рабочих мест на федеральных государственных унитарных протезно-ортопедических и специализированных предприятиях (до 4806 единиц к 2020 году, фактически в 2018 году – 4704 единицы);

- увеличение доли инвалидов, трудоустроенных органами службы занятости, в общем числе инвалидов, обратившихся в органы службы занятости (до 60 процентов к 2020 году, фактически в 2018 году – 54,5 процентов);

- увеличение доли выпускников-инвалидов 9 и 11 классов, охваченных профориентационной работой, в общей численности выпускников-инвалидов (до 100 процентов к 2020 году, фактически в 2018 году - 90 процентов);

- увеличение доли инвалидов, принятых на обучение по программам бакалавриата и специалитета (по отношению к предыдущему году) (до 107 процентов к 2020 году, фактически в 2018 году – 108,4 процента);

- уменьшение доли студентов из числа инвалидов, обучающихся по программам бакалавриата и специалитета, выбывших по причине академической неуспеваемости (до 7 процентов к 2018 году – показатель достигнут);

- увеличение доли инвалидов, принятых на обучение по программам среднего профессионального образования (по отношению к предыдущему году) (до 107 процентов к 2020 году, фактически в 2018 году – 110,9 процентов);

- уменьшение доли студентов из числа инвалидов, обучающихся по программам среднего профессионального образования, выбывших по причине академической неуспеваемости (до 7 процентов к 2018 году, фактически в 2018 году – 3 процента).

Правовое регулирование в сфере реализации Госпрограммы является основой реализации всех ее мероприятий. В рамках нормативно-правового и организационно-методического обеспечения реализации мероприятий в области доступности профессионального развития и трудоустройства инвалидов утверждены:

- новая редакция Госпрограммы;

- типовая программа сопровождения инвалидов молодого возраста при получении ими профессионального образования и содействия в последующем трудоустройстве;

- методические рекомендации для специалистов органов службы занятости по организации работы с инвалидами, в том числе по оценке значимости нарушенных функций организма инвалида для выполнения трудовых функций;

- методические рекомендации по определению потребности инвалида в реабилитации и абилитации на основе оценки ограничения жизнедеятельности с учетом социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных.

В рамках реализации подпрограммы 1 Госпрограммы в 2018 году обеспечено увеличение доли профессиональных образовательных организаций, в которых обеспечены условия для получения среднего профессионального образования инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий, в общем количестве таких организаций до 43,5 процента, увеличение удельного веса числа образовательных организаций высшего образования, здания которых приспособлены для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья, до 24,1 процента [4].

В рамках реализации подпрограммы 2 Госпрограммы в 2018 году обеспечено [4]:

- увеличение доли инвалидов, трудоустроенных органами службы занятости, в общем числе инвалидов, обратившихся в органы службы занятости, до 57,1 процентов;

- увеличение доли выпускников-инвалидов 9 и 11 классов, охваченных профориентационной работой, в общей численности выпускников-инвалидов, до 95 процентов;

- увеличение доли инвалидов, принятых на обучение по программам бакалавриата и программам специалитета (по отношению к значению показателя предыдущего года), до 108,4 процента;
- уменьшение доли студентов из числа инвалидов, обучающихся по программам бакалавриата и специалитета, отчисленных по причине академической задолженности, в общей численности инвалидов, принятых на обучение по программам бакалавриата и программам специалитета, до 7 процентов;
- увеличение доли инвалидов, принятых на обучение по образовательным программам среднего профессионального образования (по отношению к значению показателя предыдущего года), до 110 процентов;
- уменьшение доли студентов из числа инвалидов, обучавшихся по образовательным программам среднего профессионального образования, выбывших по причине академической неуспеваемости, до 2,08 процента.

Всё больше инвалидов, лиц с ограничениями по здоровью и детей-инвалидов становятся студентами колледжей, находящихся в ведении Минпросвещения России: в 2018 году их количество составило 16798 человек, что на 10,9 процентов больше, чем в 2017 году, а в 2019 году еще на 10% больше по отношению к 2018 году. По итогам 2019 года создана сеть базовых профессиональных образовательных организаций, обеспечивающих поддержку региональных систем инклюзивного профессионального образования инвалидов, в 50 субъектах Российской Федерации.

Обеспечивается доступность высшего образования для инвалидов, лиц с ограничениями по здоровью и детей-инвалидов. Значительно увеличилась численность лиц с инвалидностью, обучающихся в вузах: в 2015 году – 18043 человек, в 2019 году – 27122 человека, а также в колледжах: в 2015 году – 14788 человек, в 2019 году – 24773 человека [5].

План реализации Госпрограммы на 2018 - 2020 годы в подпрограмме 2 включал создание сети базовых профессиональных образовательных организаций, обеспечивающих поддержку региональных систем инклюзивного профессионального образования инвалидов в субъектах Российской Федерации, сети ресурсных учебно-методических центров по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями на базе образовательных организаций высшего образования.

В 2019 году обеспечено предоставление субсидии субъектам Российской Федерации на создание базовых профессиональных образовательных организаций, обеспечивающих поддержку региональных систем инклюзивного профессионального образования инвалидов (объем средств – 272340, тыс. руб.), которые действуют в 50 субъектах Российской Федерации. В данных субъектах Российской Федерации обеспечено [4]:

- создание архитектурной доступности объектов для инвалидов и лиц с ОВЗ;
- создание материально-технических условий, включая учебное, компьютерное, реабилитационное оборудование для получения среднего профессионального образования (далее – СПО) обучающимися с инвалидностью и ОВЗ, в том числе с применением дистанционных образовательных технологий, электронного обучения;
- оборудование рабочих мест в учебно-производственных мастерских и лабораториях по направлениям подготовки для трех нозологических групп (нарушение зрения, нарушение слуха, нарушение опорно-двигательного аппарата);
- адаптация официального сайта базовых профессиональных образовательных организаций (далее – БПОО) в информационно-телекоммуникационной сети Интернет с учетом особенностей и потребностей инвалидов и лиц с ОВЗ;
- создание правовой базы по вопросам обучения инвалидов и лиц с ОВЗ в системе СПО, в том числе с использованием сетевой формы реализации образовательной программы;
- формирование банка адаптированных образовательных программ СПО, профессионального обучения, дополнительных профессиональных программ, доступных другим профессиональным образовательным организациям;
- разработка и внедрение региональной модели сетевого взаимодействия с профессиональными образовательными организациями субъекта Российской Федерации для обеспечения условий для обучения инвалидов и лиц с ОВЗ во всех профессиональных образовательных организациях субъекта Российской Федерации.

Кроме того, в рамках Госпрограммы в 2018 году была разработана типовая программа сопровождения инвалидов молодого возраста при получении ими профессионального образования и содействия в последующем трудоустройстве.

Создание инфраструктуры, необходимой для беспрепятственного доступа инвалидов к специальным рабочим местам, позволило увеличить количество оборудованных (оснащённых) рабочих мест, на которые трудоустроены инвалиды-колясочники, в 6,5 раз.

В 2017 году Правительством был утвержден план мероприятий по повышению уровня занятости инвалидов на 2017–2020 годы. Основные направления плана мероприятий предусматривали

совершенствование механизма контроля за трудоустройством инвалидов на квотируемые рабочие места, повышение эффективности работы органов службы занятости, создание условий для расширения возможностей трудоустройства инвалидов. С 2015 года количество инвалидов, трудоустроенных в счет квоты увеличилось более чем в 2 раза. В 2017 году были внесены изменения в Закон Российской Федерации «О занятости населения в Российской Федерации» по организации сопровождаемого содействия занятости инвалидов. Закон предусматривает:

- инициативный характер деятельности органов службы занятости в отношении инвалидов при их согласии (такое согласие инвалид может дать при освидетельствовании или в личном кабинете федерального реестра инвалидов);
- услугу по организации сопровождения при содействии занятости инвалида;
- оказание индивидуальной помощи незанятому инвалиду (в том числе в формировании пути его передвижения до места работы и обратно);
- организацию взаимодействия незанятого инвалида с работодателем.

Закон также предусматривает выделение при необходимости наставника инвалиду и оказание методической помощи работодателю со стороны служб занятости.

Начиная с 2017-2018 годов субъекты Российской Федерации приступили к реализации региональных программ сопровождения инвалидов молодого возраста при трудоустройстве.

Заключение. Программой Доступная среда очерчены конкретные индикаторы по обеспечению равного доступа к профессиональному развитию и трудоустройству инвалидов в соответствии с основными положениями Конвенции ООН о правах инвалидов, и эти индикаторы поэтапно достигаются. Работа в данном направлении будет продолжена и конкретизирована в связи с продлением Государственной программы «Доступная среда» до 2025 года включительно.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Инвалиды. Безбарьерная среда: некоторые важные решения и показатели за 6 лет. (дата обращения 27.02.2020).- [Invalidy. Bezbar'yernaya sreda: nekotoryye vazhnyye resheniya i pokazateli za 6 let] Accessed February 27, 2020. (In Russ.). URL: <http://government.ru/info/32132/>

2. Старобина Е.М. Основные положения Конвенции ООН о правах инвалидов – основа для совершенствования профессионального образования студентов с ограниченными возможностями здоровья. // Вестник ЛГУ им. А.С.Пушкина. - 2016. - №4 - Ч.2. - с.266-276. [Starobina E.M. The main provisions of the UN Convention on the rights of persons with disabilities are the basis for improving the professional education of students with disabilities./Osnovnyye polozheniya Konventsii OON o pravakh invalidov – osnova dlya sovershenstvovaniya professional'nogo obrazovaniya studentov s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorovia. // Vestnik LGU im. A.S.Pushkina- 2016. - №4 - Ч.2. - с.266-276.] (In Rus.)

3. Старобина Е.М., Кривенков С.Г. Основные направления деятельности по соблюдению права инвалидов на труд в связи с ратификацией конвенции ООН о правах инвалидов. // Современная модель инвалидности и реабилитации инвалидов: материалы научно-практической конференции в рамках мероприятий государственной программы «Доступная среда». – СПб. - 2015. - с. 20-27. [Starobina E.M., Krivenkov S.G. The main directions of activities to respect the right of persons with disabilities to work in connection with the ratification of the UN Convention on the rights of persons with disabilities./Osnovnyye napravleniya deyatel'nosti po soblyudeniyu prava invalidov na trud v svyazi s ratifikatsiyey konventsii OON o pravakh invalidov. // Modern model of disability and rehabilitation of disabled people: materials of the scientific and practical conference within the framework of the state program “Accessible environment”.– SPb. - 2015. - s. 20-27.]

4. Отчет о ходе реализации и об оценке эффективности государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» URL: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/1353> (дата обращения 24.04.2020) [Otchet o khode realizatsii i ob otsenke effektivnosti gosudarstvennoy programmy Rossiyskoy Federatsii Dostupnaya sreda]. - Accessed April 24, 2020. (In Russ.). URL: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/1353>.

5. Сведения об инвалидах – студентах, обучающихся по профессиональным образовательным программам URL: <https://docviewer.yandex.ru/view/139661668> (дата обращения 24.04.2020) [Svedeniya ob invalidah – studentah, obuchayushchihsya po professional'nym obrazovatel'nym programmam] Accessed April 24, 2020. (In Russ.). URL: <https://docviewer.yandex.ru/view/139661668>.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Чердакова А.В

АНО ВО «Славяно-Греко-Латинская Академия»

Москва, Россия

Аннотация

Введение. Во введении обосновывается актуальность заявленной темы, рассматриваются проблемы профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов в России.

Цель. Поставлена цель исследования-апробировать инновационные технологии содействия занятости и трудоустройства инвалидов

Материалы и методы. В исследовании использованы материалы проектной работы РАНХиГС, статистические данные Пенсионного фонда Российской Федерации, результаты опросов специалистов социальной сферы Брянской области; японский опыт достижения эффективности профессиональной реабилитации и достижению долгосрочной занятости.

Результаты. Выявлены основные причины инвалидности, на основе статистического анализа по Брянской области определены основные проблемы, связанные с профессиональной реабилитацией и трудоустройством инвалидов.

Заключение. В заключении статьи на основе полученных результатов разработаны предложения. Реализация мероприятий сопровождаемого трудоустройства позволит инвалидам сократить период адаптации на рабочем месте и влиться в трудовой коллектив

Ключевые слова: профессиональная реабилитация, сопровождающее трудоустройство, инвалид, долгосрочное трудоустройство, инновационные технологии.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Алла Валерьевна Чердакова, адрес:142290, Московская область, г.о.Пушино, мкр.Д., д.20 А, 112. телефон 8-977-749-16-03, ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0093-0SPIN>-код автора: 9804-2141817, e-mail:avch81@mail.ru

INNOVATIVE TECHNOLOGIES OF PROFESSIONAL REHABILITATION

Cherdakova A.V.

Slavic-Greek-Latin Academy

Moscow, Russia

Abstract

Background. The authority justifies the relevance of the declared topic, considers the problems of professional rehabilitation and employment of disabled persons in Russia.

Aim. To research and test innovative technologies to promote employment and employment of persons with disabilities

Materials and methods. The study uses the materials of the project work of RANEPА, statistical data of the Pension Fund of the Russian Federation, results of surveys of specialists of the social sphere of the Bryansk region; Japanese experience in achieving effective vocational rehabilitation and achieving long-term employment.

Results. The main causes of disability have been identified, and the main problems related to vocational rehabilitation and employment of persons with disabilities have been identified on the basis of statistical analysis in the Bryansk region.

Conclusion Proposals have been developed in the conclusion of the article on the basis of the results obtained. Implementation of accompanied employment measures will allow persons with disabilities to reduce the period of adaptation in the workplace and join the workforce

Key words: professional rehabilitation, accompanying employment, disabled person, long-term employment, innovative technologies.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Alla Valerievna Cherdakov, address: 142290, Moscow region, Pushchino, McD., 20 A, 112. Phone 8-977-749-16-03, ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0093-0>, SPIN: 9804-2141817, e-mail: avch81@mail.ru

Введение. Решение проблем, связанных с профессиональной реабилитацией и трудоустройством инвалидов должно быть направлено не только на выполнение требований и рекомендаций нормативных правовых актов, но и устранение сопротивления со стороны работодателей создавать квотируемые рабочие места по нозологиям, с одной стороны, и с другой- формирование мотивов к труду у инвалидов. В связи с вышеуказанными причинами, препятствующими достижению показателей государственных программ необходимо внедрять инновационные технологии профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов, систематически обучать работников социальной сферы, которые непосредственно взаимодействуют с инвалидами. Разработанная нормативно-правовая основа Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации регламентирует взаимодействие сотрудников Центров занятости по содействию трудоустройства инвалидов с учреждениями медико-социальной экспертизы, но целесообразно прописывать и административные регламенты внутриведомственного взаимодействия.

Цель. В период с 2018 по 2019 годы проводилось исследование с поставленной целью: теоретически обосновать необходимость профессиональной реабилитации и апробировать инновационные технологии содействия занятости и трудоустройства инвалидов.

Материалы и методы. Изучением проблемы инвалидности занимаются ученые в области клинической медицины, специальной психологии, лечебной педагогики, социологии, экономики труда и других смежных науках. Определенные направления исследования требуют применения таких методов исследования, как: статистический анализ, наблюдение, социальный опрос, профессиональное консультирование и обучение. В рамках проектной работы РАНХиГС был реализован инновационный подход к трудоустройству инвалидов, сфокусированный на формировании устойчивой мотивации к труду и созданию необходимых условий для долгосрочной интеграции инвалидов в трудовые коллективы по месту работы [1, с. 123]. В предлагаемом подходе учитывается специфика мотивации инвалида и среды, в которой живет и работал. Возрастает роль менеджеров трудового сопровождения, в задачи которого входят не только посредничество инвалид-работодатель, но и оценка производственной среды, доступности объекта под нозологию инвалида. Профессиональную реабилитацию в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации осуществляют органы службы занятости субъектов Российской Федерации на основе адресного индивидуализированного подхода. [2, с.297] Представляет интерес опыт долгосрочного трудоустройства инвалидов Центра поддержки занятости и жизнедеятельности инвалидов в Японии [3, с. 321.] Инвалид при поиске работы может воспользоваться тремя видами вакансий: вакансии только для инвалидов, вакансии с информацией о работе с инвалидами и вакансии без такой информации. Министерство здравоохранения, труда и социального обеспечения Японии занимается реализацией учебной программы для сотрудников компаний, работающих вместе с людьми с психическими заболеваниями и нарушениями развития. Программа включает учебные курсы, направленные на воспитание социальной активности, а также передачу знаний, необходимых для понимания характера инвалидности людей с психическими заболеваниями и нарушениями развития. Целью курсов является формирование в компаниях у сотрудников гуманного отношения к инвалидам, способных оказать им помощь и сопровождать на рабочем месте. [3, с.323]

Результаты исследования. Всего инвалидов по Российской Федерации на 01.01.2020г. 11,2 млн. чел., в Центральном Федеральном округе 3,2 млн. чел, в исследуемой Брянской области -106,4 тыс. чел., Московской области-419 тыс. чел.[4] Основными причинами инвалидности выступают: общее заболевание; трудовое увечье; профессиональное заболевание; военная травма; заболевание, полученное в период военной службы; заболевание получено в связи с исполнением обязанностей военной службы в связи с Аварией на Чернобыльской АЭС, ПО «Маяк»; заболевания, связанные с последствиями радиационных воздействий; инвалидность с детства; заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС; ранение, полученное при исполнении военной службы; заболевание, связанное с пребыванием на фронте; заболевание получено в связи с исполнением обязанностей военной службы; инвалидность с детства вследствие ранения, контузии, увечья, связанных с боевыми действиями. Проведенное исследование в Брянской области позволило выявить следующие проблемы, связанные с профессиональной реабилитацией и трудоустройством инвалидов: -превалирует приобретенная инвалидность у граждан области; -отсутствуют информационная связь о направлениях работы городских центров занятости и районных; -затруднен доступ к информационно-телекоммуникационной сети Интернет в некоторых районах сельской местности (не реализованы показатели цифровизации); -реализация федерального государственного стандарта государственной услуги по организации сопровождения при содействии занятости инвалидов осуществляется в полном объеме, но услуги по профессиональной реабилитации реализуются частично, из-за отсутствия взаимосвязи учреждений; -специфика регионального рынка труда (преобладают вакансии на промышленных предприятиях с

наличием вредного и опасного производственного фактора), что снижает занятость в области; - предлагаемая низкая заработная плата, демотивирующая инвалида к занятости (многие инвалиды имеют прагматичные ценностные ориентации); -отсутствие взаимодействия с ресурсными учебно-методическими центрами области и Центрального федерального округа; -отсутствие программы профессиональной ориентации для инвалидов в зависимости от нарушений функционирования организма; -отсутствие толерантности со стороны трудовых коллективов, в которые вливается инвалид, возникновение конфликтных ситуаций.

Заключение. Сопровождаемое трудоустройство позволит инвалидам сократить период адаптации на рабочем месте и влиться в трудовой коллектив. Результаты проведенного исследования позволили сделать следующие предложения: 1. Профессиональное консультирование работников социальной сферы по проблемам инвалидности. 2. Свободный доступ к результатам ежемесячного мониторинга рынка труда области как инвалидам, так и специалистам Центров занятости. 3. Согласование с учреждениями медико-социальной экспертизы по индивидуальной программе реабилитации или абилитации о необходимости профессионального обучения по востребованным профессиям. 4. Развитие удаленной, альтернативной занятости и надомного труда (оснащение мобильных офисов). 5. Взаимодействие с некоммерческими организациями по проблеме трудоустройства инвалидов. 6. Профессиональное обучение сотрудников компаний, принимающих инвалидов на работу по этике взаимодействия с данной категорией граждан, специальной психологии и особенностях инвалидности. Продолжая инновационный подход, реализованный РАНХиГС, реабилитация инвалидов начинается с формирования мотивов к труду, следовательно, особая роль отводится специалистам Центров занятости по формированию потребностей у инвалидов в трудовой деятельности. Перечень мероприятий не должен ограничиваться Ярмарками вакансий, мастер-классами специалистов по управлению персоналом и встречами с потенциальными работодателями. К данной работе подключается психолого-педагогическое сопровождение инвалида, стажировки, участие в конкурсах профессионального мастерства, создание функционирующей модели рабочего места для дистанционной занятости в Центре занятости под нозологию. Профессиональная реабилитация должна осуществляться не только в специализированных учреждениях, но и в обществе, посредством одновременного двустороннего обучения социальное окружение инвалида-потенциальные коллеги. Развитие дистанционной и альтернативной занятости, реализация программ повышения квалификации как работников социальной сферы, так и персонала организаций с квотируемыми рабочими местами, – указанные мероприятия позволят достигнуть долгосрочной занятости и улучшить профессиональную реабилитацию инвалидов.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Дмитриев М.Э., Никольская А.В. О возможности внедрения эффективной методики трудоустройства инвалидов на базе Центров занятости населения. //Синергия Наук.2018. №19. С.122-137. [Dmitriev M.E., Nikol'skaya A.V. O vozmozhnosti vnedreniya effektivnoj metodiki trudoustrojstva invalidov na baze Centrov zanyatosti naseleniya. //Sinergiya Nauk.2018. №19. S.122-137. (In Russ.)]

2. Инвалидность и реабилитация: материалы научно-практической конференции с международным участием в рамках мероприятий государственной программы «Доступная среда», Санкт-Петербург, 24-25 ноября 2016 года / Минтруд России; [под ред. д-ра мед. наук В.П. Шестакова, канд. мед. наук канд. Н.Н. Лебедевой, канд. биол. наук. А.В. Шошмина, канд. экон. наук Я.К. Бесстрашновой]. - Москва, 2016. - 370 с. [Invalidnost' i reabilitaciya: materialy nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem v ramkah meropriyatij gosudarstvennoj programmy "Dostupnaya sreda", Sankt-Peterburg, 24-25 noyabrya 2016 goda / Mintrud Rossii; [pod red. d-ra med. nauk V.P. SHeStakova, kand. med. nauk kand. N.N. Lebedevoy, kand. biol. nauk. A.V. SHoshmina, kand. ekon. nauk YA.K. Besstrashnovoj]. - Moskva, 2016. - 370 s. (In Russ.)]

3. Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены: Альманах-2019: сборник. — М.: АО «ВЦИОМ», 2019.— 408 с. [Monitoring obshchestvennogo mneniya: Ekonomicheskie i social'nye peremenu: Al'manah-2019: sbornik.— M.:AO "VCIOM", 2019.— 408 s. (In Russ.)]

4. Пенсионный фонд Российской Федерации. Ссылка активна на 15.01.2020 <https://sfri.ru/analitika> [Pensionnyj fond Rossijskoj Federacii. Accessed in January,15,2020. (In Russ.) <https://sfri.ru/analitika>]

ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В МЕРОПРИЯТИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЛИЦ, ВПЕРВЫЕ ПРИЗНАННЫМИ ИНВАЛИДАМИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2019 Г

Карасаева Л.А., Горяйнова М.В., Кароль Е.В., Белавина Е.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургский «Институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Санкт-Петербургу» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Важной составляющей системы реабилитации инвалидов является профессиональная реабилитация, и особенно – трудоустройство, способствующее независимой жизнедеятельности и интеграции их в общество. Индикатором показателей потребности инвалидов в профессиональной реабилитации служит индивидуальная программа реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида [1], которая содержит мероприятия по профессиональной реабилитации или абилитации, рекомендации о показанных и противопоказанных видах трудовой деятельности с учетом нарушенных функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами, рекомендуемые условия труда, информацию о возможности трудоустройства через постановку на учет в органах службы занятости.

Цель. Изучение и анализ потребностей в мероприятиях профессиональной реабилитации у впервые признанных инвалидами в 2019 г. в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы. Формы федерального статистического наблюдения № 7-собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше» в Санкт-Петербурге в 2019 г.

Результаты. Изучена первичная инвалидность взрослого населения в Санкт-Петербурге за 2019 г. Установлено, что впервые инвалидность установлена у 19111 граждан Санкт-Петербурга. Среди трудоспособного населения Санкт-Петербурга число впервые признанными инвалидами (ВПИ) в 2019 г. составило 8256 тыс. человек. Удельный вес впервые признанных инвалидами (ВПИ) трудоспособного возраста среди всего взрослого населения Санкт-Петербурга в 2019 г. составил 0,18%, при этом удельный вес ВПИ трудоспособного возраста среди общего числа ВПИ составил 43,2%, с превалированием удельного веса инвалидов пожилого возраста. Уровень первичной инвалидности на 10 тыс. взрослого населения в Санкт-Петербурге в 2019 г. составил 42,9 на 10 тыс. населения, уровень первичной инвалидности среди трудоспособного населения в 2019 г. составил 22,1 на 10 тыс. населения. Среди ВПИ трудоспособного возраста доля лиц от 18 до 44 лет составляет – 15,2%, от 45 до 54 лет жен. и от 45 до 59 лет муж. составляет – 28,0%, старше 55 лет жен. и старше 60 лет муж. – 56,8%. Была проанализирована структура первичной инвалидности взрослого населения в Санкт-Петербурге с учетом группы инвалидности. Установлено, что доля инвалидов I группы составила 18,2 %, II группы – 36,6 %, III группы 45,2%. Анализ уровня первичной инвалидности с учетом группы инвалидности показал: уровень первичной инвалидности инвалидов I группы составил 7,8 на 10 тыс. взрослого населения, инвалидов II группы составил 15,7 на 10 тыс. взрослого населения, уровень первичной инвалидности инвалидов III группы составил 19,4 на 10 тыс. взрослого населения. Как и в предыдущие годы, в 2019 г. первое ранговое место занимают инвалиды вследствие болезней системы кровообращения, которые составляют 38,0% от общего числа ВПИ, на втором месте – инвалиды вследствие злокачественных новообразований (35,0%), на третьем месте – инвалиды вследствие болезней костно-мышечной системы (4,8%), на четвертом – инвалиды вследствие нервных заболеваний (4,4%), на пятом – инвалиды вследствие психических болезней (3,5%). Перечисленные классы болезней составляют 85,7% от общего числа нозологий, явившихся причиной инвалидизации граждан Санкт-Петербурга в 2019 г. Изучение ИПРА, выданных инвалидам в 2019 г. показало, что ИПРА с заключениями о нуждаемости в мерах профессиональной реабилитации или абилитации сформирована у 13986 чел., что составило 73,2% от общего числа ВПИ. Выяснено, что потребность в мероприятиях профессиональной реабилитации у инвалидов I группы составила 8,9%, инвалидов II группы – 40,8%, III группы – 50,3%. Установлено, что в структуре всех мероприятий по профессиональной реабилитации в содействии в трудовом устройстве нуждалось подавляющее большинство ВПИ – 93,0% (12994 чел.). Показатель нуждаемости инвалидов в профессиональной ориентации составил 32,5% (4543 чел.). Согласились на взаимодействие со службой занятости населения (СЗН) по трудоустройству путем постановки на учет 52,6% (7370 чел.) инвалидов. Более дифференцированно были изучены рекомендации по оснащению специального рабочего места для трудоустройства инвалидов. Выяснено, что в числе ВПИ всего сформировано 145 рекомендаций (0,75%), из них для инвалидов по зрению 65 (45,0%), по слуху 26 (18,0%), с одновременным

нарушением функции зрения и слуха 0,7%(1) с нарушением опорно-двигательного аппарата, в том числе с использованием кресла-коляски 24 (6,2%). Следует отметить, что ИПРА с заключениями о нуждаемости в проведении мероприятий по общему и профессиональному образованию сформирована у 1185 инвалидов (6,2%).

Заключение. Таким образом, установлено что в Санкт-Петербурге в 2019 г. специалистами бюро МСЭ в целом потребности инвалидов в профессиональной реабилитации определены у 73,2 % ВПИ. Потребности в мероприятиях профессиональной реабилитации наиболее высоки у инвалидов III группы – 50,3%, меньше – у инвалидов II группы – 40,8% и незначительные – у инвалидов I группы – 8,9%. Обращает на себя внимание, что у трети среди ВПИ выявлена потребность в профессиональной ориентации (32,5%). Наиболее высоким оказался показатель выявленной потребности инвалидов в трудоустройстве, при этом 145 инвалидов нуждались в создании специального рабочего места для трудоустройства.

Ключевые слова: *инвалид, реабилитация, ИПРА, потребность, профессиональная реабилитация.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Карасаева Людмила Алексеевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения, медико-социальной экспертизы и реабилитации, 194044, г. Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12 ludkaras@yandex.ru, 8 905-206-9117, [https:// orcid.org/0000-0001-5621-0240](https://orcid.org/0000-0001-5621-0240)

Горайнова Марина Владимировна – старший преподаватель кафедры организации здравоохранения, медико-социальной экспертизы и реабилитации, 194044, г. Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12, marinagoryainova@mail.ru, 8-911-212-4405, <https://orcid.org/0000-0001-8904-8614>

Кароль Елена Викторовна – заместитель руководителя по экспертной работе, врач по медико-социальной экспертизе, 191014, Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 58, лит. А

Белавина Елена Алексеевна – начальник отдела по организации медико-социальной экспертизы и методической работы с использованием информационных систем и технологий, 191014, Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 58, лит. А

THE STUDY OF THE NEED FOR VOCATIONAL REHABILITATION MEASURES FOR PERSONS FIRST RECOGNIZED AS DISABLED IN ST. PETERSBURG IN 2019

Karasaeva L.A., Goryainova M.V., Karol E.V., Belavina E.A.

The Federal State Budgetary Institution “Saint Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation,

Federal State Institution “Main Bureau of Medical and Social Expertise in St. Petersburg” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation
St. Petersburg, Russia

Abstract

Background. An important component of the rehabilitation system for people with disabilities is vocational rehabilitation, and especially employment, which contributes to independent living and their integration into society. An indicator of the needs of people with disabilities in vocational rehabilitation is the individual program of rehabilitation or habilitation (IPRA) of a disabled person [1], which contains measures for professional rehabilitation or habilitation, recommendations on the indicated and contraindicated types of work, taking into account the impaired functions of the human body due to diseases, consequences of injuries and defects, recommended working conditions, information about employment opportunities through registration with the service authorities for nyatnosti.

Aim. Study and analysis of the needs for vocational rehabilitation measures for the first time recognized as disabled in 2019 in St. Petersburg.

Materials and methods. Forms of federal statistical observation No. 7-soves “Information on medical and social examination of persons aged 18 years and older” in St. Petersburg in 2019

Results. The primary adult disability in St. Petersburg was studied in 2019. It was found that for the first time disability was found in 19111 citizens of St. Petersburg. Among the able-bodied population of St. Petersburg, the number of people with disabilities (VPI) for the first time in 2019 amounted to 8,256 thousand people. The share of working age for the first time recognized by disabled people (VPI) among the entire adult population of St. Petersburg in 2019 was 0.18%, while the proportion of working age VPI among the total number of VPI was 43.2%, with the prevalence of the elderly age. The level of primary disability per 10 thousand adults in St. Petersburg in 2019 was 42.9 per 10 thousand people, the level of primary disability among the able-bodied population in 2019 was 22.1 per 10 thousand people. Among VPI of working age, the proportion of people from 18 to 44 years old is - 15.2%, from 45 to 54 years old wives. and from 45 to 59 years old husband. makes up - 28.0%; over 55 years old wife. and older than 60 years old husband. –56.8%. The structure of the primary adult disability in St. Petersburg was analyzed taking into account the disability group. It was found that the proportion of disabled people in group I was 18.2%, group II -

36.6%, group III 45.2%. An analysis of the level of primary disability taking into account the disability group showed: the level of primary disability of disabled people of group I was 7.8 per 10 thousand adults, disabled people of group II was 15.7 per 10 thousand adults, the level of primary disability of disabled people of group III was 19, 4 per 10 thousand adults. As in previous years, in 2019, people with disabilities due to diseases of the circulatory system, which make up 38.0% of the total number of VPI, occupy the first rank place, people with disabilities due to malignant neoplasms (35.0%), and third place people with disabilities due to diseases of the musculoskeletal system (4.8%), in the fourth - people with disabilities due to nervous diseases (4.4%), and in the fifth - people with disabilities due to mental illness (3.5%). The listed classes of diseases account for 85.7% of the total number of nosologies that caused the disability of citizens of St. Petersburg in 2019. A study of IPRA issued to people with disabilities in 2019 showed that 13,986 people formed IPRA with conclusions on the need for measures of professional rehabilitation or habilitation, which amounted to 73.2% of the total number of VPIs. It was found that the need for professional rehabilitation measures for disabled people of group I was 8.9%, disabled people of group II - 40.8%, group III - 50.3%. It was established that the vast majority of VPIs, 93.0% (12,994 people), needed the structure of all measures for vocational rehabilitation to assist in finding a job. The indicator of the need of people with disabilities in vocational guidance was 32.5%, (4543 people). They agreed to interact with the employment service (SPZ) on employment by registering 52.6% (7370 people). disabled people. Recommendations for equipping a special workplace for disabled people were studied more differentially. It was found that among the VPI, a total of 145 recommendations were formed (0.75%), of which 65 for the visually impaired (45.0%) for hearing impaired 26 (18.0%), while visual and hearing impairment was impaired 0, 7% (1) with a violation of the musculoskeletal system, including using a wheelchair 24 (6.2%). It should be noted that IPRA with conclusions on the need to conduct activities for general and vocational education was formed in 1185 disabled people (6.2%).

Conclusion. Thus, it was found that in general in St. Petersburg in 2019, the specialists of the Medical and Social Expertise Bureau identified the needs of people with disabilities in vocational rehabilitation at 73.2% of VPI. The needs for professional rehabilitation measures are highest for disabled people of group III - 50.3%, less - for disabled people of group II - 40.8% and insignificant - for disabled people of group I - 8.9%. It is noteworthy that one third of VPI identified a need for vocational guidance (32.5%). The highest was the indicator of the identified needs of the disabled for employment, while 145 disabled people needed to create a special workplace for employment.

Key words: *disabled person, rehabilitation, IPRA, need, professional rehabilitation*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Karasaeva Lyudmila Alekseevna - Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Health Care Organization, Medical and Social Expertise and Rehabilitation, 11/12 Bolshaya Sampsonievsky Ave., St. Petersburg, 194044 ludkaras@yandex.ru, 8 905-206 -9117, <https://orcid.org/0000-0001-5621-0240>

Goryainova Marina Vladimirovna - Senior Lecturer, Department of Health Care Organization, Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Bolshaya Sampsonievsky pr., 11/12, marinagoryainova@mail.ru, 8-911-212-4405, 194044, St. Petersburg <https://orcid.org/0000-0001-8904-8614>

Karol Elena Viktorovna - deputy head for expert work, physician for medical and social examination, 58 St. Petersburg, Liteiny pr., 191014, lit. A

Belavina Elena Alekseevna - head of the department for the organization of medical and social examination and methodological work using information systems and technologies, 191014, St. Petersburg, Liteiny pr., D. 58, lit. A

Введение. Важной составляющей системы реабилитации инвалидов является профессиональная реабилитация, и особенно – трудоустройство, способствующее независимой жизнедеятельности и интеграции их в общество. Индикатором показателей потребности инвалидов в профессиональной реабилитации служит индивидуальная программа реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида[1], которая содержит мероприятия по профессиональной реабилитации или абилитации, рекомендации о показанных и противопоказанных видах трудовой деятельности с учетом нарушенных функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами, рекомендуемые условия труда, информацию о возможности трудоустройства через постановку на учет в органах службы занятости.

Цель. Изучение и анализ потребностей в мероприятиях профессиональной реабилитации у впервые признанных инвалидами в 2019 г. в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы. Формы федерального статистического наблюдения № 7-собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше» в Санкт-Петербурге в 2019 г.

Результаты исследования. Изучена первичная инвалидность взрослого населения в Санкт-Петербурге за 2019 г. Установлено, что впервые инвалидность установлена у 19111 граждан Санкт-Петербурга. Среди трудоспособного населения Санкт-Петербурга число впервые признанными инвалидами (ВПИ) в 2019 г. составило 8256 тыс. человек.

Удельный вес впервые признанных инвалидами (ВПИ) трудоспособного возраста среди всего взрослого населения Санкт-Петербурга в 2019 г. составил 0,18%, при этом удельный вес ВПИ трудоспособного возраста среди общего числа ВПИ составил 43,2%, с превалированием удельного веса инвалидов пожилого возраста.

Уровень первичной инвалидности на 10 тыс. взрослого населения в Санкт-Петербурге в 2019 г. составил 42,9 на 10 тыс. населения, уровень первичной инвалидности среди трудоспособного населения в 2019 г. составил 22,1 на 10 тыс. населения.

Среди ВПИ трудоспособного возраста доля лиц от 18 до 44 лет составляет – 15,2%, от 45 до 54 лет жен. и от 45 до 59 лет муж. составляет – 28,0%, старше 55 лет жен. и старше 60 лет муж. – 56,8%.

Была проанализирована структура первичной инвалидности взрослого населения в Санкт-Петербурге с учетом группы инвалидности. Установлено, что доля инвалидов I группы составила 18,2 %, II группы – 36,6 %, III группы 45,2%.

Анализ уровня первичной инвалидности с учетом группы инвалидности показал: уровень первичной инвалидности инвалидов I группы составил 7,8 на 10 тыс. взрослого населения, инвалидов II группы составил 15,7 на 10 тыс. взрослого населения, уровень первичной инвалидности инвалидов III группы составил 19,4 на 10 тыс. взрослого населения.

Как и в предыдущие годы, в 2019 г. первое ранговое место занимают инвалиды вследствие болезней системы кровообращения, которые составляют 38,0% от общего числа ВПИ, на втором месте – инвалиды вследствие злокачественных новообразований (35,0%), на третьем месте – инвалиды вследствие болезней костно-мышечной системы (4,8%), на четвертом – инвалиды вследствие нервных заболеваний (4,4%), на пятом – инвалиды вследствие психических болезней (3,5%). Перечисленные классы болезней составляют 85,7% от общего числа нозологий, явившихся причиной инвалидизации граждан Санкт-Петербурга в 2019 г.

Изучение ИПРА, выданных инвалидам в 2019 г. показало, что ИПРА с заключениями о нуждаемости в мерах профессиональной реабилитации или абилитации сформирована у 13986 чел., что составило 73,2% от общего числа ВПИ. Выяснено, что потребность в мероприятиях профессиональной реабилитации у инвалидов I группы составила 8,9%, инвалидов II группы – 40,8%, III группы – 50,3%

Установлено, что в структуре всех мероприятий по профессиональной реабилитации в содействии в трудовом устройстве нуждалось подавляющее большинство ВПИ – 93,0% (12994 чел.). Показатель нуждаемости инвалидов в профессиональной ориентации составил 32,5%, (4543 чел.). Согласились на взаимодействие со службой занятости населения (СЗН) по трудоустройству путем постановки на учет 52,6% (7370 чел.) инвалидов.

Более дифференцированно были изучены рекомендации по оснащению специального рабочего места для трудоустройства инвалидов. Выяснено, что в числе ВПИ всего сформировано 145 рекомендаций (0,75%), из них для инвалидов по зрению 65(45,0%), по слуху 26(18,0%), с одновременным нарушением функции зрения и слуха 0,7%(1) с нарушением опорно-двигательного аппарата, в том числе с использованием кресла-коляски 24 (6,2%). Следует отметить, что ИПРА с заключениями о нуждаемости в проведении мероприятий по общему и профессиональному образованию сформирована у 1185 инвалидов (6,2%).

Заключение. Таким образом, установлено, что в целом в Санкт-Петербурге в 2019 г. специалистами бюро МСЭ потребности инвалидов в профессиональной реабилитации определены у 73,2 % ВПИ. Потребности в мероприятиях профессиональной реабилитации наиболее высоки у инвалидов III группы – 50,3%, меньше – у инвалидов II группы – 40,8% и незначительные – у инвалидов I группы – 8,9%. Обращает на себя внимание, что у трети среди ВПИ выявлена потребность в профессиональной ориентации (32,5%). Наиболее высоким оказался показатель выявленной потребности инвалидов в трудоустройстве, при этом 145 инвалидов нуждались в создании специального рабочего места для трудоустройства.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13 июня 2017 г. № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм»

[Prikaz Ministerstva truda i social'noj zashhity RF ot 13 iyunja 2017 g. № 486n “Ob utverzhdenii Porjadka razrabotki i realizacii individual'noj programmy rehabilitacii ili abilitacii invalida, individual'noj programmy rehabilitacii ili abilitacii rebenka-invalida, vydavaemyh federal'nymi gosudarstvennymi uchrezhdenijami mediko-social'noj jekspertizy, i ih form”] <https://base.garant.ru/71734826/>

УДК 617.58:616.72-089.843]-03682.85-084

МЕХАНИЗМ ВЫДЕЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ГРУПП ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО НАПОЛНЕНИЯ ПРОГРАММ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ И ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ СУСТАВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Смычек В.Б., Разуванов А.И.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»

Минск, Республика Беларусь

Аннотация

Введение. Медико-социальная значимость, связанных с последствиями имплантации суставов нижних конечностей несомненна, однако экспертно-реабилитационные технологии медицинской, профессиональной и трудовой реабилитации изучены недостаточно, причем отсутствуют единые данные и подходы, а также организационные разработки в вопросах профессиональной и трудовой реабилитации пациентов с имплантированными суставами нижних конечностей (ИСНК).

Цель. Выделить среди пациентов с имплантированными суставами нижних конечностей реабилитационные группы для возможности формирования дифференцированных индивидуальных программ реабилитации.

Материалы и методы. Для выполнения исследования сформирована выборка, включающая 133 пациента с эндопротезами крупных суставов нижних конечностей. Количество женщин составило 49 (36,84%) человек, мужчин – 84 (63,16%) человека. Выборка включала пациентов от 18 до 59 лет, средний возраст составил 49,33±6,91 лет. Трудовой деятельностью было занято 62 (46,6%) пациента, не работал 71 (53,4%) пациент. Исследование включало последовательное выполнение ряда этапов, на которых применялись стандартные методы статистической обработки результатов.

Результаты. Сформированные реабилитационные группы на уровне хорошего ($AUC=0,7-0,8$) классификатора ($AUC=0,77$; $p=0,0013$) позволили дифференцированно подойти к формированию программ профессиональной и трудовой реабилитации.

Заключение. Предложены реабилитационные группы для разработки индивидуальных программ реабилитации пациентов с ИСНК, способствующие продлению периода трудовой активности пациентов, их экономической независимости и снижению продолжительности инвалидности и пенсионирования по социальной недостаточности.

Ключевые слова: реабилитационные группы, имплантированные суставы нижних конечностей.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Смычек Василий Борисович, д-р. мед. наук, профессор, адрес: Республика Беларусь, здание административного корпуса 223027, Минская обл., Минский район, район д. Юхновка, Колодищанский с/с, 93 телефон: +375175070419; e-mail: nrc@meir.by

Разуванов Алексей Иванович, адрес: Республика Беларусь, здание административного корпуса 223027, Минская обл., Минский район, район д. Юхновка, Колодищанский с/с, телефон: +375336028921; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5033-2933>; e-mail: doc-rai@yandex.by

MECHANISM FOR SELECTING REHABILITATION GROUPS FOR DIFFERENTIATED FILLING OF PROFESSIONAL AND LABOR REHABILITATION PROGRAMS FOR PATIENTS WITH IMPLANTED LOWER LIMB JOINTS

Smychek V.B., Razuvanau A.I.

State institution “National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation”,
Minsk, Belarus

Abstract

Background. The medical and social significance associated with the consequences of implantation of lower limb joints is undeniable, but expert rehabilitation technologies of medical, professional and labor rehabilitation have not

been studied enough, and there are no unified data and approaches, as well as organizational developments in the issues of professional and labor rehabilitation of patients with implanted lower limb joints (ILLJ).

Aim. Identify rehabilitation groups among patients with implanted joints of the lower extremities for the possibility of forming differentiated individual rehabilitation programs.

Materials and methods. To perform the study, a sample was formed, including 133 patients with endoprostheses of large joints of the lower extremities. The number of women was 49 (36,84%) and men – 84 (63,16%). The sample included patients aged 18 to 59 years, with an average age of 49,33±6,91 years. 62 (46,6%) patients were employed, and 71 (53,4%) patients were not employed. The study included sequential execution of a number of stages, which used standard methods of statistical processing of results.

Results. Formed rehabilitation groups at the level of a good (AUC=0,7-0,8) classifier (AUC=0,77; p=0,0013) allowed a differentiated approach to the formation of professional and labor rehabilitation programs.

Conclusion. Rehabilitation groups are proposed for the development of individual rehabilitation programs for patients with ILLJ that help to extend the period of work activity of patients, their economic independence, and reduce the duration of disability and social disability pensions.

Key words: *rehabilitation groups, implanted joints of the lower extremities.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Vasily B. Smychek, Dr. Med., professor, address: 223027, district of the village of Yukhnovka, Kolodishchansky village council, 93, Minsk region, Minsk district, Republic of Belarus; phone number: +375175070419; e-mail: mpc@meir.by

Aliaksei I. Razuvanau, address: 223027, district of the village of Yukhnovka, Kolodishchansky village council, 93, Minsk region, Minsk district, Republic of Belarus; phone number: +375336028921; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5033-2933>; e-mail: doc-rai@yandex.by

Введение. Дегенеративно-дистрофическая патология суставов чрезвычайно распространена, причем наиболее часто в процесс вовлечены суставы нижних конечностей, приводя к ограничению выполнения требований в профильной деятельности на 67%, повседневной жизни на 36%, социальных функций на 25% [1,2].

В то время, как консервативное лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов эффективно лишь на начальных (1-2) стадиях, с учетом прогрессивного характера течения этой группы заболеваний, наиболее эффективным и прогрессивным методом лечения у пациентов с более выраженными изменениями в суставах является эндопротезирование [3,4].

Несмотря на достигнутые успехи оперативного лечения (эндопротезирования), постоянное совершенствование методики и техники имплантации, а также конструкций эндопротезов, положительные результаты после эндопротезирования имеют место в 76-89% случаев в сроки наблюдения от одного года до пяти лет, приводя оставшуюся часть пациентов к социальной недостаточности ввиду наличия у них тех или иных ограничений жизнедеятельности, которые негативно влияют на изменения характера и условий труда, необходимости профессиональных перемещений в профессию с более низкой квалификацией, установления стойкой утраты трудоспособности, что в конечном итоге приводит к социальной дезинтеграции пациентов, снижению их экономической самостоятельности и снижению численности трудовых ресурсов страны в целом [5,6].

Медико-социальная значимость, связанных с последствиями имплантирования суставов нижних конечностей несомненна, однако экспертно-реабилитационные технологии медицинской, профессиональной и трудовой реабилитации изучены недостаточно, причем отсутствуют единые данные и подходы, а также организационные разработки в вопросах профессиональной и трудовой реабилитации пациентов с имплантированными суставами нижних конечностей (ИСНК) с позиции Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Цель. Цель исследования – выделить среди пациентов с имплантированными суставами нижних конечностей реабилитационные группы для возможности формирования дифференцированных индивидуальных программ реабилитации.

Материалы и методы. Наше исследование предполагало последовательное выполнение нескольких этапов. На первом этапе была разработана методика оценки потенциальной возможности восстановления профессиональной трудоспособности пациентов с ИСНК. При выполнении методики была произведена оценка клинично-функциональной, профессиографической характеристики, а также уровня потенциальной экономической самостоятельности.

На втором этапе полученные выводы с учетом национальных подходов в области медико-социальной экспертизы и реабилитации позволили определить ключевые клинично-рентгенологические параметры и распределить их по степени влияния на перспективу участия в трудовой деятельности.

Третий этап заключался в определении лучшего классификатора для последующего формировании трудового потенциала и прогноза (использован Receiver Operating Characteristic Curve (далее – ROC) анализ).

Для решения задачи, поставленной на третьем этапе исследования, была сформирована выборка, включающая 133 пациента с ИСНК. Количество женщин составило 49 (36,84%) человек, мужчин – 84 (63,16%) человека. Выборка включала пациентов от 18 до 59 лет, средний возраст составил $49,33 \pm 6,91$ лет. Трудовой деятельностью было занято – 62 (46,6%) пациента, не работал – 71 (53,4%) пациент.

Статистическая обработка результатов исследований проведена с использованием пакета прикладных программ SPSS, Microsoft EXCEL.

Результаты исследования. По результатам предложенной методики оценки потенциальной возможности восстановления профессиональной трудоспособности пациентов с ИСНК были определены ключевые клинико-рентгенологические признаки, влияющие на перспективу трудовой занятости. Далее полученные признаки были распределены по степени влияния на возможность трудовой занятости. Последующая задача включала в себя шифровку клинико-рентгенологических признаков каждого пациента. Кодировка производилась в двоичном коде с последующим переводом в итоговый код (таблица 1).

Таблица 1 – Кодировка группирующих признаков у пациентов с ИСНК.

Признаки						Итогов ый код
Нестабильность имплантированного сустава	Наличие 2 ИСНК	Артроз III степени	Наличие 1 ИСНК	Артроз II степени	Артроз I степени	
1	2	3	4	5	6	7
0	0	0	1	0	1	5
0	0	0	1	1	0	6
0	0	0	1	0	0	4
0	0	1	1	0	0	12
0	1	0	0	0	1	17
0	1	0	0	0	0	16
0	1	1	0	0	0	24
0	1	0	0	1	0	18
1	0	0	1	0	0	36
1	0	0	1	1	0	38
1	0	1	1	0	0	44

Примечание: двоичный код: 1 – присутствие признака, 0 – отсутствие признака

Для определения дифференциального разделительного значения (клинико-рентгенологическая характеристика), позволившего сформировать реабилитационные группы с последующим определением трудового прогноза и потенциала с позиций МКФ, был использован ROC-анализ.

Диагностической точкой разделения клинико-рентгенологических параметров стала величина «6» – наличие одного имплантированного сустава (коленного или тазобедренного) и артроза II степени сустава (коленного или тазобедренного). При достижении этой величины чувствительность (Se) предложенного классификатора составила 78,6% (доверительный интервал 49,2 - 95,3), а специфичность (Sp) – 83,2% (доверительный интервал 75,2-89,4). Площадь под ROC-кривой (AUC) определялась на уровне 0,773 (доверительный интервал 0,69–0,84) при выраженной ($p=0,0013$) доверительной вероятности, что соответствовало значению хорошего классификатора ($AUC=0,7-0,8$).

Результатом ROC-анализа стало выделение двух реабилитационных групп с определенным набором клинико-рентгенологических параметров.

В первую реабилитационную группу вошли пациенты, имеющие один замененный сустав (тазобедренный или коленный) с (или без) коксартрозом (гонартрозом) I, II степени смежного или контралатерального сустава, а также пациенты с двумя замененными суставами (тазобедренным, коленным) и коксартрозом (гонартрозом) I степени смежного или контралатерального сустава или без такового.

Во вторую группу были включены пациенты с двумя замененными суставами (тазобедренным, коленным) и коксартрозом (гонартрозом) II, III степени смежного или контралатерального сустава, а также пациенты с нестабильностью компонентов эндопротеза (при наличии клинико-рентгенологических признаков).

Детализация возможностей сформированных реабилитационных групп через указание для каждой из них клинико-функциональных характеристик по МКФ позволила четко очертить каждый из уровней трудового прогноза и трудового потенциала.

Заключение. В зависимости от влияния статодинамической функции на возможность трудовой занятости аппаратом ROC-анализа для удобства формирования программ профессиональной и трудовой реабилитации были сформированы две группы пациентов с прогностической ценностью предложенных признаков на уровне хорошего классификатора (AUC=0,7-0,8).

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Клинико-морфологическая диагностика перипротезной инфекции при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава / А. В. Борисов [и др.] // Материалы IX съезда травматологов-ортопедов Республики Беларусь с международным участием, Минск, 16–17 окт. 2014 г. С. 196–199. [Clinical and morphological diagnostics of periprosthetic infection in total hip replacement/ A. V. Borisov [et al.] // Materialy IX s'ezda travmatologov-ortopedov Respubliki Belarus' s mezhdunarodnym uchastiem, Minsk, 16–17 oct. 2014. P. 196–199. (In Russ..)]
2. Современные аспекты медико-социальной реабилитации после тотального эндопротезирования: учеб.-метод. пособие / Т. Л. Оленская [и др.]. – Витебск: [б. и.], 2014. 45 с. [Modern aspects of medical and social rehabilitation after total endoprosthesis: ucheb.-metod. posobie / T. L. Olenskaya [et al.]. – Vitebsk: [b. i.,] 2014. 45 p. (In Russ..)]
3. Герасименко, М. А. Клинический случай эндопротезирования коленного сустава у пациента с ампутационной культей голени / М. А. Герасименко, Е. В. Жук, С. И. Третьяк // Медицинский журнал. 2015. № 3. С. 140–142. [Gerasimenko, M. A. A clinical case of knee replacement in a patient with an amputated leg stump / M. A. Gerasimenko, E. V. Zhuk, S. I. Tret'yak // Meditsinskii zhurnal. 2015. № 3. S. 140–142. (In Russ..)]
4. Первичное тотальное эндопротезирование коленного сустава в репродуктивном возрасте / А. В. Белецкий [и др.] // Новости хирургии. 2008. Т.16, №3. С. 61–67. [Primary total knee replacement at reproductive age / A. V. Beletskii [et al.] // Novosti khirurgii. 2008. V.16, №3. P. 61–67. (In Russ..)]
5. Азизов, М. Ж. Клинико-функциональные результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава / М. Ж. Азизов, Д. Р. Рузибоев // Ортопедия, травматология и протезирование. 2012. №. 1. С. 81–83. Ссылка активна на 07.02.2020. [Azizov, M. Zh. Clinical and functional results of total hip replacement / M. Zh. Azizov, D. R. Ruziboev Ortopediya, travmatologiya i protezirovanie. 2012. №. 1. S. 81–83. Accessed February 7, 2020. (In Russ..)] <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=19049910>
6. Асилова, С. У. Медико-социальная экспертиза и реабилитация больных и инвалидов после эндопротезирования тазобедренного сустава / С. У. Асилова, Д. Р. Рузобаев // Гений ортопедии. 2015. № 2. С. 36–39. Ссылка активна на 07.02.2020. [Asilova, S. U Medical-and-social examination and rehabilitation of patients and disabled persons after the hip total arthroplasty / S. U. Asilova, D. R. Ruzibaev // Genii ortopedii. 2015. № 2. S. 36–39. Accessed February 7, 2020. (In Russ..)] <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-sotsialnaya-ekspertiza-i-reabilitatsiya-bolnyh-i-invalidov-posle-endoprotezirovaniya-tazobedrennogo-sustava> <https://doi.org/10.18019/1028-4427-2015-2-36-39>

УДК 616-036.86

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРАВ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Копыток А.В.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»

Минск, Республика Беларусь

Аннотация

Введение. В Республике Беларусь, как и в целом во всем мире, отмечается увеличение числа людей с инвалидностью. По итогам 2019 года численность людей с инвалидностью в республике составила более 6,0% всего населения – это 571 645 чел. Правительство Республики Беларусь рассматривает людей с инвалидностью как одну из приоритетных групп в плане социального обеспечения и социальной защиты.

Цель. Анализ нормативных правовых актов в сфере обеспечения прав людей с инвалидностью и их практическая реализация.

Материалы и методы. Материалом исследования послужила совокупность нормативных правовых актов в области обеспечения прав людей с инвалидностью. В работе использовались следующие методы: документированный, аналитический и экспертный.

Результаты. Государственная политика Республики Беларусь в области защиты прав людей с инвалидностью, направлена на обеспечение им равных возможностей в реализации гражданских, политических, экономических и иных прав и свобод, предусмотренных как законодательством республики, так и в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права. Вопросы статуса и правового положения людей с инвалидностью регулируются Конституцией Республики Беларусь, рядом общих и специальных актов законодательства. Основополагающими документами, определяющими правовое регулирование вопросов инвалидности и защиты прав людей с инвалидностью в республике, являются Законы Республики Беларусь от 23 июля 2008 года № 422-3 «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», от 11 ноября 1991 года № 1224-ХП «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь», направленные на определение правовых и организационных основ предупреждения инвалидности и реабилитации людей с инвалидностью, улучшение их качества жизни, осуществление эффективных мер по их социальной защите, обеспечению равенства и полноправного участия в жизни общества. С 2016 года в Республике Беларусь осуществляется реализация мероприятий Государственных программ: Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016 – 2020 годы, Образование и молодежная политика на 2016 – 2020 годы, О социальной защите и содействии занятости населения на 2016 – 2020 годы, развития физической культуры и спорта в Республике Беларусь на 2016 – 2020 годы, направленных на предупреждение инвалидности и реабилитацию людей с инвалидностью, интеграцию людей с инвалидностью в общество, создание безбарьерной среды жизнедеятельности физически ослабленных лиц. В 2017 году утвержден Национальный план действий по реализации в Республике Беларусь положений Конвенции о правах инвалидов, направленный решение следующих задач: обеспечение равенства прав людей с инвалидностью и защиты от дискриминации по признаку инвалидности; создание условий для интеграции людей с инвалидностью во все сферы жизнедеятельности общества; укрепление в сознании общества уважительного отношения к правам, свободам и достоинству людей с инвалидностью; создание организационных и институциональных условий для реализации положений Конвенции.

Заключение. Вопросы статуса и правового положения людей с инвалидностью в Республике Беларусь регулируются Конституцией, Законами, постановлениями Правительства и иными нормативными правовыми актами. Важную роль в осуществлении государственной политики в отношении людей с инвалидностью инвалидов играют Государственные программы и Национальный план действий по реализации в Республике Беларусь положений Конвенции о правах инвалидов. Реализация мероприятий Государственных программ и Национального плана действий по реализации в Республике Беларусь положений Конвенции о правах инвалидов позволит снять или значительно уменьшить существующие барьеры, повысить качество оказания медицинской, социально-культурной, профессионально-трудовой помощи людям с инвалидностью, улучшить их качество жизни.

Ключевые слова: люди с инвалидностью, национальное законодательство, социальная защита, реабилитация.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Копыток Анна Владимировна, кандидат биологических наук, доцент 223027, район д. Юхновка, Колодищанский с/с, 93 Минский р-н, Минская обл., ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6411-2744>

LEGAL AND REGULATORY ASPECTS OF HUMAN RIGHTS WITH DISABILITIES IN THE REPUBLIC OF BELARUS

Капыток Н.В.

State Institution «National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation
Minsk, Republic of Belarus

Abstract

Background. In Belarus, as in the world as a whole, there has been an increase in the number of persons with disabilities. According to the results of 2019, the number of people with disabilities in the Republic amounted to more than 6.0% of the total population – 571 645 people. The Government of the Republic of Belarus regards persons with disabilities as a priority group in terms of social security and social protection.

Aim. Analysis of normative legal acts in the field of ensuring the rights of persons with disabilities and their practical implementation.

Materials and methods. The material of the study was a set of normative legal acts in the field of ensuring the rights of persons with disabilities. The following methods were used: documented, analytical and expert.

Results. The State policy of the Republic of Belarus in the field of protection of the rights of persons with disabilities is aimed at ensuring them equal opportunities in the realization of civil, political, economic and other rights and freedoms provided for both by the legislation of the Republic and in accordance with the generally recognized

principles and norms of international law. The status and legal status of persons with disabilities are regulated by the Constitution of the Republic of Belarus and a number of general and special acts of legislation. The fundamental documents defining the legal regulation of the issues of disability and protection of the rights of persons with disabilities in the Republic, Act No. 422-3 of 23 July 2008 on the prevention and rehabilitation of persons with disabilities, No. 1224-XII of 11 November 1991 on the social protection of persons with disabilities in the Republic of Belarus, Aimed at defining the legal and institutional framework for the prevention and rehabilitation of persons with disabilities, Improving their quality of life, implementing effective measures for their social protection, equality and full participation in society. Since 2016, the Republic of Belarus has implemented the activities of the State programmers: Health of the People and Demographic Security of the Republic of Belarus "for 2016 – 2020, Education and Youth Policy for 2016 – 2020, On Social Protection and Employment Promotion for 2016 – 2020, Development of physical culture and sports in the Republic of Belarus for 2016 – 2020, Aimed at preventing and rehabilitating persons with disabilities, integrating persons with disabilities into society, creating a barrier-free environment for physically weakened persons. In 2017, the National Plan of Action for the Implementation of the Provisions of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities in Belarus was approved with a view to achieving the following objectives: ensuring equality of rights of persons with disabilities and protection against discrimination on the basis of disability; To create conditions for the integration of persons with disabilities into all spheres of society; Strengthening respect for the rights, freedoms and dignity of persons with disabilities in society; Creation of institutional and institutional conditions for the implementation of the provisions of the Convention.

Conclusion. The status and legal status of persons with disabilities in the Republic of Belarus are regulated by the Constitution, laws, Government regulations and other normative legal acts. The State programmers and the National Plan of Action for the Implementation of the Provisions of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities in Belarus play an important role in the implementation of the State policy on persons with disabilities. The implementation of State programmers and the National Plan of Action to implement the provisions of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities in Belarus will remove or significantly reduce existing barriers, improve the quality of medical, socio-cultural and vocational assistance to persons with disabilities and improve their quality of life.

Key words: disabled people, national legislation, social protection, rehabilitation.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Hanna V. Kapytok, associate Professor 223027, district of the village of Yukhnovka, Kolodishchansky village council, 93, Minsk region, Minsk district, Republic of Belarus, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6411-2744>

Введение. Одним из приоритетных направлений социальной политики государства на современном этапе развития общества является решение проблем людей с инвалидностью. По данным Всемирной организации здравоохранения более миллиарда человек (около 15%) во всем мире живут с какой-либо формой инвалидности. В Республике Беларусь на 1 декабря 2019 года на учете в органах по труду, занятости и социальной защите в Республике Беларусь состояло 571 645 людей с инвалидностью, в том числе 89 422 чел. – I группы, 260 422 чел. – II группы, 188 727 чел. – III группы, 33 054 – детей в возрасте до 18 лет. Удельный вес людей с инвалидностью в общей численности населения составляет – 6,0%, среди детей – 1,8%. При этом более 58 тысяч человек ежегодно впервые признаются инвалидами. Правительство Республики Беларусь рассматривает людей с инвалидностью как одну из приоритетных групп в плане социального обеспечения и социальной защиты.

Цель. Анализ нормативных правовых актов в сфере обеспечения прав людей с инвалидностью и их практическая реализация.

Материалы и методы. Материалом исследования послужила совокупность нормативных правовых актов в области обеспечения прав людей с инвалидностью. В работе использовались следующие методы: документированный, аналитический и экспертный.

Результаты исследования. Республика Беларусь проводит последовательную государственную политику в области защиты прав людей с инвалидностью, направленную на обеспечение им равных возможностей в реализации гражданских, политических, экономических и иных прав и свобод, предусмотренных как законодательством республики, так и в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права. Вопросы статуса и правового положения людей с инвалидностью регулируются Конституцией Республики Беларусь, рядом общих и специальных актов законодательства. Так, в Конституции Республики Беларусь закреплено неотъемлемое право каждого человека, включая людей с инвалидностью, на достойный уровень жизни (статья 21); труд, как наиболее достойный способ самоутверждения человека (статья 41), охрану здоровья, в том числе доступное для всех граждан медицинского обслуживание (статья 45); образование (статья 49); участие в культурной жизни (статья 51);

социальное обеспечение в случае инвалидности, утраты трудоспособности (статья 47), другое; провозглашены равенство всех перед законом и право каждого на равную защиту прав и законных интересов (статья 22).

Основополагающими документами, определяющими правовое регулирование вопросов инвалидности и защиты прав людей с инвалидностью в республике, являются Закон Республики Беларусь от 23 июля 2008 года № 422-3 «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», направленный на определение правовых и организационных основ предупреждения инвалидности и реабилитации людей с инвалидностью в целях предотвращения случаев возникновения инвалидности, улучшения качества жизни людей с инвалидностью, их социальной адаптации и интеграции в общество, а также восстановления или компенсации нарушенных или утраченных функций органов и систем организма, ограничений жизнедеятельности людей с инвалидностью в соответствии с их интересами и потенциальными возможностями и Закон Республики Беларусь от 11 ноября 1991 года № 1224-ХП «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь», направленный на определение и реализацию государственной политики в отношении людей с инвалидностью, в целях осуществление эффективных мер по их социальной защите, обеспечению равенства и полноправного участия в жизни общества.

Обеспечение практически всех прав и свобод в отношении людей с инвалидностью прямо или косвенно связано с соблюдением принципа доступности, включающего обеспечение возможности доступа к услугам, сервисам, образованию, а также и как буквальное содержание доступности окружающей среды, инфраструктуры для лиц с ограниченной мобильностью. Данный принцип является одним из направлений государственной политики Республики Беларусь. Так, в соответствии со статьей 10 Закона Республики Беларусь от 5 июля 2004 года «Об архитектурной, градостроительной и строительной деятельности в Республике Беларусь» среда обитания должна способствовать социальной адаптации физически ослабленных лиц, к которым относятся люди с инвалидностью, а также лица с ограниченными возможностями передвижения. Физически ослабленным лицам при осуществлении архитектурной, градостроительной и строительной деятельности должна создаваться безбарьерная среда, а именно условия, обеспечивающие возможность беспрепятственного передвижения (в том числе пешком, на колясках, личном и общественном транспорте), доступа в здания и сооружения, включая жилые дома и квартиры, передвижения и деятельности внутри этих объектов, а также в местах отдыха и туризма, иных объектах рекреационного и оздоровительного назначения.

Необходимым аспектом в области здравоохранения для реализации на национальном уровне общего принципа доступности, является организация услуг в сфере здравоохранения как можно ближе к местам непосредственного проживания людей. В целях своевременного оказания медицинской помощи граждане Республики Беларусь, в т.ч. и люди с инвалидностью, закрепляются за государственными учреждениями здравоохранения по их месту жительства (месту пребывания), а при наличии ведомственных организаций здравоохранения – также и по месту работы (учебы, службы). В сельских местностях действуют фельдшерско-акушерские пункты; сельские врачебные амбулатории, амбулатории врача общей практики; сельские участковые больницы. Людям с инвалидностью гарантируется квалифицированная бесплатная медицинская помощь, в т.ч. и медицинская реабилитация в государственных медицинских учреждениях.

В республике принимаются меры, направленные на особую защиту прав и законных интересов детей с инвалидностью, материальную поддержку семей, воспитывающих данных детей, обеспечение доступности медицинской помощи и образования для детей с особенностями психофизического развития. Так, Законом Республики Беларусь от 19.11.1993 №2570-ХП «О правах ребенка» закреплены права каждого ребенка, в том числе ребенка с инвалидностью, на достойный уровень жизни, образование, др.

Особое внимание государством уделяется людям с инвалидностью, лицам не способным на равных конкурировать в получении образования, на рынке труда. Так, статья 3 Кодекса Республики Беларусь об образовании закрепляет право на получение образования каждого гражданина Республики Беларусь. Лицам с особенностями психофизического развития при получении образования оказывается коррекционно-педагогическая помощь и создаются специальные условия для получения образования с учетом особенностей их психофизического развития.

Профессиональная ориентация людей с инвалидностью, в том числе детей осуществляется на общегосударственном и территориальном уровнях в соответствии с Концепцией развития профессиональной ориентации молодежи в Республике Беларусь, утвержденной постановлением Министерства труда и социальной защита Республики Беларусь, Министерства экономики Республики Беларусь, Министерства образования Республики Беларусь от 31.03.2014 №15/27/23. Образование и профессиональная подготовка людей с инвалидностью осуществляются в различных формах, включая обучение на дому и по индивидуальным учебным планам.

В соответствии с Законом Республики Беларусь «О занятости населения Республики Беларусь» государственная политика в области содействия занятости населения направлена, в том числе, на обеспечение равных возможностей всем гражданам в реализации права на труд, означающего право на выбор профессии, рода занятий и работы в соответствии с призванием, способностями, образованием, профессиональной подготовкой и с учетом общественных потребностей, а также на здоровые и безопасные условия труда; предоставление дополнительных гарантий занятости гражданам, особо нуждающимся в социальной защите и не способным на равных условиях конкурировать на рынке труда; поощрение нанимателей, сохраняющих действующие и создающих новые рабочие места, в том числе для граждан, особо нуждающихся в социальной защите и не способных на равных условиях конкурировать на рынке труда. Особенности регулирования труда людей с инвалидностью определены Кодексом Республики Беларусь от 26.07.1999 №296-3 «Трудовой Кодекс Республики Беларусь» и другими нормативными правовыми актами в сфере законодательства о труде. Для повышения конкурентоспособности людей с инвалидностью на рынке труда, а также оказания помощи в реализации их трудового потенциала осуществляется их направление на трудовую реабилитацию и адаптацию, профессиональное обучение, подготовку и переподготовку. В целях трудоустройства людей с инвалидностью бронируются и создаются специализированные рабочие места.

28 сентября 2015 года Республикой Беларусь была подписана Конвенция о правах инвалидов, принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 13 декабря 2006 года. Конвенция ратифицирована Законом Республики Беларусь от 18 октября 2016 года «О ратификации Конвенции о правах инвалидов». Для реализации положений Конвенции постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 13.06.2017 № 451 утвержден Национальный план действий по реализации в Республике Беларусь положений Конвенции о правах инвалидов на 2017 – 2025 годы.

Стратегической целью выполнения мероприятий Национального плана является создание правовых, организационных и институциональных условий для реализации норм Конвенции и прав инвалидов в Республике Беларусь.

Для достижения поставленной цели решаются следующие задачи:

Задача 1. Обеспечение равенства прав людей с инвалидностью и защиты от дискриминации по признаку инвалидности, путем обеспечения правового регулирования вопросов недискриминации людей с инвалидностью, включая императивный запрет дискриминации по признаку инвалидности, совершенствование организационно-технических условия для обеспечения фактического равенства инвалидов в различных сферах экономической, политической и социальной жизни в процессе реализации ими потенциальных возможностей, повышение уровень доступа людей с инвалидностью к правосудию.

Задача 2. Создание условий для интеграции людей с инвалидностью во все сферы жизнедеятельности общества, путем расширения доступности среды, услуг и информации для участия людей с инвалидностью наравне с другими гражданами во всех сферах общественной жизни, для получения образования, совершенствования медицинской и социальной помощи, абилитации и реабилитации, обеспечения государственной поддержки, социальной защиты, совершенствования условия их для участия в культурной и спортивной жизни страны.

Задача 3. Укрепление в сознании общества уважительного отношения к правам, свободам и достоинству людей с инвалидностью, за счет реализации мероприятий по проведению просветительно-воспитательной работы в обществе по вопросам инвалидности и уважительного отношения к правам и достоинству, обеспечению реализации прав людей с инвалидностью на участие в общественной и политической жизни страны.

Задача 4. Создание организационных и институциональных условий для реализации положений Конвенции, путем реализации мероприятий по развитию научного и статистического обеспечения выполнения положений Конвенции, интенсификации международного сотрудничества в области реализации прав инвалидов, организации мониторинга, контроля и координации деятельности по реализации Конвенции в Республике Беларусь.

С 2016 г. в Республике Беларусь осуществляется реализация ряда Государственных программ, направленных на интеграцию людей с инвалидностью в общество, предупреждение инвалидности и реабилитацию инвалидов, создание безбарьерной среды жизнедеятельности физически ослабленных лиц:

Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016 – 2020 годы», утвержденная постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 14.03.2016 № 200, которая включает подпрограмму 2 "Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний"; одной из задач которой является снижение преждевременной смертности и стабилизация инвалидности населения, наступивших по причине неинфекционных заболеваний;

Государственная программа о социальной защите и содействии занятости населения на 2016 – 2020 годы, утвержденная постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 30.01.2016 № 73, целью которой

является развитие системы социальной защиты населения посредством повышения эффективности политики занятости населения, улучшения условий охраны труда, создания безбарьерной среды жизнедеятельности, обеспечения социальной интеграции людей с инвалидностью и пожилых граждан;

Государственная программа «Образование и молодежная политика» на 2016 – 2020 годы, утвержденная постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28.03.2016 № 250, включающая подпрограмму 3 «Развитие системы специального образования», целями которой являются: развитие инклюзивного образования лиц с особенностями психофизического развития (задача 1), сохранение доступности и вариативности образования для лиц с особенностями психофизического развития (задача 2);

Государственная программа развития физической культуры и спорта в Республике Беларусь на 2016 – 2020 годы, утвержденная постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 12.04.2016 №303, включающая подпрограмму, задачей которой является создание системы реабилитации и адаптации лиц с ограниченными возможностями к полноценной жизни средствами физической культуры и спорта, подготовка и переподготовка специалистов для работы с данной категорией граждан.

Заключение. Государственная политика Республики Беларусь в отношении людей с инвалидностью направлена на осуществление эффективных мер по их социальной защите, обеспечению равенства и полноправного участия в жизни общества и основывается на Конституции Республики Беларусь, Законах Республики Беларусь, постановлениях Правительства и иных нормативных правовых актах. Важную роль в осуществлении государственной политики в отношении людей с инвалидностью инвалидов играют государственные программы, реализация которых направлена на снижение преждевременной смертности и стабилизация инвалидности населения, наступивших по причине неинфекционных заболеваний; создание безбарьерной среды жизнедеятельности; обеспечение социальной интеграции инвалидов и пожилых граждан; развитие инклюзивного образования лиц с особенностями психофизического развития; сохранение доступности и вариативности образования для лиц с особенностями психофизического развития; создание системы реабилитации и адаптации лиц с ограниченными возможностями к полноценной жизни средствами физической культуры и спорта. А также Национальный план действий по реализации в Республике Беларусь положений Конвенции о правах инвалидов, реализация задач которого позволит снять или значительно уменьшить существующие барьеры, повысить качество оказания медицинской, социально-культурной, профессионально-трудовой помощи людям с инвалидностью, улучшить их качество жизни.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

УДК 616.1/4-036.865

СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОЦЕНКИ УТРАТЫ ОБЩЕЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОбНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СО ВЗАИМООТЯГОЩАЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ОРГАНИЗМА

Власова-Розанская Е.В.

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации
Минск, Республика Беларусь

Аннотация

Введение. Трудоспособность – совокупность физических и духовных возможностей человека, зависящих от состояния здоровья и позволяющих ему заниматься трудовой деятельностью. Экспертиза трудоспособности - это вид экспертизы, который заключается в определении причин, длительности, степени временной или стойкой утраты трудоспособности человека в связи с заболеванием, травмой или другой причиной, а также определении потребности пациента в видах медицинской помощи и мерах социальной защиты.

Цель. Целью исследования является разработка технологии оценки утраты общей и профессиональной трудоспособности при наличии комбинированной взаимоотягощающей патологии органов и систем организма

Материалы и методы. Проведено обследование 197 пациентов: 31 (15,7%) пациент с сахарным диабетом, 21 (10,6%) пациент с хронической обструктивной болезнью легких, 28 (14,2%) пациентов с кардиологической патологией, 23 (11,7%) пациента с облитерирующими заболеваниями нижних конечностей, 18 (9,1%) пациентов с цереброваскулярной болезнью, 30 (15,2%) пациентов с профессиональными заболеваниями, 30 (15,2%) пациентов с трудовым увечьем, 16 (8,1%) пациентов после перенесенных травм. Средний возраст пациентов составил 45,6±2,3 года.

Методы исследования. анамнестический метод, физикальные методы, клинико-лабораторные методы, клинико-инструментальные методы, клинико-экспертный метод. Методы обследования соответствовали наиболее значимым в оценке клинико-функционального состояния, включенных в протоколы диагностики и лечения, утвержденные Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Результаты. В ходе проведенного исследования разработаны на основании нормативных документов математические выражения для оценки степени утраты общей и профессиональной трудоспособности у пациентов со взаимоотягощающей патологией. Предложены математические формулы для оценки степени утраты общей и профессиональной трудоспособности.

Заключение. В статье приводятся методы оценки утраты общей, профессиональной трудоспособности с использованием математических формул, позволяющих наиболее точно оценить степень утраты трудоспособности, что является важным в оценке медико-социальных последствий данной патологии и необходимым для впервые разрабатываемых технологий медицинской реабилитации.

Ключевые слова: *общая трудоспособности, профессиональная трудоспособность, степень утраты, метод оценки*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Власова-Розанская Елена Валерьевна, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник лаборатории медицинской экспертизы и реабилитации при терапевтической патологии ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», посёлок Городище, Минский район 223027, Беларусь

MODERN TECHNOLOGY OF ASSESSMENT OF LOSSES OF GENERAL AND PROFESSIONAL EMPLOYMENT IN PATIENTS WITH COMBATING PATHOLOGY OF ORGANISMS AND SYSTEMS

Vlasava-Razanskaya E.V.

“Republican scientific and practical center of medical examination and rehabilitation”

Minsk, Republic of Belarus

Abstract

Background. Disability - a combination of physical and spiritual capabilities of a person, depending on the state of health and allowing him to engage in labor activities. Disability examination is a type of examination, which consists in determining the causes, duration, degree of temporary or permanent disability of a person in connection with a disease, injury or other reason, as well as determining the patient's need for types of medical care and social protection measure.

Aim. The aim of the study is to develop a technology for assessing the loss of general and professional disability in the presence of a combined, mutually addictive pathology of organs and systems of the body.

Materials and methods. Materials and methods. A survey of 197 patients: 31 (15.7%) patients with diabetes, 21 (10.6%) patients with chronic obstructive pulmonary disease, 28 (14.2%) patients with cardiac pathology, 23 (11.7%) patients with obliterating diseases of the lower limbs, 18 (9.1%) patients with cerebrovascular disease, 30 (15.2%) patients with occupational diseases, 30 (15.2%) patients with labor injuries, 16 (8.1%) patients after injuries. The average age of the patients was 45.6 + 2.3 years. Research methods: anamnestic method, physical methods, clinical and laboratory methods, clinical and instrumental methods, clinical and expert method. The examination methods corresponded to the most significant in assessing the clinical and functional state included in the diagnostic and treatment protocols approved by the Ministry of Health of the Republic of Belarus.

Results. In the course of the study, mathematical expressions were developed on the basis of regulatory documents to assess the degree of loss of general and professional disability in patients with mutually aggravating pathology. Mathematical formulas are proposed for assessing the degree of loss of general and professional disability.

Conclusion. The article provides methods for assessing the loss of general, professional disability using mathematical formulas that allow the most accurate assessment of the degree of disability, which is important in assessing the medical and social consequences of this pathology and necessary for the first developed medical rehabilitation technologies.

Key words: *general working capacity, professional working capacity, degree of loss, assessment method.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Elena V. Vlasova-Rozanskaya, candidate of medical Sciences, leading researcher of the laboratory of medical expertise and rehabilitation in therapeutic pathology of the state institution “Republican scientific and practical center for medical expertise and rehabilitation”, phone number (29) 650-68-33, ORCID 8.215.368

Введение. Трудоспособность – совокупность физических и духовных возможностей человека, зависящих от состояния здоровья и позволяющих ему заниматься трудовой деятельностью. Трудоспособность человека не является на протяжении всей жизни постоянной. Она изменяется в связи со старением организма в целом,

а также его отдельных органов и систем, с психическим состоянием, социальными условиями и воздействием условий внешней среды, вследствие заболеваний, отравлений, травм.

Экспертиза трудоспособности - это вид экспертизы, который заключается в определении причин, длительности, степени временной или стойкой утраты трудоспособности человека в связи с заболеванием, травмой или другой причиной, а также определении потребности пациента в видах медицинской помощи и мерах социальной защиты.

Цель. Целью исследования является разработка технологии оценки утраты общей и профессиональной трудоспособности при наличии комбинированной взаимоотягощающей патологии органов и систем организма

Материалы и методы. Проведено обследование 197 пациентов: 31 (15,7%) пациент с сахарным диабетом, 21 (10,6%) пациент с хронической обструктивной болезнью легких, 28 (14,2%) пациентов с кардиологической патологией, 23 (11,7%) пациента с облитерирующими заболеваниями нижних конечностей, 18 (9,1%) пациентов с цереброваскулярной болезнью, 30 (15,2%) пациентов с профессиональными заболеваниями, 30 (15,2%) пациентов с трудовым увечьем, 16 (8,1%) пациентов после перенесенных травм. Средний возраст пациентов составил 45,6±2,3 года.

Методы исследования. Анамнестический метод, физикальные методы, клиничко-лабораторные методы, клиничко-инструментальные методы, клиничко-экспертный метод. Методы обследования соответствовали наиболее значимым в оценке клиничко-функционального состояния, включенных в протоколы диагностики и лечения, утвержденные Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Результаты исследования. Общая трудоспособность — это способность к выполнению широкого круга простейших трудовых процессов, как правило, ограниченных бытовыми нуждами, которые относятся к категории самообслуживания [1].

Критерием оценки утраты общей трудоспособности является снижение способности к выполнению широкого круга простейших трудовых процессов, как правило, ограниченных бытовыми нуждами (самостоятельное передвижение, приготовление пищи, сохранение в порядке жилья, имущества, одежды, осуществление ухода за животными и другие, которые относятся к категории самообслуживания) и (или) любых видов неквалифицированного труда. Способность к самообслуживанию — это способность самостоятельно справляться с основными физиологическими потребностями, выполнять повседневную бытовую деятельность и сохранять навыки личной гигиены, обеспечивающая эффективное независимое (в соответствии с возрастными особенностями) существование в окружающей среде.

Медицинская экспертиза на предмет оценки степени утраты общей трудоспособности осуществляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Определение степени утраты общей трудоспособности включает интегрированную клиничко-функциональную характеристику стойких нарушений функций органов и систем организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приведенную в соответствие с критериями и параметрами оценки указанных нарушений, для чего необходимо определить: степень выраженности указанных нарушений; характер и тяжесть течения заболевания, активность патологического процесса; иные показатели, оказывающие влияние на состояние общей трудоспособности пациента

При определении степени утраты общей трудоспособности оценивают следующие нарушения функций организма: психические (восприятие, внимание, память, мышление, интеллект, эмоции, воля, сознание, поведение, психомоторные функции); языковые и речевые (нарушение устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия), а также письменная (дисграфия, дислексия), вербальная и невербальная речь, нарушение голосообразования и прочие; сенсорные (зрение, слух, обоняние, осязание, тактильная, болевая, температурная и другие виды чувствительности); статодинамические (двигательные функции головы, туловища, конечностей, статика, координация движений); кровообращение, дыхание, пищеварение, выделение, кроветворение, обмен веществ и энергии, внутренняя секреция, иммунитет; нарушения, обусловленные физическим уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела).

Критерии оценки утраты общей трудоспособности при наличии комбинированной взаимоотягощающей патологии органов и систем организма

Процент утраты общей трудоспособности устанавливается на основании инструкции по применению № 248-1215, утвержденную Министерством здравоохранения Республики Беларусь 23 декабря 2015г. «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 в совокупности.

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 расчете средневзвешенного значения показателя и осуществляется по следующей формуле:

где P_v — значение рассматриваемого показателя;

P_{n-1} — конкретное числовое значение каждого из рассматриваемых показателей (значение в процентах);

U_{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

Пример 1: Пациентка В., 56 лет. Диагноз: Хроническая обструктивная болезнь лёгких тяжелая форма с частыми обострениями (более 6 раз в год). ДН 2 ст. (п. 1.1.1.6—70%)

Диагноз: ИБС: стенокардия напряжения ФК 3 Постинфарктный (2017г.) и атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, коронарных артерий Н 2А. (п. 22.1.7-70%)

Цирроз печени субкомпенсированный, с выраженными признаками активности; умеренной портальной гипертензией (класс В по Чайлд-Пью) (п. 3.4.2.3.- 70%)

Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, ХАН 3 слева, ХАН 2 справа (п. 2.4.1.5-60%).

$$P_v = 70\% * 3 + 70\% * 3 + 70\% * 3 + 60\% * 3 = 8,1\%$$

100

Итог: степень утраты общей трудоспособности $70\% + 8,1\% = 78,1\%$

Пример 2. Пациент Д., 59 лет.

Диагноз: ИБС: стенокардия напряжения ФК 2. Атеросклеротический кардиосклероз атеросклероз аорты, коронарных артерий. Н 2А (п. 2.2.1.4-50%) Артериальная гипертензия 2 ст., риск 4, с кризами неосложненными средней частоты (п. 2.1.1.2- 40%).

Сахарный диабет, тип 1, тяжелое течение. Диабетическая нефропатия с ХПН 3, ХБП4 ст. (п. 4.1.1.5-70%). Диабетическая пролиферативная ретинопатия. Диабетическая антипатия, ХАН 3, синдром диабетической стопы 5 стадии. Дистальная сенсомоторная невропатия (п. 11.2.5.3.-70%).

Отдалённые последствия перенесенного ОНМК (2015г), умеренный гемипарез нижних конечностей, ФК2 (п. 6.1.3.-40%).

$$P_v = 50\% * 2 + 40\% * 2 + 70\% * 3 + 70\% * 3 + 40\% * 2 = 6,8\%$$

100

Итог: степень утраты общей трудоспособности $70\% + 6,8\% = 76,8\%$

Метод оценки утраты профессиональной трудоспособности при наличии комбинированной взаимоотягощающей патологии органов и систем организма

Освидетельствование пациента (потерпевшего) с комбинированной взаимоотягощающей патологии органов и систем организма МРЭК выполняется на основании обращения нанимателя (страхователя), страховщика, по определению суда (судьи) либо по самостоятельному обращению потерпевшего или его представителя при предоставлении акта о несчастном случае на производстве либо акта о профессиональном заболевании.

Проведение экспертизы профессиональной трудоспособности предусматривает вынесение заключения о возможности потерпевшего с комбинированной взаимоотягощающей патологией выполнять

профессиональный труд в полном объеме, в условиях, предусмотренных технологией производства и организацией рабочего места. На основании вынесенного экспертного заключения формируются рекомендации к трудоустройству, профессиональной подготовке.

Освидетельствование потерпевшего с комбинированной взаимоотягощающей патологией проводится по месту его жительства либо по месту прикрепления к организации здравоохранения и осуществляется следующим образом.

Организация здравоохранения проводит необходимые диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия и по их результатам оформляет потерпевшему с комбинированной взаимоотягощающей патологией направление в МРЭК на освидетельствование для установления степени утраты профессиональной трудоспособности. В направлении указываются данные о состоянии здоровья потерпевшего, отражающие степень нарушения функций органов и систем организма, состояние его компенсаторных возможностей и результаты проведенных лечебных и реабилитационных мероприятий.

Если потерпевший по состоянию здоровья не может явиться в МРЭК, освидетельствование проводится на дому или в стационаре, где потерпевший находится на лечении.

Если имеется необходимость обследования пациента с использованием специальных методик или оборудования для получения дополнительных данных, МРЭК направляет потерпевшего с комбинированной взаимоотягощающей патологией на обследование в государственную организацию здравоохранения, профильное реабилитационное или иное учреждение, запрашивает необходимые сведения, осуществляет проверку условий труда потерпевшего и его социально-бытовых условий и принимает иные меры, необходимые для освидетельствования, а наниматель (страхователь) предоставляет по запросу МРЭК сведения о характере и условиях труда потерпевшего, которые предшествовали несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию.

В случае отказа потерпевшего от дополнительного обследования экспертное решение о степени утраты профессиональной трудоспособности принимается на основании имеющихся данных, о чем делается соответствующая запись в акте освидетельствования потерпевшего.

Исходя из полученных документов и сведений, личного осмотра потерпевшего определяется степень утраты его профессиональной трудоспособности, на основании оценки имеющихся у потерпевшего с комбинированной взаимоотягощающей патологией профессиональных способностей, психофизиологических возможностей и профессионально значимых качеств, позволяющих продолжать выполнять профессиональную деятельность, предшествовавшую несчастному случаю на производстве и профессиональному заболеванию, того же содержания и в том же объеме либо с учетом снижения квалификации, уменьшения объема выполняемой работы и тяжести труда в обычных или специально созданных производственных условиях. Под специально созданными производственными условиями понимается организация работы, при которой потерпевшему устанавливаются сокращенный рабочий день, индивидуальные нормы выработки, дополнительные перерывы в работе, создаются соответствующие санитарно-гигиенические условия, рабочее место оснащается специальными техническими средствами, организуется систематическое медицинское наблюдение и другие мероприятия.

Экспертное решение о степени утраты профессиональной трудоспособности принимается в присутствии потерпевшего с комбинированной взаимоотягощающей патологией простым большинством голосов специалистов, проводивших освидетельствование, и результаты освидетельствования объявляются потерпевшему в доступной для него форме председателем МРЭК в присутствии специалистов, принимавших экспертное решение, которые при необходимости дают разъяснения потерпевшему или его представителю.

Если у одного и того же гражданина имели место повторные несчастные случаи на производстве и (или) профессиональные заболевания, то ему определяется общая степень утраты профессиональной трудоспособности на момент освидетельствования по совокупности от первого и повторного случаев, независимо от того, имели они место в период работы у одного нанимателя или разных нанимателей; в целом степень утраты профессиональной трудоспособности не может превышать 100%.

Критерии оценки утраты профессиональной трудоспособности при наличии комбинированной взаимоотягощающей патологии органов и систем организма

1) Оценка утраты профессиональной трудоспособности производится в соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 09.01.2004г. № 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» [2,3].

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 100 процентов в совокупности.

Совокупная оценка степени функциональных нарушений вычисляется производится по следующей формуле средневзвешенного значения:

$$x = (a_1 * w_1 + a_2 * w_2 + \dots + a_n * w_n) / (w_1 + w_2 + \dots + w_n),$$

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 выраженное в процентах функциональному нарушению прибавляется полученное средневзвешенное значение.

6) В зависимости от профессионального статуса освидетельствуемого в соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 09.01.2004г. № 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» определяется процент утраты профессиональной трудоспособности.

В итоге при определении общей степени профессиональной трудоспособности в зависимости от профессионального статуса потерпевшего:

7) в случае, если потерпевший, ранее выполнявший квалификационную работу в обычных производственных условиях, может выполнять только неквалифицированные виды труда в специально созданных производственных условиях, устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности до 90 процентов;

8) в случае, если потерпевший может выполнять в специально созданных производственных условиях работу более низкой квалификации с учетом профессиональных знаний и навыков, устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности до 80 процентов;

9) в случае, если потерпевший может выполнять в специально созданных производственных условиях работу по профессии, предшествующей несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию, устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности от 61 до 70 процентов;

10) в случае, если потерпевший утратил профессию и может выполнять легкие неквалифицированные виды труда; может выполнять работу по профессии, но со снижением квалификации на четыре тарификационных разряда; может выполнять неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на четыре категории тяжести, устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности до 60 процентов;

11) в случае, если потерпевший может выполнять работу по профессии со снижением квалификации на три тарификационных разряда; может выполнять работу по профессии с уменьшением объема производственной деятельности (на 0,5 ставки); может выполнять неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на три категории тяжести, устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности до 50 процентов;

12) в случае, если потерпевший может выполнять работу по профессии с уменьшением объема производственной деятельности; работу не по профессии, но с использованием профессиональных навыков; работу по профессии со снижением квалификации на два тарификационных разряда; неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на две категории тяжести, устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности от 25 до 40 процентов.

13) В случае, если потерпевший может выполнять работу по профессии со снижением квалификации на один тарификационный разряд; неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на одну категорию тяжести; работу по основной профессии с незначительным снижением объема

профессиональной деятельности (снижением нормы выработки на 1/3 часть прежней загрузки), устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности 24 процента.

14) В случае, если потерпевший может выполнять работу со снижением объема профессиональной деятельности на 1/5 часть прежней загрузки, устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности до 20 процентов.

15) В случае, если потерпевший может выполнять работу по профессии со снижением объема профессиональной деятельности на 1/10 часть прежней загрузки, устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности 10 процентов[81-84].

Пример №1. Пациент П., 58 лет

Диагноз: Профессиональная бронхиальная астма, аллергическая форма, средне тяжелое течение, неконтролируемая. ДН 2 (70%). Умеренный парез обеих нижних конечностей (50%). Незначительная контрактура суставов нижних конечностей (15%).

Максимально выраженное значение ДН 2- 70%.

$$П = (50\% * 2 + 15\% * 1) / (2 + 1) = 38,3\%$$

Следовательно, к наибольшему значению 70% следует прибавить 38,3%. В рамках данной суммы подбирать процент утраты профтрудоспособности.

Потерпевший может выполнять в специально созданных производственных условиях работу более низкой квалификации с учетом профессиональных знаний и навыков -80% утраты профессиональной трудоспособности

Пример 2. Пациент А., 56 лет.

Диагноз: Хронический профессиональный бронхит, ДН 2 ст. (70%). Умеренный гемипарез – 40%, легкие статодинамические нарушения (неустойчивость в позе Ромберга, Сарбо)-20%.

$$П = (40\% * 2 + 20\% * 1) / (2 + 1) = 33,3\%$$

Следовательно, к наибольшему значению 70% следует прибавить 33,3%. В рамках данной суммы подбирать процент утраты профтрудоспособности.

Потерпевший может выполнять в специально созданных производственных условиях работу более низкой квалификации с учетом профессиональных знаний и навыков -80% утраты профессиональной трудоспособности

Пример 3. Пациент К., 48 лет

Умеренный парез обеих нижних конечностей (40%), легкие вестибулярно-мозжечковые нарушения (20%), незначительная контрактура суставов нижних конечностей: сгибание до угла 80градусов –пяточная стопа (разгибательная контрактура) (20%)

$$П = (20\% * 1 + 20\% * 1) / (1 + 1) = 20\%$$

Следовательно, к наибольшему значению 40% следует прибавить 20%. В рамках данной суммы подбирать процент утраты профтрудоспособности: потерпевший может выполнять работу по профессии со снижением квалификации на три тарификационных разряда; может выполнять работу по профессии с уменьшением объема производственной деятельности (на 0,5 ставки); может выполнять неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на три категории тяжести - 50%.

Заключение. В ходе проведенного исследования разработана технология оценки утраты общей и профессиональной трудоспособности у пациентов со с взаимотягущей патологией органов и систем организма.

Источник финансирования. Государственный бюджет Республики Беларусь.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Оценка утраты общей трудоспособности в практике МСЭ / В.Б. Смычек [и др.] // Здоровоохранение. - 2016. - № 7. - С. 26-30. [Assessment of the loss of General working capacity in the practice of MSE / V. B. Smychek [et al.] // Health. - 2016. - No. 7. - Pp. 26-30. (In Russ.)

2. 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: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь № 1/1 от 09.01.2004 г. [About approval of the Instruction on determination criteria of the degree of occupational disability in accidents at

work and occupational diseases and Instructions for completing a rehabilitation program the injured in an accident at work or an occupational disease Decree of the Ministry of health of the Republic of Belarus and the Ministry of labour and social protection of the Republic of Belarus № 1/1 dated 09.01.2004 and G. (In Russ.)

3. Смышчѐк В. Б., ред. Критерии оценки степени утраты общей трудоспособности пациентов с последствиями заболеваний и травм: Инструкция по применению. Минск; 2016. -122 с. [Smychek V. B., ed. Criteria for assessing the degree of loss of General working capacity of patients with the consequences of diseases and injuries: instructions for use. Minsk, 2016. -122 p. (In Russ.)]

УДК 745.513; 738.8

ФОРМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОВЗ (ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ В СПБ ГБУ «ПРОФЕССИОНАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР» ОБУЧАЮЩИХСЯ ХУДОЖЕСТВЕННЫХ ПРОФЕССИЙ)

Иосифова А.В.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное специальное реабилитационное профессиональное образовательное учреждение – техникум для инвалидов «Профессионально-реабилитационный центр» (СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр»)
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр» - государственное социально ориентированное многопрофильное комплексное реабилитационно - образовательное учреждение для осуществления профессиональной реабилитации инвалидов и лиц с ОВЗ, конечная цель которого – возвращение к активной трудовой деятельности людей с ограничениями в здоровье. В статье обозначены формы реабилитации инвалидов и людей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) посредством сохранения традиций народного творчества России, на примере обучающихся профессий 54.01.10 «Художник росписи по дереву» и 54.01.07 «Изготовление художественных изделий из керамики» образовательного учреждения СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр».

Цель. Определение форм профессионального взаимодействия инвалидов и лиц с ОВЗ в создании формулы успеха реабилитации инвалидов и лиц с ОВЗ через получение профессии художественной направленности.

Материалы и методы. Участие и проведение мастер-классов, переписка с ведущими мастерами художественной росписи, участие в конкурсном движении разного уровня, написание статей, публикации в газету центра, выступления на студенческих НПК и другое.

Результаты. Работники СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр» (отдел профотбора и профпроб, преподаватели, социальные педагоги, отделение социально-психологической реабилитации и медицинского сопровождения) совместными усилиями постоянно совершенствуют методы и формы работы с людьми, имеющими ограничения по здоровью для создания условий успешности в процессе обучения в нашем техникуме. Самые высокие результаты за последние годы: Призовые места в городской НПК с международным участием: «Культурно - историческое наследие России». Призовые места на Региональном этапе чемпионата «Абилимпикс» в Санкт-Петербурге»; городском конкурсе профессионального мастерства «Шаг в профессию». Национальный чемпионат «Абилимпикс» в г. Москва, 2019 год – 2 место, Яргутов Дмитрий (компетенция: Гончарное дело).

Заключение. «Профессионально-реабилитационный центр» – мир счастливых людей. Где видят и понимают красоту, хотят заниматься творчеством и дарить радость людям, получать профессию, общаться и получать новые впечатления. «Профессионально-реабилитационный центр» - уникальное образовательное учреждение для лиц с ограниченными возможностями здоровья и лиц с ослабленным здоровьем, где всё построено на удобстве и комфорте, на успешности в реализации образовательных программ, здоровьесберегающем климате общения. Формула успешности обучающихся техникума творческих профессий – желание, возможности, результат. «Профессионально-реабилитационный центр» – шанс таких людей на полноценное участие в профессиональной и общественной жизни нашего города.

Ключевые слова: реабилитация, профессия, формула успеха, сохранение традиций художественных росписей России, инвалиды и лица с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Иосифова Анна Викторовна, адрес 199026, Санкт-Петербург, В.О. 26-я линия, д. 9, телефон: 8921-747-73-91; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5851-1124>; e-mail: iosifova.anna@yandex.ru

FORMS OF PROFESSIONAL INTERACTION OF THE DISABLED AND PERSONS WITH HEALTH LIMITATIONS (FROM THE WORK EXPERIENCE IN ST. PETERSBURG TECHNICAL SCHOOL “PROFESSIONAL REHABILITATION CENTER” OF STUDENTS OF ARTISTIC PROCESSIONS

Iosifova A.V.

St. Petersburg technical school “Professional Rehabilitation Center

St. Petersburg, Russia

Abstract

Background. Background: St. Petersburg technical school “Professional Rehabilitation Center” is a state socially oriented multidisciplinary comprehensive rehabilitation and educational institution for professional rehabilitation of disabled people and people with health limitation, whose ultimate goal is to return people with disabilities to active work. The article outlines the forms of rehabilitation of disabled people and people with health limitation by preserving the traditions of folk art in Russia, on the example of studying professions on 01/54/10 “Painter of wood painting” and 01/54/07 “Production of ceramic artworks” of St. Petersburg technical school “Professional Rehabilitation Center”.

Aim. To determine the forms of professional interaction between people with disabilities and people with health limitation in creating a formula for the success of rehabilitation of people with disabilities and people with health limitation through getting an artistic profession.

Materials and methods. Participation and holding master classes, correspondence with leading masters of art painting, participation in the competitive movement at various levels, writing articles, publishing in the center’s newspaper, speaking at student scientific and practical conferences and more.

Results. Employees of St. Petersburg technical school “Professional Rehabilitation Center” (professional selection and professional testing department, teachers, social educators, department of socio-psychological rehabilitation and medical support) jointly constantly improve methods and forms of working with people with health restrictions to create conditions for success in the process training in our college. The highest results in recent years: Prizes in the city Scientific and practical conference with international participation: “Cultural and historical heritage of Russia”. Prizes at the regional stage of the Abilimpix Championship in St. Petersburg; city competition of professional skill “Step into the profession”. Abilimpix National Championship in Moscow, 2019 - 2nd place, Dmitry Yargutov (competency: Pottery).

Conclusion. “Professional rehabilitation center” is a world of happy people. Where they see and understand beauty, they want to be creative and give joy to people, get a profession, communicate and get new impressions. “Professional and rehabilitation center” is a unique educational institution for people with disabilities and people with health limitation, where everything is built on convenience and comfort, on success in implementing educational programs, and a healthy climate for communication. The formula for the success of students in a college of creative professions is desire, opportunity, result. “Professional rehabilitation center” is a chance for such people to participate fully in the professional and social life of our city.

Key words: *rehabilitation, profession, success formula, preservation of the traditions of art paintings in Russia, people with disabilities and people with health limitation*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Anna V. Iosifova; address: 199026, Saint Petersburg, V.I. 26-th line, 9, telephone: 8921-747-73-91; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5851-1124>; e-mail: iosifova.anna@yandex.ru

Введение. СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр» - государственное социально ориентированное многопрофильное комплексное реабилитационно - образовательное учреждение для осуществления профессиональной реабилитации инвалидов и лиц с ОВЗ, конечная цель которого – возвращение к активной трудовой деятельности людей с ограничениями в здоровье. В статье обозначены формы реабилитации инвалидов и людей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) посредством сохранения традиций народного творчества России, на примере обучающихся профессий 54.01.10 «Художник росписи по дереву» и 54.01.07 «Изготовление художественных изделий из керамики» образовательного учреждения СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр». СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр» - государственное социально ориентированное многопрофильное комплексное реабилитационно-образовательное учреждение для осуществления профессиональной реабилитации инвалидов и лиц с ОВЗ, конечная цель которого – возвращение к активной трудовой деятельности людей с ограничениями в здоровье.

Цель. Определение форм профессионального взаимодействия инвалидов и лиц с ОВЗ в создании формулы успеха реабилитации инвалидов и лиц с ОВЗ через получение профессии художественной направленности.

Материалы и методы. В центре существует отделение по подготовке специалистов промышленных специальностей, где инвалиды и люди с ОВЗ, увлекающиеся искусством и народным творчеством, не только могут себя творчески проявить, но и при этом получить творческую профессию, входящую в состав укрупнённой группы профессий 54.00.00 Изобразительные и прикладные виды искусств: 54.01.10 «Художник росписи по дереву» и 54.01.07 «Изготовитель художественных изделий из керамики» (срок обучения 10 месяцев).

Народное искусство и творчество есть благодатная почва для самореализации, самостоятельности, активности, уверенности в собственных силах, адекватной самооценки. Творческий процесс, в сфере культурной деятельности и, в частности, в области изобразительного народного творчества, в духовной сфере, может преобразить человека, изменить его жизнь. Овладевая художественными ценностями, добиваясь успехов в профессиональной области художественного творчества, он по-новому осознаёт себя и перестаёт быть «социальным изгоем».

Всем людям от рождения дана способность к творческой деятельности. Так и в ПРЦ на отделении по подготовке специалистов промышленных специальностей одни продолжают развивать эту способность, вторые только раскрывают её. Реабилитанты техникума не только осваивают образовательные программы, овладевают профессией, но и живут активной внеучебной жизнью. Обучающиеся по профессии «Художник росписи по дереву» - люди творческие, для которых видеть, чувствовать красоту и прекрасное, не пафосные слова. Из года в год устойчиво растёт число людей с ограниченными возможностями, которые начинают серьёзно заниматься творчеством. Творчество – это путь к свободному единению людей через Любовь. Общаясь, люди объединяются, чтобы совместно выполнять дела, обмениваться при этом информацией, ресурсами, эмоциями, своими творческими задумками. Общаясь, люди с ОВЗ помогают друг другу развиваться личностно и духовно, преодолевать многие негативные ситуации, находить истину, которая рождается в диалоге. А Творчество только помогает пониманию и сближению людей.

Главная моя задача, как преподавателя отделения – заинтересовать, убедить обучающихся в необходимости активной учебной и вне учебной деятельности. Занятия творчеством, оказывают большое влияние на реабилитацию, интеграцию и социализацию людей с ОВЗ, изменение психоэмоционального состояния и повышение самооценки.

1 направление – проведение обучающимися профессии мастер-классов на художественных выставках и ярмарках различного уровня и статуса.

В Санкт-Петербурге есть такой Центр «НИКИАС» (nikiascenter.ru; Орджоникидзе ул. 59/2, Санкт-Петербург) - автономная некоммерческая организация «Центр социальной поддержки населения и развития добровольчества «Никиас» оказывает систематическую помощь социально уязвимым категориям населения в соответствии целями и видами деятельности, указанными в уставных документах. Студентки нашей группы в свободное от учёбы время активно участвуют в жизни «НИКИАС» – проводят мастер-классы (Традиции Мезенской росписи), принимают участие в выставках, проектах и акциях центра, таких как Социальный проект, посвященный развитию практики инклюзивной творческой деятельности при поддержке международного открытого грантового конкурса «Православная инициатива - 2018», который стартовал в сентябре 2018 года и конкурсные работы целый год «перемещались» с выставки на выставку. 3 ноября 2018 года в 14:30 в малом зале СКК в рамках Международного грантового конкурса «Православная инициатива 2017-2018» состоялась церемония награждения авторов творческих работ и добровольцев, а также просмотр презентационного видео о проекте инклюзивной мастерской «СМ-арт» в рамках X Форума православной общественности Санкт-Петербурга. Выставка творческих работ проходила в СКК с 30-го октября по 4-е ноября 2018 года. И на ней были представлены работы наших обучающихся.

В ноябре 2018 года Белявская Надежда приняла участие во Всероссийской благотворительной художественной выставке «Инклюзивные передвижники» (Искусство сквозь барьеры). На выставку были представлены её работы в технике Петербургской росписи. Мы гордимся Надеждой. Она действительно молодец! За годы обучения, по крупицам, впитывала материал и «набивала» руку.

2 направление – переписка с народными художниками России, искусствоведами, авторами книг и учебных пособий по художественной росписи России.

Изучая теоретический материал по Северным росписям, члены нашей творческой группы заинтересовались многообразием, историей и традициями Северных художественных промыслов. Началась переписка с заведующей отделом ремесел, ведущим специалистом «Красноборского историко-мемориального и художественного музея им. С.И.Тупицына» (<http://krasnoborskmuseum.ru/>), лауреата премии Архангельской области 2016 года в сфере культуры и искусства Татьяной Борисовной Зиновьевой,

автором учебного пособия по Ракульской росписи, руководителем кружковых занятий росписи по дереву для взрослых в творческой мастерской «Живое ремесло» (при музее, с 2006 года). Она охотно вышла с нами на связь, посмотрела и прокомментировала наши учебные эскизы и прислала нам в дар образовательного заведения профессии «Художник росписи по дереву» учебное пособие по Ракульской росписи с авторской подписью. Связи налаживаются – есть специалист в этой области.

Плодотворно прошла переписка с Людмилой Феодосьевной Тимофеевой – автора книг по борецкой, уфтюжской и ракульской росписям. Она любезно согласилась предоставить нам свои книги и проконсультировать по эскизам. Ее книга по уфтюжской росписи написана очень доступно, грамотно и даже душевно. У ракульской и уфтюжской росписи есть общие качества, которые их объединяют, в книге они указаны как особый тип росписи, сочетающий в себе живопись и графику. Т.А. Бернштам и ОВ Алексеева предлагают даже выделить под эти две росписи особую категорию: живописно-графическую.

3 направление – участие в мастер-классах, вебинарах и онлайн-уроках ведущих специалистов в данной области.

17 ноября 2018 года в рамках проведения в Санкт-Петербурге Всероссийского конкурса народных мастеров «Русь мастеровая» (место проведения: СПб ГБУК «Музейно-выставочный центр» - исторический центр «Россия – Моя история») наши обучающиеся смогли поучаствовать в мастер-классах конкурса.

В рамках работы выставки-ярмарки «Православная Русь - зимний подарок» (с 11 по 18 декабря 2018) 11 декабря 2018 года наши обучающиеся приняли участие в уроке мастерства по Мезенской росписи в интерактивном музее исторического парка: «Россия - Моя история». Урок проводила народный мастер Российской Федерации из города Уральска Инесса Ивановна Мадянова. С такой любовью и преданностью было построено всё общение, что наши обучающиеся-инвалиды даже не заметили, как пролетел этот обучающийся мастер-класс.

В том же декабре 2018 наши студенты приняли участие в мастер-классе «Роспись по фарфору», прошедшем в СПб ГБУК «Музейно-выставочный центр» - исторический центр «Россия – Моя история».

Уже третий раз (июнь 2018, февраль 2019, февраль 2020) мы принимаем участие в Международной выставке-ярмарке народных художественных промыслов и ремёсел «Невский ларец», на который приезжаю мастера со всей страны. Обучающиеся группы охотно перенимают мастерство у специалистов и сами проводят мастер-классы по традиционным росписям России для гостей выставки.

Сейчас, время огромных возможностей. С помощью интернета, не выходя из дома можно узнать много нового материала, вести переписку с мастерами, посещать виртуальные выставки и учиться по интернету. Таким образом, есть возможность прививать любовь к декоративно-прикладному искусству и возрождать прекрасные промыслы России, обогащая нашу культуру художественными традициями народного искусства. Однако не один онлайн видео-урок не заменит живого общения. Об этом тоже надо помнить.

Я, преподаватель профессии «Роспись по дереву», благодарна судьбе за знакомство с удивительным человеком, профессиональным художником-мастером народных промыслов, лауреатом российских и международных конкурсов, специалистом в области художественной росписи – Зинаидой Владимировной Голубевой. Онлайн-школа Зинаиды Голубевой «Русская роспись» даёт возможность нашим обучающимся находясь в учебной мастерской участвовать в онлайн занятиях и вебинарах, которые проводит Зинаида Владимировна. Эта форма обучения не только для нас очень удобна, но и для мастера. Из-за большой загруженности и проживания в городе Луга Зинаида Владимировна не всегда может лично провести обучающийся мастер-класс в нашем центре. Мы отсылаем ей наши работы по Волховской, Гжельской росписям и получаем её комментарии. Для нас эта обратная связь очень дорога. Наш совместный труд направлен на дело сохранения традиций народных росписей России и популяризацию данного материала в современном обществе среди разных социальных слоёв населения. В наш век технического прогресса искусство народных художественных промыслов с его ярко выраженной национальной спецификой определяет многообразие и вклад каждого народа в общую сокровищницу искусства страны. Изделия русских народных художественных промыслов несут в массы эстетические идеалы народа, его демократическое отношение к действительности и высокую культуру художественного освоения материалов, достижения которой – результат опыта, труда и изобретательности многих поколений талантливых русских мастеров. В разнообразных произведениях (от маленькой тарелочки до предметов мебели) привлекает лаконичная, но выразительная пластика форм, завершенность композиции, красота орнамента, достигаемые специфическими приёмами мастерства, в которых соединяется и верный глаз, и неистощимая творческая фантазия, и бережно хранимые профессиональные традиции.

4 направление – написание и публикация собственных статей, направленных на более глубокое изучение, исследование нынешнего состояния художественного промысла.

На последней защите выпускных квалификационных работ председатель комиссии - Николай Борисович Покровский – заслуженный художник России, заместитель председателя Производственного

кооператива «Меридиан 2000», председатель редколлегии журнала «Личность и Культура» отметил защиту одной из выпускниц по Борецкой росписи – Смазновой Светланы. Практически вся её письменная часть ВКР была опубликована в виде статьи в журнале «Личность и культура». И это большая гордость для нас, для преподавателей.

5 направление – участие в конкурсном движении профессионального мастерства разного уровня и статуса. Получение профессии художественной направленности – это непрерывный процесс реабилитации лиц с ОВЗ в образовательном учреждении. Участие обучающихся в конкурсном движении меняет их психо-эмоциональное состояние.

Разноуровневое общение (учебный процесс, производственная практика, внеучебная деятельность – участие в конкурсном движении, выступление на мероприятиях международного уровня, общение в проектах с международным участием) повышает самооценку обучающихся, их коммуникацию, заявляет о привлечении творческой молодёжи для реализации социально-значимых задач и проектов.

Это городские конкурсы профессионального мастерства «Шаг в профессию». Осенью 2018 года наша участница Зубарева Анастасия на общих основаниях завоевала 2 почётное место. И так каждый год – наши студенты обязательно завоевывают призовые места. И Региональные чемпионаты профессионального мастерства для людей с инвалидностью «Абилимпикс», в которых мы получаем заслуженные призовые места. В 2017 году (региональный этап в Санкт-Петербурге) – призовые 1,2,3 места были наши. Весной 2018 года (региональный этап в Санкт-Петербурге) – призовое 3 место. Осенью 2018 года (региональный этап в городе Калуга) – призовое 4 место. Весна 2019 года – Региональный чемпионат в Санкт-Петербурге – Кривошеева Алина, 3 место. Национальный чемпионат «Абилимпикс» в г. Москва – 2 место Яргутов Дмитрий (компетенция: Гончарное дело). Качество профессионализма обучающихся студентов можно продемонстрировать именно на конкурсах такого высокого уровня.

6 направление – выступления на городской студенческой НПК «Культурно-историческое наследие России» и мероприятиях разного уровня. Уже который год наши обучающиеся принимают участие и занимают призовые места в студенческих научно-практических конференциях с международным участием в РКТК (СПб ГБУ «Российский колледж традиционной культуры»).

18 апреля 2016 – «Культурно-историческое наследие России. Санкт-Петербург»

18 апреля 2017 – «Золотое кольцо – уникальный культурно-исторический памятник России»

18 апреля 2018 – «Культурно-историческое наследие Северо-Западного региона России»

25 апреля 2019 – «Культурно-историческое наследие Южного федерального округа»

23 апреля 2020 – «Культурно-историческое наследие России. Уральский Федеральный округ»

Результаты исследования. Команда СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр» (отдел профотбора и профпроб, преподаватели, социальные педагоги, отделение социально-психологической реабилитации и медицинского сопровождения) совместными усилиями постоянно совершенствуют методы и формы работы с людьми, имеющими ограничения по здоровью для создания условий успешности в процессе обучения в нашем техникуме.

Самые высокие результаты за последние годы: Призовые места в городской НПК с международным участием: «Культурно-историческое наследие России». Призовые места на Региональном этапе чемпионата «Абилимпикс» в Санкт-Петербурге; городском конкурсе профессионального мастерства «Шаг в профессию». Национальный чемпионат «Абилимпикс» в г. Москва, 2019 год – 2 место, Яргутов Дмитрий (компетенция: Гончарное дело).

Не всякое ОУ имеет возможность выпускать собственную газету. Публикации в «Нашей газете» связаны не только с текущими событиями техникума, но здесь можно увидеть стихи собственного сочинения студентов, результаты участия в конкурсах и студенческих мероприятиях, результаты итоговой аттестации. Мы надеемся, каждому приятно увидеть свою фамилию в выпуске. Это стимулирует и положительно мотивирует обучающихся.

Заключение. Завершающим этапом образовательного процесса является Государственная итоговая аттестация – написание и защита выпускной квалификационной работы (ВКР). Обучающиеся, будущие выпускники представляют свой готовый продукт, структурируют и обосновывают теоретический материал, делают выводы. Одной из основных задач выпускника профессии «Художник росписи по дереву» наряду с отработкой общих и профессиональных компетенций, демонстрации практического опыта, знаний и умений считаю, сохранение традиций художественной росписи России, её технологической последовательности в готовом расписном комплекте. На всём протяжении выполнения ВКР с обучающимися работает не только их руководитель, но и члены реабилитационной команды: психолог, социальный педагог, медик.

Итоговая социально-психологическая диагностика является подведением итогов за весь срок профессиональной реабилитации. Результаты итоговой аттестации, динамика социального поведения,

психологического состояния и здоровья рассматриваются реабилитационными командами и вносятся в реабилитационное дело выпускника. Проводится анализ всех реабилитационных мероприятий, выявляются успехи и недоработки в процессе профессиональной реабилитации для учета их в дальнейшей работе.

Профессиональная реабилитация людей с ОВЗ – комплексный процесс. Общие усилия преподавателей и специалистов реабилитационных служб направлены на достижение основной цели – интеграции человека в трудовую и социальную жизнь.

Реабилитация творческих людей с ограничениями по здоровью неотъемлема от литературного творчества. Литературные вечера и диспуты, участие в литературных конкурсах, возможность попасть своей статьей или стихотворению в литературный сборник, всё это оказывает большое влияние на реабилитацию лиц с инвалидностью и повышает их самооценку.

Преподаватели центра, связанные с профессиями художественной направленности, эстетически развивая своих обучающихся посредством восприятия художественных ценностей и художественно-творческой деятельности, определяют для себя несколько задач, на наш взгляд очень актуальных и необходимых. Первое: необходимость реабилитации и социальной адаптации, обучающихся через занятия творчеством; улучшение условий реабилитации людей с ОВЗ средствами культуры и искусства. И второе: необходимость участия людей с ОВЗ в социально значимых проектах.

Широкая пропаганда достижений инвалидов в области культуры и искусства способствует формированию адекватного отношения в обществе к людям с ограничениями жизнедеятельности, признанию их полноценными и полноправными гражданами социума.

Процесс формирования и развития творческих возможностей людей с ограничениями жизнедеятельности должен носить устойчивый, непрерывный характер. Останавливаться в этом направлении, категорически недопустимо. Многие обучающиеся центра, покидая наше образовательное учреждение, посещая районные реабилитационные центры, профорентируют на творческие профессии нашего центра. Часто приходят в ПРЦ, поделится с преподавателями своими творческими успехами и планами.

«Профессионально-реабилитационный центр» – мир счастливых людей. Где видят и понимают красоту, хотят заниматься творчеством и дарить радость людям, получать профессию, общаться и получать новые впечатления. «Профессионально-реабилитационный центр» – уникальное образовательное учреждение для лиц с ограниченными возможностями здоровья и лиц с ослабленным здоровьем, где всё построено на удобстве и комфорте, на успешности в реализации образовательных программ, здоровьесберегающем климате общения. Формула успешности обучающихся техникума творческих профессий – желание, возможности, результат. «Профессионально-реабилитационный центр» – шанс таких людей на полноценное участие в профессиональной и общественной жизни нашего города.

Источник финансирования. Комитет по социальной политике

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

Благодарности: Особая благодарность Старобиной Елене Михайловне, которая долгое время сотрудничает с нашим центром, консультирует по всем вопросам, участвует в мероприятиях по вопросам реабилитации, проводит курсы.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Приказ Минобрнауки России от 02.08.2013 № 672 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по профессии 072608.03 «Художник росписи по дереву» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.08.2013 № 29497) для обучения инвалидов и лиц ограниченными возможностями здоровья. [Prikaz Минобрнауки Rossii ot 02.08.2013 № 672 "Ob utverzhdenii fedepal'nogo gosyapctvennogo obpazovatel'nogo standapta srednego pprofecional'nogo obpazovaniya po pprofecsii 072608.03 "Khydozhnik pospici po depevy" (Zapegictpipovano v Minyuete Rossii 20.08.2013 № 29497) dlya obucheniya invalidov i lits ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya (In Russ.)]

ВОЗМОЖНОСТИ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА «ШУФРИД» В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Сотская Г.М., Жукова Е.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение Федеральное Бюро медико-социальной экспертизы
Минтруда России
Москва, Россия

Аннотация

Введение. В статье представлена методика использования диагностико-реабилитационного оборудования (аппаратно-программный комплекс «Шуфрид») в профессиональной ориентации инвалидов (детей-инвалидов). Цель: Цель работы – обоснование возможностей аппаратно-программного комплекса «Шуфрид» в профессиональной ориентации инвалидов (детей-инвалидов).

Материалы и методы. Методика профессиональной ориентации с использованием диагностического оборудования – аппаратно-программного комплекса «Шуфрид» предназначена для диагностики профессионально-значимых качеств у инвалидов и детей-инвалидов, начиная с возраста 14 лет. В обследовании инвалидов применялись такие методы психологического обследования, как метод беседы, метод наблюдения, психодиагностический метод (опросники, проективные методики), метод аппаратно-программной диагностики.

Результаты. Полученные результаты показали, что применение аппаратно-программного комплекса «Шуфрид» позволили мотивировать инвалидов на прохождение профессиональной ориентации, позволили сформировать адекватное отношение к выбору профессии. Выделены основные этапы профориентационной диагностики, по результатам которой был составлен профессиональный профиль инвалида (ребенка-инвалида). Дано описание 5 возможных вариантов проведения профессиональной ориентации инвалидов (детей-инвалидов), основанных на показателях сформированности профессионально-значимых качеств, мотивации к труду и готовности к выбору профессии, а также адекватности выбора профессии в соответствии с нарушенными функциями организма.

Заключение. В настоящее время профориентационная работа с инвалидами, в том числе с детьми-инвалидами, направлена на подготовку инвалида (ребенка-инвалида) к самостоятельному выбору профессии, востребованной на рынке; проводится с учетом нарушенных функций и возможностей организма (реабилитационного потенциала); включает как традиционные методы профессиональной ориентации, так и инновационные методы с помощью аппаратно-программных комплексов и основывается на научных общепсихологических принципах (комплексности, динамического подхода, качественно-количественно анализа полученных результатов).

Ключевые слова: *Ключевые слова: реабилитация и абилитация инвалидов, профессиональная ориентация инвалидов, профессионально-значимые качества, профессиональный выбор, социально-трудовая занятость.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Сотская Гульнара Мизхатовна, кандидат психологических наук, заведующий кабинетом психологической диагностики и реабилитации, абилитации инвалидов отделения практико-инновационных методов социальной, профессиональной и психологической реабилитации и абилитации Федерального центра научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России 127486, Москва, ул. Ивана Сусанина, 3 Тел. +7(926)69-49-245 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8255-8627>; SPIN: 7881-5317; E-mail: Sotskaya75@mail.ru

Жукова Евгения Валерьевна, заведующий отделением практико-инновационных методов социальной, профессиональной и психологической реабилитации и абилитации Федерального центра научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России 127486, Москва, ул. Ивана Сусанина, 3 Тел. +7(916)076-64-76 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7640-1818>; SPIN: 2596-4043; E-mail: egeni69@bk.ru

POSSIBILITIES OF THE HARDWARE SOFTWARE COMPLEX “SHUFRID” IN PROFESSIONAL ORIENTATION OF DISABLED PEOPLE

Sotskaya G.M., Zhukova E.V.

Federal state budgetary institution Federal Bureau of medical and social expertise of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation
Moscow, Russia

Abstract

Background. The article presents the method of using diagnostic equipment (hardware software complex “Shufrid”) in the professional orientation of disabled people (disabled children).

Aim. The purpose of the work is to substantiate the capabilities of the hardware software complex “Shufrid” in the professional orientation of disabled people (disabled children).

Materials and methods. Materials and methods. The method of professional orientation using diagnostic equipment - hardware software complex “Shufrid” is designed to diagnose important professional qualities in disabled people and children with disabilities, starting from the age of 14 years. In the survey of disabled people, such methods of psychological examination as the method of conversation, the method of observation, the psychodiagnostic method (questionnaires, projective methods), and the method of hardware and software diagnostics were used.

Results.: Results. The results obtained showed that the use of the hardware software complex “Shufrid” allowed to motivate people with disabilities to pass professional orientation, allowed to form an adequate attitude to the choice of profession. The main stages of professional orientation diagnostics have been identified, which resulted in the professional profile of a disabled person (a disabled child). The article describes 5 possible options for professional orientation of disabled people (children with disabilities), based on indicators of formation of professional qualities, motivation to work and readiness to choose a profession, as well as the adequacy of the choice of profession in accordance with the impaired functions of the body.

Conclusion. Currently vocational work with the disabled, including children with disabilities, aimed at training disabled person (a disabled child) to self-choice of profession in demand in the market; takes into account impaired functions and capabilities of the body (rehabilitation potential); includes both traditional methods of professional orientation and innovative techniques with the help of hardware-software complexes based on scientific and General psychological principles (comprehensiveness, dynamic approach, qualitative-quantitative analysis of the obtained results).

Key words: *rehabilitation and rehabilitation of disabled people, professional orientation of disabled people, professional important qualities, professional choice, social and labor employment.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Sotskaya Gulnara Mizkhatovna, PhD Psychol. Sci., head of the Department of psychological diagnostics and rehabilitation, habilitation of disabled people of the Department of practical and innovative methods of social, professional and psychological rehabilitation and habilitation of the Federal center for scientific and methodological support of the development of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children of the Federal state budgetary institution. 3, Ivan Susanin street, Moscow, 127486 Tel. +7(926)69-49-245 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8255-8627>; SPIN: 7881-5317; E-mail: Sotskaya75@mail.ru

Zhukova Evgenia Valeryevna, head of the Department of practical and innovative methods of social, professional and psychological rehabilitation and habilitation of the Federal center for scientific and methodological support of the development of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children of the Federal state budgetary institution of the MINISTRY of labor of Russia 3, Ivan Susanin street, Moscow, 127486 Tel. +7(916)076-64-76 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7640-1818>; SPIN: 2596-4043; E-mail: egeni69@bk.ru

Введение. В настоящее время одной из основных проблем, стоящих перед государством, является социальная защита инвалидов, в том числе детей-инвалидов, и их реабилитация и абилитация.

По данным Федерального реестра инвалидов на 01.12.2019 в нашей стране зарегистрировано 11,9 млн. инвалидов [2]. Из них 1,4 млн. имеют I группу инвалидности 5,2 млн. – II группу, 4,6 млн. человек – III группу, а 684 023 человек относится к категории «ребенок-инвалид».

Учитывая тот факт, что современное общество характеризуется глобальным изменением рыночной конъюнктуры, социальной среды и социальных связей, а также нарастающим техническим прогрессом и глобализацией, ростом объемов информации, циркулирующей во всех сферах человеческой деятельности, задача эффективной реализации профессиональной реабилитации, в частности рационального трудоустройства инвалидов, в том числе детей-инвалидов принимает первостепенное значение.

Информатизация всех сфер жизнедеятельности человека способствует расширению спектра профессий, которые востребованы на рынке труда и которыми могут овладеть инвалиды, в том числе дети-инвалиды.

Следовательно, на этапе совершенствования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов парадигма совершенствования профессиональной реабилитации и абилитации требует переосмысления и поиска новых подходов, средств и методов. Приоритетной задачей, в данном случае, является разработка новых, эффективных подходов с использованием современных аппаратно-программных комплексов (далее АПК) для целей профориентации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

Отечественными учеными в области профессиональной ориентации (Е.А. Климов, Н.С. Пряжников, Е.Ю. Пряжникова, И.К. Сырников и др.) и профессиональной ориентации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (С.Н. Пузин, О.С. Андреева, Д.И. Лаврова, Д.А. Соколова, В.С. Сазонов, Д.В. Андреев, В.И. Бублик, Е.О. Гордиевская, Е.М. Старобина и др.) разработаны методологические основы организации процесса профессиональной ориентации инвалидов (детей-инвалидов), которые успешно применяются на практике [1,3,4,6,7,8]. Однако, низкая результативность рационального трудоустройства и многочисленные случаи неадекватного профессионального выбора среди инвалидов трудоспособного возраста и детей-инвалидов свидетельствуют о потребности в совершенствовании подходов к профессиональной реабилитации. В частности, необходимы новые эффективные технологии и методики, позволяющие на начальном этапе профессионального самоопределения сориентировать личность инвалида (ребенка-инвалида) на тот вид профессиональной деятельности, который будет ему доступным с учетом имеющихся функциональных нарушений.

Поиск новых решений в вопросе обоснованности выбора трудового пути инвалидами, в том числе детьми-инвалидами, обусловил актуальность в разработке новой технологии их профессиональной ориентации с помощью использования аппаратно-программного комплекса «Шуфрид» (далее АПК «Шуфрид»), широкий объем диагностического инструментария которого предназначен как для оценки психологического и нейропсихологического состояния высших психических функций инвалида (ребенка-инвалида), так и для оценки профессионально значимых качеств (управляющих и моторных функций, познавательных процессов, согласованности действий и взаимодействия органов чувств и моторики, интеллектуальных возможностей).

Цель. Обоснование возможностей аппаратно-программного комплекса «Шуфрид» в профессиональной ориентации инвалидов. Основными задачами профессиональной ориентации инвалидов (детей-инвалидов) с использованием АПК «Шуфрид» являются: 1. Изучить социальный и профессиональный статус инвалидов (детей-инвалидов) и выявить готовность инвалидов (детей-инвалидов) к профессиональному выбору. 2. Оценить профессиональные значимые качества с учетом выбранного круга профессий. 3. Сформировать (восстановить) профессиональные значимые качества с целью адекватного профессионального самоопределения.

Материалы и методы. Методика профессиональной ориентации с использованием диагностико-реабилитационного оборудования АПК «Шуфрид» предназначена для диагностики профессионально-значимых качеств у инвалидов и детей-инвалидов, начиная с возраста 14 лет.

Показания к проведению исследования профессионально-значимых качеств инвалидов (детей-инвалидов) на АПК «Шуфрид» являются стойкие расстройства функций организма (психических, сенсорных, статодинамических (мелкая моторика) функций, а также сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, эндокринной систем, системы крови и иммунной системы, мочевыделительной функции, функции кожи и связанных с ней систем), обусловленные заболеваниями, последствиями травм и дефектов.

Противопоказания в использовании АПК «Шуфрид» в профориентационных целях является наличие у инвалидов (детей-инвалидов) таких заболеваний и патологических состояний, как эпилепсия, шизофрения, психотические состояния различной этиологии, имбецильность, и идиотия, тяжелые формы ДЦП, расстройства зрения (диплопия, ахроматоПСия) или полная слепота.

В обследовании инвалидов применялись следующие методы психологического обследования:

1. Метод беседы.
2. Метод наблюдения.
3. Психодиагностический метод (опросники, проективные методики).
4. Метод аппаратно-программной диагностики.

Результаты исследования. Результаты и их обсуждение.

Программа профессиональной диагностики инвалида (ребенка-инвалида) состоит из 2-х этапов: диагностический и формирующий.

На первом этапе проводится: сбор анамнеза; ознакомление с миром профессий; оценка профессионального маршрута; комплексное обследование высших психических функций, профессионально значимых качеств традиционными психологическими и аппаратно-программными методами; диагностика профессиональных склонностей, предпочтений и интересов личности.

В беседе психолога с инвалидом (ребенком-инвалидом) выявляется его социальный статус и положение в обществе, состояние здоровья. Для детей-инвалидов от 14 лет обязательно собираются сведения об образовательном статусе, для инвалидов старше 18 собираются сведения об уже полученном или получаемом образовании и также учитывается трудовой стаж, если таковой имеется.

С целью определения нуждаемости инвалида, в том числе ребенка-инвалида в профессиональной ориентации проводится анализ индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) (ИПРА).

Для формирования адекватного профессионального выбора инвалида (ребенка-инвалида) знакомят с миром современных профессий (например, в соответствии с классификацией Е.А. Климова - человек-человек, человек-знаковая система, человек-техника, человек-природа, человек-художественный образ).

В процессе диагностики профессиональной трудоспособности инвалида старше 18 лет определяется не только основная профессия, но и профессии, которые были освоены человеком в течение всей его жизни – его профессиональный маршрут.

Эти сведения дают основание судить о социальной ориентированности личности, его психологической устойчивости и умении адаптироваться к окружающим условиям. Профессиональный анамнез применяется для исследования мотивов труда, выявления некоторых профессионально значимых качеств, обнаружения критических профессионально важных событий, построения прогноза дальнейшей трудовой деятельности и т.д.

Проведение профориентационной диагностики инвалида (ребенка-инвалида) необходимо для изучения:

1. Профориентационных компетенций:

- мотивация к трудовой деятельности;
- готовность к осознанному выбору вида профессиональной (трудовой, служебной) деятельности; получение профессионального образования, прохождение профессионального обучения и (или) получение дополнительного профессионального образования; поиск работы;
- адекватность профессиональных интересов;
- уровень сформированности профессионально значимых качеств, необходимый для осуществления профессиональной деятельности.

2. Состояния высших психических функций и особенностей внутренней картины инвалидности.

3. Соответствия профессиональным стандартам, квалификационным требованиям.

Для диагностики профессиональных склонностей, предпочтений и интересов личности инвалида (ребенка-инвалида) используются специальные анкеты и опросники [5]:

- Диагностика структуры сигнальных систем (Э.Ф. Зеер, А.М. Павлова, Н.О. Садовникова);
- Дифференциально-диагностический опросник (ДДО);
- Карта интересов (автор А. Голомшток);
- Матрица выбора профессии;
- Методика Л.А. Йовайши;
- Опросник для определения профессиональной готовности Л. Н. Кабардовой;
- «Ориентация» анкета И.Л. Соломина;
- Экспресс-диагностика социальных ценностей личности;
- «Профиль» (методика карты интересов А. Голомштока в модификации Г. Резапкиной);
- «Якоря карьеры» (автор Э. Шейн, перевод и адаптация В.А. Чикер, В.Э. Винокурова) и др.

Также в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (далее ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России) разработаны примерные пакеты диагностических методик для оценки профессионально значимых качеств при осуществлении профессионального отбора с помощью аппаратно-программного комплекса «Шуфрид» в различных профессиях.

На втором этапе – формирующем, производится анализ полученных данных с предыдущего этапа и формируется комплексное заключение, которое в дальнейшем определяет варианты алгоритмов коррекционной работы с инвалидом (ребенком-инвалидом) на основании его реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза.

Комплексное заключение по профессиональной ориентации инвалида (ребенка-инвалида) строится на основании анализа готовности к выбору профессии, мотивации к трудовой деятельности, уровня сформированности профессионально значимых качеств (далее ПЗК) и адекватности выбора профессии.

По результатам анализа профессионального профиля и профориентационных компетенций, а также определения реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза выделяется пять вариантов возможного алгоритма работы, в каждом из которых формулируются различные реабилитационные цели.

Вариант 1.

Характеризуется высокой готовностью к осознанному выбору, мотивации к трудовой деятельности, достаточным уровнем сформированности профессионально значимых качеств и адекватным выбором профессии, что определяет высокий реабилитационный потенциал и благоприятный реабилитационный прогноз в профессиональной ориентации.

Основная реабилитационная цель - это повысить осведомленность и расширить кругозор инвалидов (детей-инвалидов) о современных профессиях.

Алгоритм профориентации инвалидов (детей-инвалидов) в Варианте 1 содержит следующие позиции:

1. Определение с участием инвалида (ребенка-инвалида) видов профессиональной деятельности, занятости и компетенций, соответствующих перспективным профессиям.
2. Ознакомление инвалида (ребенка-инвалида) с профессиональными стандартами, квалификационными требованиями.
3. Ознакомление инвалида (ребенка-инвалида) с ФГОС, ФГТ, образовательными программами, образовательными организациями.
4. Подготовка рекомендаций и обсуждение их с инвалидом (ребенком-инвалидом), определение направлений действий.
5. Выдача заключения и передача данных в территориальные центры занятости населения.

При определении в ходе работы каких-либо дополнительных направлений или видов профессиональной деятельности, к которым инвалид (ребенок-инвалид) проявляет интерес, возможно направление его на получение реабилитационных мероприятий.

Вариант 2.

Данный вариант характеризуется высокой мотивацией к труду и достаточной готовностью инвалида (ребенка-инвалида) к осознанному выбору профессии, достаточным уровнем сформированности профессионально значимых качеств. Однако, имеющейся неадекватный выбор профессии обуславливает удовлетворительный реабилитационный потенциал и относительно благоприятный реабилитационный прогноз в профориентации и определяет реабилитационную цель - сформировать адекватный выбор профессии у инвалида (ребенка-инвалида) с учетом нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности.

Алгоритм профориентации инвалидов (детей-инвалидов) в Варианте 2 включает:

1. Определение с участием инвалида (ребенка-инвалида) видов профессиональной деятельности, занятости и компетенций.
2. Ознакомление инвалида (ребенка-инвалида) с профессиональными стандартами, квалификационными требованиями.
3. Ознакомление инвалида (ребенка-инвалида) с ФГОС, ФГТ, образовательными программами.
4. Проведение реабилитационных мероприятий по профессиональному и психологическому консультированию с целью формирования адекватного выбора профессии с учетом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности.
5. Определение рекомендаций, обсуждение их с инвалидом (ребенком-инвалидом) и определение направлений действий.
6. Выдача заключения и передача данных в территориальные центры занятости населения.

Вариант 3.

В этом варианте выявляется высокая готовность к выбору профессии и высокая мотивация к профессиональной деятельности, однако недостаточный уровень сформированности профессионально значимых качеств и неадекватный выбор профессии позволяет определить у инвалида (ребенка-инвалида) удовлетворительный реабилитационный потенциал и относительно благоприятный реабилитационный прогноз и обуславливает реабилитационные цели:

1. Развить (сформировать) профессионально значимые качества.
2. Сформировать адекватный профессиональный выбор.

Алгоритм профориентации инвалидов (детей-инвалидов):

1. Определение с участием инвалида (ребенка-инвалида) видов профессиональной деятельности, занятости и компетенций.
2. Ознакомление инвалида (ребенка-инвалида) с профессиональными стандартами, квалификационными требованиями.
3. Ознакомление инвалида (ребенка-инвалида) с ФГОС, ФГТ, образовательными программами.
4. Проведение реабилитационных мероприятий по формированию (развитию) профессионально значимых качеств. На данном этапе возможно использование аппаратно-программных комплексов.
5. Определение рекомендаций, обсуждение их с инвалидом (ребенком-инвалидом) и определение направлений действий.

6. Выдача заключения и передача данных в территориальные центры занятости населения.

Вариант 4.

Низкий реабилитационный потенциал и неблагоприятный реабилитационный прогноз профориентации определяется при достаточной сформированностью профессионально значимых качеств, но низкой готовности инвалида (ребенка-инвалида) к профессиональному выбору, низкой мотивацией к профессиональной деятельности и неадекватным выбором профессии.

Основные реабилитационные цели:

1. Сформировать мотивацию к трудовой деятельности.
2. Повысить готовность к осознанному выбору профессии.
3. Сформировать адекватный профессиональный выбор.

Основные реабилитационные мероприятия при таком варианте будут включать в себя обширный реабилитационный блок.

Алгоритм профориентации инвалидов (детей-инвалидов) в Варианте 4 включает:

1. Определение с участием инвалида (ребенка-инвалида) видов профессиональной деятельности, занятости и компетенций.

2. Ознакомление инвалида (ребенка-инвалида) с профессиональными стандартами, квалификационными требованиями.

3. Ознакомление инвалида (ребенка-инвалида) с ФГОС, ФГТ, образовательными программами.

4. Проведение реабилитационных мероприятий:

– по информированию и консультированию инвалида (ребенка-инвалида) по видам профессиональной деятельности, по вопросам получения профессионального образования;

– направление инвалида (ребенка-инвалида) на получение услуг по развитию (формированию) профессионально значимых качеств;

– направление инвалида (ребенка-инвалида) на получение услуги по психологическому консультированию;

– предложение участия в профессиональных пробах, в которых инвалид (ребенок-инвалид) сможет проявить профессионально значимые качества и т.д.

5. Определение рекомендаций, обсуждение их с инвалидом (ребенком-инвалидом) и определение направлений действий.

6. Выдача заключения и передача данных в территориальные центры занятости населения.

Вариант 5.

В этом варианте выявляется тотальная недостаточность всех оценочных параметров: дефицит профессионально значимых качеств, низкая готовность к профессиональному выбору, отсутствие мотивации к трудовой деятельности и неадекватный выбор профессии обуславливает низкий реабилитационный потенциал и неблагоприятный реабилитационный прогноз в профессиональной ориентации.

Основные реабилитационные цели:

1. Сформировать мотивацию к трудовой деятельности.

2. Сформировать (развить) профессионально значимые качества.

3. Повысить готовность к трудовой деятельности.

4. Сформировать адекватный выбор профессии с учетом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности.

Данный вариант является наиболее неблагоприятным и сложным в реабилитационном процессе.

Алгоритм профориентации инвалидов (детей-инвалидов):

1. Определение с участием инвалида (ребенка-инвалида) видов профессиональной деятельности, занятости и компетенций.

2. Ознакомление инвалида (ребенка-инвалида) с профессиональными стандартами, квалификационными требованиями.

3. Ознакомление инвалида (ребенка-инвалида) с ФГОС, ФГТ, образовательными программами.

4. Проведение реабилитационных мероприятий:

– по информированию и консультированию инвалида (ребенка-инвалида) по видам профессиональной деятельности;

– по информированию и консультированию по вопросам получения профессионального образования;

– направление инвалида (ребенка-инвалида) на получение коррекционных мероприятий по развитию (формированию) профессионально значимых качеств;

– направление на получение услуги по психологическому консультированию;

– предложение участия в профессиональных пробах с целью развития профессионально значимых качеств и мотивации к труду;

– предложение участия в профориентационных тренингах и т.д.

5. Определение рекомендаций, обсуждение их с инвалидом (ребенком-инвалидом) и определение направлений действий.

6. Выдача заключения и передача данных в территориальные центры занятости населения.

Заключение. В настоящее время профориентационная работа с инвалидами, в том числе с детьми-инвалидами, направлена на подготовку инвалида (ребенка-инвалида) к самостоятельному выбору профессии, востребованной на рынке; проводится с учетом нарушенных функций и возможностей организма (реабилитационного потенциала); включает как традиционные методы профессиональной ориентации, так и инновационные методы с помощью аппаратно-программных комплексов и основывается на научных общепсихологических принципах (комплексности, динамического подхода, качественно-количественно анализа полученных результатов).

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Климов Е.А. В кн. Введение в психологию труда. М.1998. [Klimov E.A. In: Vvedenie v psihologiyu truda. M.1998. (In Russ.)]
2. Положение инвалидов: Федеральная служба государственной статистики. Ссылка активна на 28.02.2020. [Polozhenie invalidov: Federal'naya sluzhba gosudarstvennoj statistiki] http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/invalid/1-1.doc
3. Пряжников Н.С. В кн. Профориентация. М. 2007. [Pryazhnikov N.S. In: Proforientaciya. M. 2007. (In Russ.)]
4. Пузин С.Н. Профессиональная реабилитация инвалидов. М. 2003. [Puzin S.N. Professional'naya reabilitaciya invalidov. M. 2003. (In Russ.)]
5. Рогов Е.И. В кн. Настольная книга практического психолога в образовании. М. 1995. [Rogov E.I. In: Nastol'naya kniga prakticheskogo psihologa v obrazovanii. M. 1995. (In Russ.)]
6. Сорокина И.Р. Профессиональная проба как один из способов организации профориентации в системе дополнительного образования / Педагогическое образование в России. 2013; 5; 79-84. [Sorokina I.R. Professional'naya proba kak odin iz sposobov organizacii proforientacii v sisteme dopolnitel'nogo obrazovaniya / Pedagogicheskoe obrazovanie v Rossii. 2013; 5; 79-84. (In Russ.)]
7. Старобина Е.М. Профессиональная ориентация лиц с учетом ограниченных возможностей здоровья. М. 2013. [Starobina E.M. In: Professional'naya orientaciya lic s uchetom ogranichennyh vozmozhnostej zdorov'ya. M. 2013. (In Russ.)]
8. Сырников И.К. Профессиональная ориентация инвалидов. М.1996. [Syрnikov I.K. In: Professional'naya orientaciya invalidov. M.1996. (In Russ.)]

УДК 331.582.2

К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ ИНВАЛИДОВ К САМОПРЕЗЕНТАЦИИ ПРИ ТРУДОУСТРОЙСТВЕ

Сотская Г.М., Жукова Е.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение Федеральное Бюро медико-социальной экспертизы
Минтруда России
Москва, Россия

Аннотация

Введение. В статье представлена технология составления диагностической программы по оценке психологической готовности инвалидов к самопрезентации при трудоустройстве в рамках проведения мероприятий по профессиональной реабилитации и абилитации. В настоящее время мероприятия по трудоустройству инвалидов, направленные на формирование у них навыков самопрезентации при трудоустройстве, в основном, рассматриваются в контексте формирования необходимых компетенций (составление резюме, подготовка портфолио), при этом психологический аспект самопрезентации инвалидов, а именно, психологическая готовность к самопрезентации при трудоустройстве, не нашла должного отражения ни в научных трудах, ни в практической деятельности. Данный факт обусловил актуальность разработки методики по формированию психологической готовности инвалидов к самопрезентации при трудоустройстве.

Цель. Цель методики - изучение психологических барьеров, возникающих у инвалидов при трудоустройстве с целью дальнейшей коррекции и профилактики. Методика представлена диагностической программой и программой социально-психологического тренинга, направленных на диагностику и формирование психологической готовности инвалида к самопрезентации при трудоустройстве.

Материалы и методы. Диагностическая программа предназначена для оценки психологической готовности к самопрезентации при трудоустройстве инвалидов трудоспособного возраста - от 18 лет и до 60 лет (для женщин) - 65 лет (для мужчин) со сформированной трудовой мотивацией. Применялись следующие методы психологического обследования: метод беседы, метод наблюдения, психодиагностический метод.

Результаты. Диагностическая программа направлена на оценку основных компонентов психологической готовности к самопрезентации при трудоустройстве (когнитивно-оценочный, операциональный, мотивационно-потребностный). Эмпирическим путем были выделены основные уровни психологической готовности инвалида к самопрезентации (высокий, средний, низкий), критерии оценки трудового потенциала (высокий, средний, низкий) и критерии прогноза по дальнейшему трудоустройству (благоприятный, относительно благоприятный, неблагоприятный).

Заключение. Разработанная диагностическая программа имеет важное значение для создания программ социально-психологических тренингов по формированию психологической готовности инвалидов к самопрезентации при трудоустройстве и последующего сопровождения инвалидов в процессе их трудоустройства.

Ключевые слова: психологическая готовность инвалидов к самопрезентации при трудоустройстве, профессиональная реабилитация и абилитация, трудоустройство инвалидов, психологическая диагностика в профессиональном консультировании инвалидов.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Сотская Гульнара Мизхатовна, кандидат психологических наук, заведующий кабинетом психологической диагностики и реабилитации, абилитации инвалидов отделения практико-инновационных методов социальной, профессиональной и психологической реабилитации и абилитации Федерального центра научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России 127486, Москва, ул. Ивана Сусанина, 3 Тел. +7(926)69-49-245 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8255-8627>; SPIN: 7881-5317; E-mail: Sotskaya75@mail.ru

Жукова Евгения Валерьевна, заведующий отделением практико-инновационных методов социальной, профессиональной и психологической реабилитации и абилитации Федерального центра научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России 127486, Москва, ул. Ивана Сусанина, 3 Тел. +7(916)076-64-76 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7640-1818>; SPIN: 2596-4043; E-mail: egeni69@bk.ru

ON THE ISSUE OF ASSESSING THE PSYCHOLOGICAL READINESS OF DISABLED PEOPLE SELF-PRESENTATION IN EMPLOYMENT

Sotskaya G.M., Zhukova E.V.

Place of work: Federal state budgetary institution Federal Bureau of medical and social expertise of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation
Moscow, Russia

Abstract

Background. The article presents the technology of drawing up a diagnostic program to assess the psychological readiness of disabled people to self-presentation during employment in the framework of professional rehabilitation and habilitation activities. Currently, measures for employment of persons with disabilities to build their skills of self-presentation for employment, generally considered in the context of forming the necessary competencies (such as resume writing, preparation of portfolios), while the psychological aspect of self-presentation of persons with disabilities, namely psychological readiness to work in employment not adequately reflected neither in scientific papers nor in practice. This fact has caused the urgency of developing a methodology for the formation of psychological readiness of disabled people to self-presentation in employment.

Aim. The purpose of the method is to study the psychological barriers that arise in people with disabilities during employment in order to further correction and prevention. The method is presented by a diagnostic program and a program of socio-psychological training aimed at diagnosing and forming the psychological readiness of the disabled person to self-presentation in employment.

Materials and methods. The diagnostic program is designed to diagnose psychological readiness for self-presentation in the employment of disabled people of working age - from 18 years to 60 years (for women) - 65 years

(for men) with formed labor motivation. The following methods of psychological examination were used: the method of conversation, the method of observation, psychological diagnostic methods.

Results. The diagnostic program is aimed at evaluating the main components of psychological readiness for self-presentation in employment (cognitive-assessment, operational, motivational-need). Empirically, the main levels of psychological readiness of the disabled person for self-presentation were identified (high, medium, low), criteria for assessing the labor potential (high, medium, low) and criteria for predicting further employment (favorable, relatively favorable, unfavorable).

Conclusion. The developed diagnostic program is important for creating programs of social and psychological training on the formation of psychological readiness of disabled people for self-presentation in employment and their subsequent support in the process of employment.

Key words: psychological readiness of disabled people for self-presentation in employment, professional rehabilitation and habilitation, employment of disabled people, psychological diagnostics in professional counseling of disabled people.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Sotskaya Gulnara Mizkhatovna, candidate of psychological Sciences, head of the Department of psychological diagnostics and rehabilitation, habilitation of disabled people of the Department of practical and innovative methods of social, professional and psychological rehabilitation and habilitation of the Federal center for scientific and methodological support of the development of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children of the Federal state budgetary institution. 3, Ivan Susanin street, Moscow, 127486 Tel. +7(926)69-49-245 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8255-8627>; SPIN: 7881-5317; E-mail: Sotskaya75@mail.ru

Zhukova Evgenia Valeryevna, head of the Department of practical and innovative methods of social, professional and psychological rehabilitation and habilitation of the Federal center for scientific and methodological support of the development of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children of the Federal state budgetary institution of the MINISTRY of labor of Russia 3, Ivan Susanin street, Moscow, 127486 Tel. +7(916)076-64-76 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7640-1818>; SPIN: 2596-4043; E-mail: egeni69@bk.ru

Введение. В настоящее время одним из приоритетных направлений социальной политики Российской Федерации является профессиональная реабилитация инвалидов, от эффективности которой в значительной степени зависит возвращение данных граждан к трудовой деятельности, их полноценная интеграция в социум и приобретение личного и семейного благополучия в перспективе. Анализ данных федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов» (ФГИС «ФРИ») на 1 декабря 2019 года количество инвалидов составляло 11202952 чел. (7,5% от общего количества населения страны). Инвалидов трудоспособного возраста насчитывалось 3455230 чел., что составляло 30,8% от общего числа инвалидов в стране. При этом доля трудоустроенных инвалидов, от общего количества составила лишь четверть (26,69%) от общего числа инвалидов трудоспособного возраста. Федеральным центром научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России в 2018 – 2019 годах было проведено анкетирование 100 инвалидов (2 и 3 группы инвалидности) в возрасте 23 - 30 лет, имеющих профессиональное образование, которое показало, что из них только 15 % трудоустроены. Причинами незанятости инвалидов были названы следующие:

- отсутствие интересных для инвалида вакансий в субъектах Российской Федерации – 15%;
- сложности с доступностью к месту работы – 14%;
- информационной неграмотностью инвалида (не умение составлять резюме, искать работу в интернете) – 21%;
- психологическими барьерами при трудоустройстве («стеснение своего дефекта», «неумение подать себя с лучшей стороны», «неуверенность в себе», «вдруг не смогу»), то есть установкой инвалида относительно собственной личности («Я» - концепция часто диссанируется между реальной и идеальной «Я» - концепциями) – 49 %.

Результаты исследования показали значимость психологического компонента в профессиональной реабилитации инвалидов, так как, испытав однажды неудачу при трудоустройстве из-за имеющихся личностных психологических проблем, только 17% инвалидов предпринимают попытку вновь трудоустроиться. Анализ научно-методической литературы, посвященной вопросам самопрезентации инвалидов, изучение опыта работы организаций, осуществляющих реабилитацию и абилитацию, показали, что в контексте трудоустройства, данная проблема рассматривается с позиции формирования у инвалидов необходимых навыков самопрезентации, при этом психологический аспект самопрезентации инвалидов, и в частности, психологической готовности к самопрезентации при трудоустройстве, не нашел должного

отражения ни в научных исследованиях, ни в практической деятельности. Всё вышесказанное обусловило актуальность и необходимость разработки и апробации методики формирования психологической готовности инвалидов к самопрезентации при трудоустройстве. Для решения данной проблемы нами была поставлена цель - изучить психологические проблемы инвалидов при трудоустройстве. В соответствии с целью были определены следующие задачи:

1. Провести теоретико-методологический анализ проблемы психологической готовности инвалида к самопрезентации при трудоустройстве.
2. Проанализировать передовой отечественный и зарубежный опыт по данной проблеме.
3. Разработать программу диагностики психологической готовности инвалидов к самопрезентации при трудоустройстве целью выявления мишеней дальнейшей психологической коррекции и определения уровня их трудового потенциала.
4. Разработать программу тренинга, направленную на формирование психологической готовности инвалида к самопрезентации при трудоустройстве с целью повышения его трудового потенциала.

Разработка методических рекомендаций по формированию психологической готовности инвалидов к самопрезентации при трудоустройстве состояла из двух основных этапов:

1 этап – реализация диагностической программы по оценке готовности инвалидов к самопрезентации при трудоустройстве.

2 этап – реализация программы тренинга по формированию у инвалидов психологической готовности к самопрезентации при трудоустройстве. Для создания диагностической программы по оценке психологической готовности инвалидов к самопрезентации при трудоустройстве нами был проведен анализ имеющихся на сегодняшний день подходов по изучению готовности человека к профессиональной самопрезентации [1,4,5,6,7,8].

Изучение литературных источников позволило нам выделить основные компоненты психологической готовности к самопрезентации при трудоустройстве:

1. Ведущую роль в оценке готовности к профессиональной деятельности имеет мотивационно-потребностный компонент, который направлен на сам процесс самопрезентации.
2. Квалификационный компонент включает уровень образования, профессиональную квалификацию, общий трудовой стаж, предыдущий опыт работы, объем, глубину и разносторонность общих и специальных знаний и умений, обуславливающих способность работника к труду определенного содержания и сложности, трудовой потенциал.
3. Когнитивно-оценочный компонент содержит представления человека о себе и информацию о круге рассматриваемых профессий. В него входят: знания о профессиях, сбор информации о рынке труда, предыдущий опыт трудоустройства, самооценка, рефлексия, черты характера (ответственность, исполнительность, пунктуальность, настойчивость и др.), «образ – Я» в профессии.
4. Операциональный компонент, который включает коммуникативные умения и навыки, умение вести себя в конфликте; владение стратегиями и техниками презентации себя [2,3]. Представленная структура компонентов психологической готовности к самопрезентации при трудоустройстве позволила нам подобрать релевантные методики для психодиагностики инвалида и сформулировать основные критерии для определения психологической готовности инвалида к самопрезентации при трудоустройстве.

Цель. Цель диагностической программы – это оценка сформированности у инвалидов психологической готовности к самопрезентации при трудоустройстве.

Материалы и методы. Диагностическая программа предназначена для диагностики психологической готовности к самопрезентации при трудоустройстве инвалидов трудоспособного возраста - от 18 лет и до 60 лет (для женщин) - 65 лет (для мужчин) со сформированной трудовой мотивацией. Противопоказания к применению диагностической программы: инвалиды с несформированной трудовой мотивацией; инвалиды с выраженными и значительно выраженными нарушениями (психических функций; речевых функций; сенсорных функций (зрительных)). В обследовании инвалидов применялись следующие методы психологического обследования:

1. метод беседы;
2. метод наблюдения;
3. психодиагностический метод (опросники, проективные методики).

Результаты исследования. Программа психологического обследования инвалида состоит из 3-х этапов: подготовительный, диагностический и аналитико-формирующий.

1. На подготовительном этапе исследования проводится:

- 1) Установление контакта с инвалидом и определение его первичных эмоционально-личностных характеристик.

2) Исследование квалификационного компонента психологической готовности к самопрезентации при трудоустройстве. В беседе с инвалидом выявляется его уровень образования, основная профессия (специальность), квалификация, общий стаж работы, стаж работы по основной профессии (специальности).

2. На диагностическом этапе происходит проведение психологического обследования с помощью комплекса психодиагностических методик, направленных на изучение психологической готовности инвалида к самопрезентации (ПГИС) при трудоустройстве.

3. Аналитико-формирующий этап диагностического исследования строится на анализе полученных данных с предыдущего этапа и включает в себя формирование комплексного заключения, которое в дальнейшем определяет варианты психокоррекционной работы с инвалидом на основании его трудового потенциала и показателей прогноза по дальнейшему трудоустройству.

Для оценки компонентов психологической готовности к самопрезентации при трудоустройстве инвалидов были подобраны стандартизированные психодиагностические методики и проективные методики и составлена следующая диагностическая программа.

1. Для оценки когнитивно-оценочного компонента применялись:
 - самооценка по Дембо-Рубинштейн (модификация А.М. Прихожан);
 - квадрат профессионализма;
 - тест межличностных отношений Т. Лири.
2. Для оценки операционального компонента:
 - методика диагностики оценки самоконтроля в общении М. Снайдера;
 - шкала измерений тактик самопрезентации (С. Ли, Б. Куигли и др.);
 - диагностика конфликтности (Тест В.Ф. Ряховского «Самооценка конфликтности»).
3. Для оценки мотивационно-потребностного компонента:
 - опросник А.А. Реана «Мотивация успеха и боязни неудач»;
 - опросник «Шкала оценки потребности в достижении».

Полученные данные психологической диагностики позволили выделить основные критерии оценки уровней психологической готовности инвалида к самопрезентации при трудоустройстве, критерии оценки трудового потенциала и прогноза по дальнейшему трудоустройству:

1. Высокий уровень готовности к ПГИС включает высокий уровень сформированности когнитивно-оценочного, операционального и мотивационно-потребностного компонентов; высокий трудовой потенциал и высокий прогноз по дальнейшему трудоустройству.

2. Средний уровень готовности к ПГИС позволяет определить у инвалида средний трудовой потенциал и относительно благоприятный прогноз по дальнейшему трудоустройству.

Определены следующие варианты:

– высокий или средний уровень сформированности двух из трех компонентов готовности к профессиональной самопрезентации и низкий уровень сформированности третьего компонента (но не мотивационно-потребностного);

– средний уровень сформированности всех компонентов готовности к профессиональной самопрезентации (когнитивно-оценочный, операциональный и мотивационно-потребностный).

3. Низкий уровень готовности к ПГИС позволяет определить низкий трудовой потенциал и неблагоприятный прогноз по дальнейшему трудоустройству:

– низкий уровень сформированности всех компонентов готовности к профессиональной самопрезентации (когнитивно-оценочный, операциональный и мотивационно-потребностный);

– низкий уровень сформированности мотивационно-потребностного компонента и одного из компонентов (когнитивно-оценочного или операционального) при среднем уровне сформированности третьего компонента (когнитивно-оценочного или операционального);

– низкий уровень сформированности мотивационно-потребностного компонента при среднем уровне сформированности когнитивно-оценочного и операционального компонентов.

Определение критериев оценки уровней психологической готовности инвалида к самопрезентации при трудоустройстве позволяет в дальнейшем создавать программы социально-психологических тренингов, направленные на формирование или коррекцию психологической готовности инвалида к самопрезентации при трудоустройстве.

Заключение. Представленная диагностическая программа определяет основные компоненты психологической готовности к самопрезентации при трудоустройстве инвалидов трудоспособного возраста, выделяет основные критерии оценки уровней психологической готовности инвалида к самопрезентации при трудоустройстве, а также критерии оценки трудового потенциала и прогноза по дальнейшему трудоустройству. Это имеет важное значение для создания программ социально-психологических тренингов

по формированию психологической готовности инвалидов к самопрезентации при трудоустройстве, а также сопровождения инвалидов в процессе их дальнейшего трудоустройства.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Бодалев, А.А. В кн. Восприятие и понимание человека человеком. М.1982.[Bodalev A.A. In: Vospriyatie i ponimanie cheloveka chelovekom. M. 1982. (In Russ.)].
2. Бригаднова А.Ю. Категория «готовности к самопрезентации» как цель и конечный результат профессиональной подготовки студентов туристского вуза. Молодой ученый. 2012; 5: 402-405. Ссылка активна на 20.02.2020. [Brigadnova AU. The category of “readiness for self-presentation” as the goal and final result of professional training of students of a tourist University. Molodoj uchenyj. 2012; 5: 402-405. Accessed February 20, 2020. (In Russ.)] URL: <https://moluch.ru/archive/40/4705/>
3. Дьяченко М.И., Кандыбович Л.А. В кн.: Психологические проблемы готовности к деятельности. Минск. 1976. [D'yachenko M.I., Kandybovich L.A. In: Psihologicheskie problemy gotovnosti k deyatel'nosti. Minsk. 1976. (In Russ.)].
4. Емельянов С.М. В кн.: Практикум по конфликтологии. СПб. 2004. [Emel'yanov S.M. In: Praktikum po konfliktologii. SPb. 2004. (In Russ.)].
5. Куклинов М.Л., Сапегина С.Г., Малютина Л.В. Самопрезентация в процессе трудоустройства. Проблемы экономики и менеджмента. 2014;12(40):7-12. Ссылка активна на 20.02.2020. [Kuklinov M.L., Sapagina S.G., Malyutina L.V. Self-presentation in the employment process. Problemy ekonomiki i menedzhmenta. Accessed February 20, 2020. (In Russ.)] URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=22874583>
6. Сидоренко Е.В. В кн.: Личностное влияние и противостояние чужому влиянию. Под ред. А.А.Крылова, Л.А.Коростылевой. СПб.1997. [Sidorenko E.V. In: Lichnostnoe vliyanie i protivostoyanie chuzhomu vliyaniyu. Pod red. A.A.Krylova, L.A.Korostylevoj SPb. 1997. (In Russ.)].
7. Schutz, A. Self-presentational tactics of talk-show guests: a comparison of politicians, experts ad entertainers / A. Schutz // Jounal of Psychology. - 1998. – № 132 (6). – P. 611-628.
8. Schleker, B. Self-presentation // B.Schleker, M.Leary, J.P.Tagey (eds) / Handbook of Self ad identity. - №.Y.; L.: The Guilford Press, 2003. - P. 488–518.

УДК 1400

ПРИКЛАДНОЙ АНАЛИЗ ПОВЕДЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ И КОРРЕКЦИИ БЫТОВЫХ НАВЫКОВ У ЛИЦ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ

Галицкая А.К.

СПб ГБУСОН «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Московского района»
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. В данной статье представлены примеры поведенческого вмешательства, направленного на формирование и коррекцию бытовых навыков у лиц с особенностями развития, как детского, так и взрослого возраста.

Цель. Цель исследования состоит в анализе трех кейсов, включающих формирование и коррекцию трех вариантов адаптивного поведения, относящегося к осуществлению навыков самообслуживания.

Материалы и методы. Исследование проводилось с помощью метода анализа конкретных ситуаций.

Результаты. Рассмотрены примеры работы с клиентами, демонстрирующими дефицит разнообразных бытовых навыков, а также результаты проведенной работы.

Заключение. Сделаны выводы о максимально продуктивной организации коррекционного вмешательства.

Ключевые слова: Прикладной анализ поведения, поведенческое вмешательство, нарушения развития, функциональные навыки, бытовые навыки, навыки самообслуживания, функциональный тренинг, подкрепление, прямая цепочка.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Галицкая Анастасия Константиновна, педагог-психолог Отделения дополнительного образования СПб ГБУСОН «Центра реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Московского района», поведенческий аналитик.

APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS IN FORMATION AND CORRECTION OF HOUSEHOLD AND HYGIENIC SKILLS IN PERSONS WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES

Galitskaya A.K.

SPb GBUSON "Center for Social Rehabilitation of the Disabled and Disabled Children of the Moscow district"
St.Petersburg, Russia

Abstract

Background. This article presents examples of behavioral intervention aimed at the formation and correction of household skills in people with developmental disabilities, both in childhood and in adulthood.

Aim. The purpose of the study is to analyze three cases, including the formation and correction of three adaptive behaviors related to the implementation of self-service skills.

Materials and methods. The study was conducted using the case-study method.

Results. Examples of working with subjects who demonstrate some household and hygienic skills deficits, as well as the results of the work are considered.

Conclusion. Conclusions are drawn about the most productive organization of corrective intervention.

Key words: *Applied behavior analysis, behavioral intervention, developmental disabilities, functional skills, household and hygienic skills, self-service skills, functional training, reinforcement, forward chaining*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Galitskaya Anastasia Konstantinovna, teacher-psychologist of the Department of Continuing Education SPb GBUSON "Center for the rehabilitation of disabled and disabled children of the Moscow district", behavior analyst

Введение. Владение бытовыми навыками является одним из базовых элементов самостоятельной повседневной жизни. Многие дети с особенностями развития, а также инвалиды трудоспособного возраста демонстрируют неумение позаботиться о себе в быту и полностью зависимы от окружающих. Формирование бытовых навыков у людей с особенностями развития в ходе комплексной реабилитации необходимо для обеспечения максимально полноценной жизни.

Функциональные или бытовые навыки, наравне с навыками социальными и коммуникативными, представляют собой одну из составляющих так называемого адаптивного поведения. Они включают в себя все практические умения, так или иначе касающиеся самообслуживания в повседневной жизни. Часто у лиц с особенностями развития наблюдается дефицит навыков самообслуживания, даже на фоне среднего или высокого уровня развития умственных способностей. Несмотря на то, что в ходе комплексной реабилитации коммуникативным и академическим навыкам в дошкольных, школьных учреждениях и центрах дополнительного образования уделяется достаточно внимания, бытовые навыки у лиц, уже достигших совершеннолетия, во многих случаях остаются на уровне, не позволяющем вести самостоятельную жизнь. Родители лиц с особенностями развития осознанно или неосознанно тормозят освоение бытовых навыков, акцентируя внимание на социальных и академических и подавляя попытки проявлять самостоятельность в решении бытовых вопросов. Это связано, во-первых, с устойчивым сочувствующим отношением к ребенку с особенностями развития как к «больному», которого в повседневной жизни следует ограждать от выполнения действий, вызывающих у него трудности. Во-вторых - со сложностью обучения тем или иным навыкам: зачастую близким ребенка с особенностями развития не хватает знаний о том, как правильно организовать обучение. Когда возникают затруднения, они отказываются от дальнейших попыток, предпочитая полностью взять на себя ответственность за быт ребенка. В-третьих, если родители сталкиваются с яркими эмоциональными реакциями ребенка (истерики, физическая и вербальная агрессия), они могут демонстрировать так называемое избегающее поведение, опасаясь вызвать нежелательные реакции. Таким образом, ребенок не реализует свои потенциальные возможности и не использует те ресурсы, которые у него имеются. Все это приводит к состоянию, которое называется «вторичная инвалидизация»; ребенок, а затем и взрослый остается беспомощным и полностью или практически полностью зависимым от окружающих. Поэтому возникают ситуации, когда совершеннолетний человек может успешно закончить школу и поступить в высшее учебное заведение, но при этом не уметь обслужить себя в быту. В данной статье мы сосредоточим внимание не на психологических аспектах, которые препятствуют обучению лиц с особенностями развития функциональным навыкам, а на сложностях, возникающих у тех родителей, воспитателей и социальных работников, которые предпринимают усилия для обучения, но сталкиваются с трудностями, и на методиках и техниках, позволяющих их преодолеть.

Наиболее перспективной на данный момент наукой, предлагающей способы решения проблемы обучения лиц с особенностями развития, является Прикладной анализ поведения. Он представляет собой дисциплину, связанную с применением эмпирических методов, основанных на принципах обучения для изменения поведения, имеющего социальную значимость. Прикладной анализ поведения основан на экспериментально

доказанных законах поведения: взаимосвязь стимула и реакции, поведения и последствия. Среди задач, имеющих отношение к бытовым навыкам, которые позволяет решить Прикладной анализ поведения можно выделить следующие [1]:

- формирование навыков гигиены;
- формирование навыков одевания и раздевания;
- формирование навыков самостоятельного приема пищи;
- формирование навыков приготовления пищи;
- формирование навыков уборки;
- формирование навыков ухода за своими вещами и т.д.

Следует заметить, что методики Прикладного анализа поведения можно применять в работе с людьми любого возраста и с самыми разнообразными нарушениями развития, поскольку законы поведения универсальны для всех живых организмов.

Цель. Анализ наиболее распространенных и эффективных методов Прикладного анализа поведения в формировании и коррекции бытовых навыков у лиц с особенностями развития на примере трех конкретных кейсов.

Материалы и методы. В данной работе рассматриваются три случая коррекционной работы по формированию бытовых навыков у лиц с особенностями развития разного возраста (от 8 до 19 лет). Методы выбирались в соответствии с конкретной задачей.

Кейс №1. Задача: формирование гигиенического навыка «чистить зубы при помощи зубной щетки» у мальчика 8 лет с диагнозом «расстройство аутистического спектра». Используемые методы: функциональный тренинг, прямая цепочка. Используемые материалы: зубная щетка средней жесткости, зубная паста в стандартном тюбике, пластиковый стакан с водой, бумажные полотенца. Тренинг проводился в ванной комнате.

Кейс №2. Задача: формирование навыка «обуваться: надевать и застегивать ботинки» у девочки 11 лет с диагнозами «расстройство аутистического спектра, умственная отсталость». Используемые методы: функциональный тренинг, прямая цепочка. Используемые материалы: обувь (демисезонные кожаные ботинки на застежке-липучке), «ложка» для обуви. Тренинг проводился в прихожей.

Кейс № 3. Задача: формирование навыка «самостоятельный прием жидкой пищи» у молодого человека 19 лет с диагнозами «детский церебральный паралич, расстройство аутистического спектра», демонстрирующего нежелательное поведение (плевание, отталкивание посуды с пищей, вокализации). Используемые методы: дифференциальное подкрепление несовместимого поведения. Используемые материалы: пластиковая чашка с вырезом для питья, нагрудник из клеенчатой ткани. Процедура проводилась на кухне.

В двух первых описываемых случаях на фазе начального уровня испытуемые демонстрировали 0 успешных попыток (эпизодов) целевого поведения, то есть, поведение не было сформировано. В третьем случае поведение уже было сформировано, но часто прерывалось другим, проблемным поведением.

Рабочее определение для целевого поведения было сформулировано следующим образом:

Кейс №1. Ребенок самостоятельно берет тюбик с зубной пастой, отвинчивает крышку, берет зубную щетку и выдавливает на нее отрезок пасты не менее 1 см в длину. Затем помещает щетку с пастой в рот и совершает движения, осуществляя очищение передней и задней поверхностей зубов от края десны к краю зуба, а также чистит заднюю поверхность передних зубов в течение не менее двух минут. Затем ребенок берет стакан с водой, набирает в рот воду, прополаскивает рот в течение не менее 20 секунд не менее двух раз и сплевывает в раковину. Затем закрывает тюбик с зубной пастой и ополаскивает зубную щетку. Цель: ребенок умеет чистить зубы без подсказки.

Кейс № 2. Ребенок садится на пуфик в прихожей, берет с полки пару ботинок и ставит перед собой. Затем берет в руки один ботинок, отстегивает «липучку», приподнимает ногу и помещает ступню в ботинок. Надевает его, при необходимости помогая себе «ложкой». Затем ставит ногу на пол и застегивает «липучку». Повторяет всю процедуру со вторым ботинком. Цель: ребенок обувается без подсказки.

Кейс № 3. Молодой человек самостоятельно открывает рот и позволяет ассистенту осторожно влить небольшое количество жидкой пищи (крем-суп) из чашки. Молодой человек позволяет жидкости коснуться его приоткрытых губ в течение 5 секунд, не демонстрируя нежелательного поведения (вокализации, попытки оттолкнуть чашку подбородком, выплюнуть пищу или иным способом избежать контакта с пищей). Через 30 секунд на просьбу ассистента «покажи мне» молодой человек открывает рот и демонстрирует отсутствие в нем жидкости. Цель: молодой человек самостоятельно употребляет жидкую пищу, не демонстрируя нежелательного поведения.

В двух первых случаях (обучение навыку чистки зубов и навыку надевания ботинок) сначала потребовалось сформировать целевое поведение. Для этого был применен так называемый функциональный

тренинг, в ходе которого детей поэтапно обучали навыку с помощью имитации, разбив весь процесс на отдельные шаги. Когда ребенок освоил каждый шаг, поведение начали закреплять с помощью метода «прямая цепочка»[2]. Эта методика состоит в разбиении процесса на отдельные действия и применения подсказки перед каждым последующим. «Прямая цепочка» подразумевает, что обучение начинается с первого шага, который ребенок выполняет самостоятельно, а затем получает подсказки; «обратная» — ребенок выполняет все действия самостоятельно, а перед последним шагом получает подсказку. Сначала ребенок также получает индивидуальное подкрепление после каждого успешно выполненного шага, затем — только после двух, после трех и т.д.

В случае с навыком чистки зубов в качестве подкрепления ассистент включал на несколько секунд любимую песню ребенка на планшете. В случае с навыком обувания подкреплением было шоколадное драже. В самом конце, после выполнения последнего шага дети получали более значимое и крупное подкрепление: первому участнику разрешалось послушать песню целиком, второму выдавалось одновременно пять шоколадных драже. Дети также получали сначала физическую подсказку, которая была постепенно заменена на вербальную. Например, для поведения «чистить зубы» ребенку кратко подсказывали после каждого шага: «теперь налей воды», «закрой пасту», «вверх, вниз» (движения щеткой), «помой» и т.д.[3] Для поведения «обуваться» подсказки были следующие: «возьми», «ногу вперед», «ложка», «застегни» и т.д.

В обоих случаях тренинги проводились дважды в день в течение трех недель. Подкрепление начали постепенно убирать после того, как дети правильно продемонстрировали выполнение всей цепочки действий три раза. Сначала изменили режим подкрепления: теперь оно выдавалось не после каждого шага, а после двух, затем после трех и так далее. В итоге дети научились выполнять всю цепочку действий и без подсказки, и без подкрепления.

Если дети демонстрировали нежелательное поведение (бросали выполнение цепочки действий на середине, начинали капризничать, пытались уйти и т.д.), негативные последствия не применялись, но подкрепления они не получали. Таким образом производилось выборочное усиление желательного поведения при игнорировании нежелательного.

В случае с поведением «самостоятельно принимать жидкую пищу» навык уже был сформирован, и задача состояла в том, чтобы убрать сопутствующее нежелательное поведение[4]. Следовательно, речь шла не о формировании навыка, а о его коррекции. Поэтому молодой человек получал подкрепление (возможность посмотреть фрагменты конкретного видеоролика) только в том случае, если во время процедуры принятия пищи не пытался выплюнуть пищу или уклониться от чашки. Если же он демонстрировал нежелательное поведение, то оно не наказывалось (ассистент молча убирал последствия - вытирал ему рот, менял нагрудник и т.д.), но и не подкреплялось. Таким образом, происходило дифференциальное подкрепление поведения, несовместимого с нежелательным. Если на протяжении всего процесса принятия пищи молодой человек не демонстрировал нежелательного поведения, то он получал возможность посмотреть любимый видеоролик целиком. Коррекция проводилась в течение 4 недель.

Таким образом, в случае с поведением «чистить зубы» и с поведением «обуваться» была проведена работа по обучению желательному поведению. После того, как навык был сформирован, подкреплялось только желательное поведение. В случае с поведением «самостоятельно принимать жидкую пищу» поведение было скорректировано.

Результаты исследования. Если до поведенческого вмешательства участники либо не демонстрировали навык, либо демонстрировали также нежелательное поведение, мешающее адекватной реализации навыка, то после проведенного вмешательства соответствующий бытовой навык был сформирован либо усовершенствован (убрано нежелательное поведение).

Далее представлены данные по трем кейсам.

Кейс № 1.

Целевое поведение: Самостоятельно чистить зубы

Процент успешных попыток до начала вмешательства: 0%

Выбранные методы поведенческого вмешательства: Функциональный тренинг: имитация+ прямая цепочка

Продолжительность и частота сессий: 3 недели, каждый день, 2 раза в день

Процент успешных попыток после вмешательства: 92%

Возможные побочные эффекты в виде появления других видов нежелательного поведения: Отсутствуют

Кейс № 2.

Целевое поведение: Самостоятельно обуваться

Процент успешных попыток до начала вмешательства: 0%

Выбранные методы поведенческого вмешательства: Функциональный тренинг: имитация+ прямая цепочка

Продолжительность и частота сессий: 3 недели, каждый день, 2 раза в день

Процент успешных попыток после вмешательства: 86%

Возможные побочные эффекты в виде появления других видов нежелательного поведения: Отсутствуют Кейс № 3.

Целевое поведение: Самостоятельно принимать жидкую пищу

Процент успешных попыток до начала вмешательства: 12%

Выбранные методы поведенческого вмешательства: Дифференциальное подкрепление поведения несовместимого с нежелательным

Продолжительность и частота сессий: 4 недели, каждый день, 3 раза в день

Процент успешных попыток после вмешательства: 94%

Возможные побочные эффекты в виде появления других видов нежелательного поведения: Отсутствуют.

После завершения работы родителями участников были даны рекомендации, касающиеся поддержания сформированного и скорректированного целевого поведения. Поскольку все эти виды поведения относятся к повседневному, они постоянно повторялись, что способствовало закреплению результатов и обеспечивало устойчивость поведения. Через два месяца была проведена проверка усвоенных навыков. В первом случае участник демонстрировал целевое поведение в 95% случаев, во втором — в 90% случаев, в третьем — в 96% случаев.

Заключение. Методики Прикладного анализа поведения эффективны при формировании различных вариантов адаптивного поведения, в частности, функциональных навыков. Можно выделить следующие условия, необходимые для успешного осуществления поведенческого вмешательства в целом и при обучении бытовым навыкам в частности:

1. Правильное определение целевого поведения. Оно должно быть максимально четким, конкретным и включать все необходимые действия.

2. Грамотный подбор методик поведенческого вмешательства. Методики должны быть проанализированы и отобраны на основании того, какими навыками обладает ребенок (например, есть ли у него навык имитации или необходимо сначала ему обучить); насколько конкретная методика доступна и насколько все, участвующие в работе, способны ее применять; насколько объективно она помогает отслеживать динамику работы.

3. Индивидуальный подбор подкрепления для каждого случая.

4. Грамотный подбор метода сбора данных и экспериментального дизайна (зависят от конкретного поведения, с которым собирается работать специалист).

5. Предпочтение методов и процедур, не включающих методики наказания.

6. Проведение обучающих тренингов для всех, кто так или иначе включен в работу с поведением (родители, воспитатели, учителя, социальные работники и т.д.). Участники должны понимать, что и зачем они делают и почему необходимо строго придерживаться правил работы.

7. Систематическое ведение документации.

8. Систематические проверки того, как участниками осуществляется работа с поведением: насколько регулярно она проводится, все ли действия соответствуют инструкции, не появились ли побочные эффекты. Предоставление обратной связи и разбор ошибок.

9. Отслеживание промежуточных результатов. При необходимости — коррекция методов и процедур.

10. Обязательное включение в исследование фазы проверки.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Training and Assessment of Toothbrushing Skills among Children with Special Needs. — Rachel A. Brown. — University of South Florida, 2012.

2. Spoon-to-cup fading as treatment for cup drinking in a child with intestinal failure. — Rebecca A. Groff, Cathleen C Piazza, Jason R. Zeleny, Jack R. Dempsey. — Journal of applied behavior analysis, December 2011.

3. Raising a Child with Autism: A Guide to Applied Behavior Analysis for Parents. — Shira Richman. — Jessica Kingsley Publishers Ltd, 2000.

4. An assessment of the efficiency of and child preference for forward and backward chaining. — S. K. Slocum, J. H. Tiger. — Journal of applied behavior analysis, 2011.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В УПРАВЛЕНИИ ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Иванова Е.Н., Гурьева И.В., Светлова О.В., Морозова Е.В., Порохина Ж.В.

Федеральный центр научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей инвалидов на базе Федерального государственного бюджетного учреждения Федеральное Бюро медико-социальной экспертизы
Минтруда России
Москва, Россия

Аннотация

Введение. В обзоре приведены основные этапы развития и обновления психологической составляющей обучения пациентов, страдающих сахарным диабетом, в ФГБУ ФБ МСЭ Научно-практического сектора реабилитации и профилактики инвалидности вследствие эндокринной патологии: создание и оценка эффективности структурированных программ контроля хронического заболевания, внедрение новых методов обучения с психологическими аспектами. Рассматривается значение психологического аспекта реабилитации инвалида (ребенка инвалида), где выявлялся комплекс мотивационных аспектов для полного или частичного восстановления (формирования) компонентов психической деятельности в тренинге, включая личностные характеристики, способствующие повышению реабилитационной приверженности, обеспечивающей активность и участие личности в реализации жизнедеятельности для достижения социально-психологической адаптации и интеграции в общество и контроля хронического заболевания.

Представлены результаты анкетирования до и после психологического тренинга больных сахарным диабетом и возможности учета некоторых психологических мотивов в процессе обучения.

Цель. Показать значимость влияния психологического тренинга на примере коучинговой модели на эффективность управления хроническим заболеванием, повышение реабилитационного потенциала личности; обратить внимание руководства на актуальность психологической работы в обучении больных сахарным диабетом.

Материалы и методы. За год работы (с февраля 2019 года) школу посетили около 1300 человек, в том числе 1017 человек из эндокринологического отделения и около 300 человек из других отделений клиники ФГБУ ФБ МСЭ (г. Москва). Исследование проводилось с сентября 2019 года на базе Школы диабета ФГБУ ФБ МСЭ. В исследуемую группу вошли 108 инвалидов трудоспособного возраста от 45 до 65 лет (средний возраст $57,2 \pm 1,2$ года) с основным диагнозом сахарный диабет 2 типа (СД 2). Пациенты полностью заполнили специально разработанные анкеты. Из них 86 женщин (79,6%) и 22 мужчины (20,4%). Во II группе было 64 человека с ограниченными возможностями (59,3%), а в III группе – 44 человека с ограниченными возможностями (40,7%), которые могли самостоятельно заполнить анкету и имели, по крайней мере, полное среднее образование. Испытуемым была предложена анкета перед курсом обучения, разработанная автором и состоящая из 13 вопросов, которые касались личностных особенностей инвалида, способов борьбы с болезнью.

Анализ элементов клинико-психологической беседы, включавшей наблюдение, изученные документы, анкетирование, биографический метод и консультирование, проводился с целью определения эффективных тем для психологического тренинга и мотивации к выполнению рекомендаций специалистов Школы сахарного диабета.

Результаты. Анализ четко выделяет две группы людей с ограниченными возможностями. I группу составили декомпенсированные инвалиды (63 человека-68%), основной психологической проблемой которой являлась сильная зависимость от семьи, назначений врача и связанная с этим жизненная пассивность. У этих больных развивается зависимость от заболевания, которая проявляется в неспособности самостоятельно управлять сахарным диабетом. В основном это инвалиды с ипохондрическим отношением к болезни, которым необходимо расширять круг мотивации, определять новые жизненные цели и перспективы. Такая позиция по отношению к своему заболеванию мало способствует достижению компенсации диабета и затрудняет профилактику осложнений. Очевидно, что, получив необходимые знания о сахарном диабете, большинство пациентов все еще не могут выработать индивидуальную жизненную стратегию, позволяющую им адекватно контролировать свое заболевание и активно участвовать в лечении без психологической помощи. И как показал опрос, пациенты не ведут дневников самоконтроля, заменяют занятия спортом уборкой по дому, постоянно «ломаются» в соблюдении диеты. В то же время 39 инвалидов отметили, что они уже прошли Школу сахарного диабета, им нравятся занятия, но они не готовы менять свое поведение. Для того чтобы им было легче управлять заболеванием, пациентов обеспечивали необходимыми обучающими материалами, учили принимать взвешенные решения в любой ситуации, связанной с СД.

Кроме того, им была рекомендована психотерапия. Из 2-х групп 12 инвалидов (19%) получили индивидуальную психологическую консультацию после нескольких сеансов курса. 17 инвалидов из 2-х групп начали применять методы саморегуляции еще в клинике.

Компенсированные инвалиды, составляющие 2-ую группу (45 инвалидов - 32%), воспринимают болезнь как данность, поэтому, с одной стороны, поддерживают благоприятное психологическое состояние, а с другой - способны активно работать и помогать некомпенсированным инвалидам, активно включаются в процесс обучения и готовы внедрять в свою жизнь новые привычки. Они также помогают подготовить популярный информационный материал для группы в WhatsApp.

Следует также отметить, что сам процесс обучения не влияет на разных людей одинаково, но люди с ограниченными возможностями в обеих группах полагаются в основном на лекарства и часто перекладывают ответственность за результаты лечения на врачей.

Заключение. Психологический тренинг в форме группового коучинга может быть эффективно использован для улучшения эмоционального состояния пациентов и уровня осмысленности жизни. Проведенное исследование позволяет выявить «зоны роста» в системе оказания помощи больным сахарным диабетом, в частности, в части обучения.

Совместная работа врачей и психологов по совершенствованию системы подготовки больных сахарным диабетом позволяет приблизиться к биопсихосоциальной модели медицины и может оказать эффективную помощь пациентам с хроническими соматическими заболеваниями.

Профессиональное участие психологов в процессе обучения пациентов управлению своим заболеванием необходимо на всех этапах, так как значительный потенциал для эффективного обучения больных сахарным диабетом заключается в разработке и совершенствовании психологического подхода к этому процессу.

Ключевые слова: обучение, психологическая реабилитация, психологический реабилитационный потенциал, психосоциальные факторы, сахарный диабет 2 типа, психологический тренинг, коучинг, пожилые пациенты.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Иванова Елена Николаевна, канд.психол.наук, eLibrary SPIN:6820-4704

Светлова Ольга Владимировна, к.м.н., врач-эндокринолог, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5146-2032>; eLibrary SPIN: 9741-5538, e-mail: merylan@yandex.ru

Гурьева Ирина Владимировна, д.м.н., профессор, eLibrary SPIN: 9376-7686

Морозова Елена Валерьевна, канд.психол.наук., eLibrary SPIN: 5261-3551

Порохина Жанна Вячеславовна, PhD, канд.психол.наук, eLibrary SPIN: 7195-5566

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF EDUCATION OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS IN THE MANAGEMENT OF CHRONIC DISEASE

Ivanova E.N., Gurieva I.V., Svetlova O.V., Morozova E.V., Porohina J.V.

Federal center for scientific, methodic and methodological support for the development of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children on the basis of the Federal state budget institution Federal Bureau of medical and social expertise of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, Moscow, Russia

Abstract

Background. The review describes the main stages of development and updating of the psychological component of the training direction in the scientific and practical sector of rehabilitation and prevention of disability due to endocrine pathology: the creation and evaluation of the effectiveness of structured programs for monitoring chronic diseases, the introduction of new methods of training with psychological aspects.

Aim. To show the significance of the influence of psychological training in the coaching model on the effectiveness of managing a chronic disease, increasing the rehabilitation potential of the individual; to draw the attention of the management to the relevance of psychological work in teaching patients with diabetes.

Materials and Methods. During the year of operation (from February 2019), the School was visited by about 1,300 people, including 1,017 from the endocrinology Department and about 300 people from other departments of the hospital. The study was conducted from September 2019 on the basis of the school of diabetes of the Federal Bureau of medical and social expertise, Moscow. The study group included 108 disabled people of working age from 45 to 65 years (average age 57.2 + 1.2 years) with the main diagnosis of diabetes mellitus type 2 (DM 2), who completely filled out special questionnaires. Of these, 86 are women (79.6%) and 22 are men (20.4%). Group II had 64 people with disabilities (59.3%), and group III had 44 people with disabilities (40.7%) who were able to fill out the questionnaire on their own and had at least a full secondary education.

The subjects were offered a questionnaire before the course of study, developed by the author and consisting of 13 questions that related to the personal characteristics of the disabled, ways to control the disease.

The analysis of elements of clinical and psychological conversation, included observation, studied documents, questionnaires, biographical method and counseling was carried out in order to determine effective topics for psychological training and motivation to implement the recommendations of specialists of the school of diabetes.

Results. The analysis clearly identifies two groups of people with disabilities. 1 group consisted of decompensated disabled people (63 people-68%), whose main psychological problem was a strong dependence on family, doctor 's appointments and related life passivity. These patients developed a dependence on the disease, which manifests itself in the inability to independently manage diabetes. Basically, these are disabled people with hypochondriacal attitudes to the disease, who need to expand the range of motivation, determine new life goals and prospects. This position in relation to their disease does little to achieve compensation for diabetes and makes it difficult to prevent complications. Obviously, having received the necessary knowledge about diabetes, most patients still cannot develop an individual life strategy that allows them to adequately control their disease and actively participate in its treatment without psychological help. And as the survey showed, they do not keep diaries, they replace sports with cleaning around the house, they constantly “breakdown” in compliance with the diet. At the same time, 39 disabled people noted that they have already passed the diabetes School, they like classes, but they are not ready to change their behavior. In order to make it easier for them to manage the disease, the course tried to equip them with the necessary resources – in the training, teach them to make informed decisions in any situation related to diabetes. In addition, they were recommended psychotherapy. Of the 2 groups, 12 disabled people (19%) received individual psychological counseling after several sessions of the course. 17 disabled people from 2 groups started using self-regulation methods while still in the Clinic.

Compensated disabled people, who make up the 2nd group (45 disabled people - 32%), perceive the disease as a given, so, on the one hand, they maintain a favorable psychological state, and on the other - they are able to actively work and help uncompensated disabled people, are actively involved in the learning process and are ready to introduce new habits into their lives. They also help prepare popular information material for the group in WhatsApp.

It should also be noted that the learning process itself does not affect different people in the same way, but people with disabilities in both groups rely mainly on medications and often shift the responsibility for the results of treatment to doctors.

Conclusion. Psychological training in the form of group coaching can be effectively used to improve the emotional state of patients and the level of meaningfulness of life. The study allows us to identify “growth zones” in the system of care for patients with diabetes, in particular, concerning training.

The joint work of doctors and psychologists to improve the training system for patients with diabetes allows us to approach the biopsychosocial model of medicine and can provide effective assistance to patients with chronic somatic diseases.

Professional participation of psychologists in the process of diabetes Education at all stages is necessary, since a significant potential for effective training of diabetic patients lies in the development and improvement of the psychological approach to this process.

Key words: *training, psychological rehabilitation, psychological rehabilitation potential, psychosocial factors, type 2 diabetes, psychological training, coaching, elderly patients.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Ivanova Elena Nikolaevna, PhD, e-mail: ivanovaen70@mail.ru

Svetlova Olga Vladimirovna, MD, PhD

Gurieva Irina Vladimirovna, MD, PhD, e-mail: igurieva@mail.ru

Morozova Elena Valerievna, PhD

Porohina ZhannaVyacheslavovna, PhD

Введение. Психологическая реабилитация играет одну из ведущих ролей в системе реабилитационных мероприятий, так как изменение социальной ситуации развития человека, связанной с хроническим заболеванием и инвалидностью, приводит к специфическим изменениям его личности, что сказывается на всех сферах жизнедеятельности человека (Э.Б. Боровик, В.М. Коробов, А.И. Осадчих и др.).

Известно, что болезни, травмы, дефекты создают особую ситуацию развития личности, так как у человека, ставшего инвалидом, изменяются условия существования, а отсюда – качество и стиль жизни (Ж.В. Порохина, Н.Б. Шабалина и др.). Сможет или не сможет адаптироваться человек в этой ситуации, во многом зависит не от функционирования отдельных органов или систем, а от личности в целом и психологического реабилитационного потенциала (ПРП) в частности. От ПРП инвалида зависит и сама возможность его включения в реабилитационный процесс не только медицинского, социального, профессионального характера но, конечно же, психологического [4,5]. Ключевым звеном для реализации психологической

реабилитации в концепции партнерства и повышении ПРП, становится обучение больного через профилактическое индивидуальное или групповое консультирование, психологический тренинг.

Обучение при сахарном диабете является многофакторным терапевтическим воздействием, которое выходит за пределы простого информирования больных об особенностях течения заболевания, формирования у них навыков по регулярному самоконтролю гликемии и постоянному приему предписанных медикаментозных средств. Обучение направлено не только на информирование больного, но и на создание у него мотивации к выполнению советов (повышение к приверженности к выполнению врачебных назначений).

Первые научно-подтвержденные эффекты обучения больных сахарным диабетом получены во второй половине XX века в исследованиях Л. Миллер, Ж.-Ф. Ассаля, М. Бергера. В последующем разработаны его методологические основы, созданы и внедрены в широкую практику различные обучающие программы, проведены фундаментальные исследования по оценке эффективности различных методов обучения [4, 6]. «Школа диабета» ФБ МСЭ, как и Центр «Диабетическая стопа» организованы в 1992 году на клинической базе ведущих научно-исследовательских институтов: Центральный НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (ЦИЭТИН) и Центральный НИИ протезирования и протезостроения (ЦНИИПТ). В настоящий момент в научно-практическом секторе реабилитации и профилактики инвалидности вследствие эндокринной патологии ФЦР ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России проводится обучение пациентов, страдающих сахарным диабетом, под руководством доктора медицинских наук, профессора И.В. Гурьевой. Разработанная программа обучения уникальна по содержанию, в ней используются интерактивные и мультимедийные приемы, постоянно совершенствуется и обновляется новыми методами и средствами обучения.

Основной целью Школы в методическом плане является совершенствование форм организации обучения больных сахарным диабетом, организация медико-психолого-педагогического процесса, детерминирующего успешное обучение управлению хроническим заболеванием. В настоящее время все больше внимания уделяется психологическим и социальным факторам и их значимости в контроле сахарного диабета. Так, в рекомендациях ISPAD (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes) в 2009 г. отмечено, что «психосоциальные факторы являются наиболее важными аспектами, оказывающими влияние на лечение сахарного диабета», что подтверждается и в ряде последних исследований [6].

Первое описание психотерапевтических воздействий, предпринятых с лечебной целью при сахарном диабете, принадлежит К.И. Платонову (1925). Психотерапевтические методики для больных сахарным диабетом разрабатывал Е.И. Цукерштейн (1947), А.А. Мартыненко (1984). Рядом авторов на современном этапе доказана результативность психотерапии при сахарном диабете [2,3] в формировании правильного отношения больного к своему заболеванию, перестройке пищевого стереотипа, коррекции нарушенного психического статуса, мотивов к здоровому образу жизни, осуществляемых при помощи рациональных и суггестивных техник, аутогенной тренировки, тренингов, терапии творчеством, коллекционирования, общения с искусством, природой [1].

Психологический реабилитационный потенциал (ПРП) инвалида может быть определен как система премоурбидно сформированных индивидуально-психологических характеристик личности (мотивационных, эмоционально-волевых, когнитивных), выступающих в качестве основного ресурса в случае изменения социальной ситуации развития в результате заболевания, инвалидизирующего человека, и способствующих его реадaptации к новым условиям жизни [5].

Исследователями выделены психологические факторы, влияющие на уровень психологического реабилитационного потенциала инвалида, а именно: тип отношения личности к болезни, уровень нервно-психического состояния, уровень самооценки и уровень притязаний, уровни реактивной и личностной тревожности, тип личностного контроля над средой (локус-контроль), состояние супружеских взаимоотношений и взаимоотношений с близкими родственниками, степень удовлетворенности инвалидов в профессиональной сфере, раскрывающие структуру ПРП с мотивационной, эмоциональной и когнитивной составляющими, а также демонстрирующие наибольшую значимость мотивационной, по сравнению с другими составляющими психологического реабилитационного потенциала [5].

Порохина Ж.В. отмечала, что нередко случаи определения высокого уровня реабилитационного потенциала при низком уровне медицинского реабилитационного потенциала, что подтверждает факт больших ресурсных возможностей личности в процессе реадaptации и дает понять, есть ли у данной личности установка на использование остаточных функциональных возможностей с учетом индивидуальных механизмов саморегуляции, ценностных ориентаций для дальнейшей качественной жизни.

До сих пор существуют многочисленные барьеры, мешающие пациентам достичь хорошего гликемического контроля, включая факторы, связанные с образом жизни, образованием, психологией и окружением каждого больного (Суворова Е.В. и соавт., 2013; Суркова Е.В., 2004). Недостаточно полно

учитываются психологические стороны лечебного процесса, особенности внутренней картины болезни при сахарном диабете, взаимосвязь и взаимозависимость ее эмоциональной, когнитивной и мотивационной сторон, зависимость внутренней картины болезни от пола, возраста, тяжести заболевания, уровня социальной адаптации, реабилитационного потенциала, ее влияние на эффективность управления сахарным диабетом самим инвалидом [6].

Как было показано в исследовании Мотовилина О.Г., Майорова А.Ю и соавт., если пациент не верит в свои силы по управлению сахарным диабетом, то он не будет прикладывать усилий для выполнения медицинских предписаний, менять мотивацию на изменение образа жизни, рекомендуемые при диабете. По мнению авторов, в этом случае повышается иждивенческая позиция, происходит перекалывание ответственности на врача [6].

Здесь можно усмотреть определенные недостатки в системе обучения, но также и сохраняющуюся до нынешнего времени склонность врачей-эндокринологов к запретительным рекомендациям. Имеются указания на роль психосоциальных факторов в возникновении и стабильности течения сахарного диабета [2, 3, 4]. Модификация поведения, мотивация, когнитивно-поведенческая терапия, постановка целей, приверженность проводимой терапии требуют большой психотерапевтической работы.

Позитивный подход к пациенту и заболеванию, в свою очередь, состоит из трех основных компонентов: учета межкультуральных особенностей, позитивной интерпретации заболевания и использования в терапии жизненных историй. Соответственно концепции позитивной психотерапии определяется глубиной актуального конфликта – результата воздействия на физические, умственные, социальные и духовные стороны личности макротравм (событий в жизни, например: смерть близкого человека, смена работы, жилья и т.д.) или постоянных микротравмирующих факторов (например: непунктуальность партнера, несправедливость коллег и т.д.) [1].

Результаты ряда исследований показали, что высокий уровень сплоченности семьи, согласованность в вопросах управления сахарным диабетом, поддержка и совместное решение проблем ассоциированы с более высокой приверженностью к терапии и контролю гликемии [4].

Соответственно, большую актуальность имеет разработка на этой основе комплексных программ психосоциальной реабилитации больных сахарным диабетом, включающих психологический тренинг в виде коучинга и индивидуальное психологическое консультирование, направленных на успешное управление своим заболеванием, и, как следствие, улучшение качества их жизни.

Цель. Показать значимость влияния психологического тренинга в модели коучинга на эффективность управлением хроническим заболеванием, повышение реабилитационного потенциала личности; привлечь внимание руководства на актуальность психологической работы в обучении больных с сахарным диабетом.

Материалы и методы. За год работы (с февраля 2019 года) Школу посетили около 1300 человек, из них 1017 из эндокринологического отделения и около 300 человек – из других отделений клиники ФГБУ ФБ МСЭ (г. Москва). Исследование проводилось с сентября 2019 года на базе Школы диабета. В исследуемую группу было включено 108 инвалидов трудоспособного возраста от 45 до 65 лет (средний возраст $57,2 \pm 1,2$ лет) с основным диагнозом сахарный диабет 2 типа (СД 2), которые полностью заполнили специально разработанные анкеты. Из них – 86 женщин (79,6%) и 22 мужчины (20,4%). II группу инвалидности имели 64 человека (59,3%), III группу инвалидности – 44 человека (40,7%), способных заполнить анкету самостоятельно, имеющие образование не ниже полного среднего.

Испытуемым была предложена анкета до курса обучения, специально разработанная автором и состоящая из 13 вопросов, которые касались личностных характеристик инвалидов, способов контроля за заболеванием.

Был проведен анализ элементов клинико-психологической беседы, включенного наблюдения, изученных документов, анкетирования, биографического метода и консультирования с целью определения эффективных тем для психологического тренинга и мотивации к внедрению в жизнь рекомендаций специалистов Школы диабета.

Результаты. В настоящем исследовании обучение проводилось среди пациентов клиники, в группах до 15 человек. Цикл обучения состоял из 7-10 ежедневных занятий продолжительностью 1-1,5 ч. В Школе диабета обучались инвалиды на добровольной основе: 1- не проходившие обучения ранее (первичный цикл), или инвалиды; 2 - уже прошедшие обучение (пришедшие на повторный цикл для поддержания уровня знаний и мотивации или при появлении новых терапевтических целей).

Задачами психолога являлись: анализ учебного процесса на всех его этапах от формирования группы до окончания обучения; оценка содержательного аспекта учебного цикла и интереса к занятиям с помощью анкеты; совместное обсуждение с врачами психологических аспектов обучения и определение возможных путей повышения его эффективности путем подбора тем занятий психолога.

Анкетирование выявило субъективное отношение инвалидов, в целом, к условиям жизни, позволило оценить мотивационную составляющую уровня контроля над заболеванием, получить информацию о способах саморегуляции эмоциональных состояний пациентов.

Те пациенты, которые испытывали затруднения в публичном обсуждении собственных мнений, переживаний, обстоятельств жизни, были приглашены на индивидуальные консультации. Индивидуальная работа с инвалидами в полной мере дает возможность приблизить обучение к специфическим нуждам каждого, позволяет проводить полноценный учет его психологических особенностей и персонального опыта. Кроме того, таким инвалидам была предложена наряду с традиционным консультированием, помощь с применением компьютерной и мобильной телефонной связи.

В результате анализа были выделены две группы инвалидов. Декомпенсированные инвалиды составляли 1 группу (63 человека – 68%). Главной психологической проблемой данных пациентов являлась сильная зависимость от семьи, назначений врача и связанная с ней жизненная пассивность. У этих больных сформировалась зависимость от болезни, проявляющаяся в невозможности самостоятельно управлять диабетом. В основном это инвалиды с ипохондрическим отношением к болезни, которые нуждаются в расширении спектра мотивации, определении новых жизненных целей, перспектив. Такая позиция по отношению к своему заболеванию мало способствует достижению компенсации диабета и затрудняет профилактику осложнений. Очевидно, получив необходимые знания о диабете большинство больных все же не может выработать индивидуальной жизненной стратегии, позволяющей адекватно контролировать свое заболевание и активно участвовать в его лечении без психологической помощи. И как показало анкетирование, дневники самоконтроля пациенты не ведут, спорт заменяют уборкой по дому, постоянно «срываются» в соблюдении диеты. При этом 39 инвалидов отметили, что уже проходили Школу диабета, занятия им нравятся, но они не готовы менять своего поведения. Чтобы облегчить управление своим заболеванием, во время обучения пациентов старались вооружить их необходимыми ресурсами, в тренинге научить их принимать обоснованные решения в любой ситуации, связанной с СД. Кроме этого, им рекомендовалась психотерапия.

Компенсированные инвалиды, составляющие 2 группу (45 инвалидов - 32%), воспринимали болезнь как данность, благодаря чему, с одной стороны, сохраняли благоприятное психологическое состояние, а с другой, оказывались способными к активной деятельности и помощи некомпенсированным инвалидам; активно вовлекались в процесс обучения и с готовностью вводили в свою жизнь новые привычки. В дальнейшем они помогли подготовить информационный материал для группы в WhatsApp. Из 2-ой группы 12 инвалидов (19%) после нескольких занятий курса прошли индивидуальное психологическое консультирование. Способы саморегуляции стали применять 17 инвалидов из группы 2, еще находясь на госпитализации в клинике.

Следует также заметить, что сам процесс обучения не вполне одинаково влияет на разных людей, но инвалиды обеих групп возлагают надежды в основном на медикаментозные средства и часто перекладывают ответственность за результаты лечения на врачей.

Новые методы в обучении.

Опыт последних лет показывает значимость обучающих программ, направленных на вовлечение людей с сахарным диабетом в активное и конструктивное обсуждение их состояния и опыта жизни с заболеванием. Поэтому при разработке интерактивных занятий были учтены эти возможности, они допускают большую степень свободы, чем стандартная структурированная программа. Метод акцентируется на изменении образа жизни, принятии ответственности и постановке конкретных целей, как средства достижения лучших результатов. Условно работу на психологическом курсе можно разделить на три этапа.

Первый этап проводится при первичном приеме. Во время беседы выявляются проблемы и установки на обучение, что является подготовительным этапом тренинга - знакомства с будущими участниками группы, их отбора в соответствии с выработанными критериями включения (исключения) в группу, краткого ознакомления с целями и задачами обучения и содержанием учебной программы.

Больные СД 2 в большинстве своем относятся к лицам старше 50 лет, поэтому актуальной является оценка состояния когнитивных функций пациента, прежде всего памяти, внимания и мышления. Препятствиями для обучения в группе могут стать снижение уровня мышления, повышенная истощаемость психических функций и утомляемость, колебания работоспособности и выраженное ухудшение памяти, в таких случаях инвалид направляется на тренировку на аппарате «Шуффрид». Таким пациентам можно рекомендовать длительное наблюдение и обучение по индивидуальному плану с приемлемой частотой посещений, определением реалистических задач и обсуждением вопросов, наиболее соответствующих их конкретным потребностям.

Диагностика способности к обучению каждого потенциального участника группы проводится в ходе клинико-психологической беседы. Кроме обычных сведений о его семейном положении и

профессиональном маршруте, больного расспрашивают о его излюбленных занятиях, чем он заполняет свой досуг раньше и теперь, много ли он читает, какие книги любит, охотно ли он общается с людьми или предпочитает одиночество; при каких обстоятельствах усиливаются болезненные ощущения, что может отвлечь его от болезненных переживаний, как часто бывают смены настроения, легко ли он обнажается и долго ли помнит обиду; легко или умеет сдержаться и уходить в сторону при конфликтах. Наряду с этим, больного расспрашивают о конкретных изменениях его работоспособности: что его больше всего затрудняет в трудовом процессе, отмечает ли он изменились ли отношения в коллективе, как часто ему приходится делать перерывы из-за усталости, болезненных ощущений.

Это лишь примерный перечень вопросов, которые задавались инвалиду. В беседе обращается внимание не только на содержание ответов, но и на их форму (лаконичность или обстоятельность, инициатива в высказываниях), отношение больного к содержанию беседы (например, подобные объяснения, касающиеся болезни, при лаконичности ответов на «нейтральные» вопросы и т.д.).

После формирования группы и подготовки ее участников к работе начинается основной этап обучения. Перед тренингом определялось четкое определение рамок занятий в группе. Так индивидуальные вопросы больных о своих проблемах, не имеющих отношения к обсуждаемому группой в данный момент вопросу, выносятся за рамки занятия в специально устанавливаемое время для контакта врача и больного. Данное положение формулируется как групповая норма.

Материал психологических тем излагался на простом, доступном языке, с использованием большого числа конкретных примеров. Особое внимание уделялось отработке практических навыков и обсуждению конкретных вопросов пациентов.

В процессе занятий анализируется поведение участников и контролируется групповая динамика (сплоченность, поддержка, давление) во время занятий.

Наконец, обязательным условием проведения занятий является активность больных в процессе обучения, которая должна проявляться не только в виде участия в обсуждении материала, но и в практической отработке рекомендуемых навыков.

Задачами программы данного тренинга являются:

1. Повышение уровня мотивации для изменения образа жизни, гармонизация психоэмоционального состояния;
2. Формирование устойчивых навыков ведения дневника;
3. Овладение техниками саморегуляции и самоподдержки;
4. Психологическая поддержка и нахождение ресурса больного для профессиональной реабилитации, расширение круга социальных контактов, развитие адаптационных навыков.

Сама программа тренинга готовится отдельным методическим пособием и в данной статье не приводится. Основные аспекты, которые затрагиваются в курсе: ценности и привычные способы поведения; цепочка достижений результата; коррекция стилей мышления и обсуждение рисков; работа с ресурсом, командной поддержкой; методы работы со стрессом.

Для построения эффективной программы обучения особенно важным является поддержание обратной связи с инвалидами, прошедшими основной этап учебного цикла. Участники группы стимулируются давать общую оценку содержанию учебной программы, доступности изложения, общей атмосфере, сложившейся в группе, указывать на возникающие трудности и недостатки. Такое взаимодействие позволяет обучающим расширять и корректировать свой опыт проведения занятий, поэтому спектр тем составлен в том числе и по отзывам участников курсов.

Задачами психолога на заключительном этапе обучения являлись:

1. Индивидуальная беседа с каждым прошедшим обучение: опрос по содержанию курса, определение краткосрочных и долгосрочных задач для достижения длительной компенсации.
2. Отсроченный контроль за усвоением знаний.

Важным психологическим фактором для больного является возможность дальнейшего наблюдения на базе ФГБУ ФБ МСЭ, в котором он прошел обучение. Наряду с медицинским контролем помощь обучающего характера и психологическая поддержка в изменяющихся условиях хронического заболевания играют большую роль в эффективности лечения через группу в WhatsApp, в которую вовлекаются прошедшие школу по желанию.

Формы проведения практических занятий включают решение проблемных ситуаций, ролевые игры, мотивационные задачи и т.д. Объединяет все перечисленные формы активная роль участников, приоритет конкретных практических вопросов. Используется опыт прошедших Школу пациентов, интересным способом повысить мотивацию является проведение специальных занятий с высоко мотивированными пациентами, пациентами с уже имеющимися тяжелыми осложнениями, но «преодолевшими» ограничения и

адиптированные к заболеванию, что оказывает особое влияние на формирование устойчивого высокого реабилитационного потенциала.

Необходимо отметить, что область применения полученных на таких интерактивных занятиях знаний намного шире, чем деятельность лекционных мероприятий. Умение видеть конкретные проблемы больных, владение адекватным языком, обратная связь в общении - все это делает высокоэффективной повседневную практику ведения пациентов с сахарным диабетом, облегчая в то же время труд врача и экономя его время.

В дальнейшем планируется оценивать состояние контроля метаболических параметров. В настоящий момент готовятся видеозаписи уроков курса, которые будут размещены на сайте ФЦ и Клиники, в связи с возросшим интересом к школе диабета и желанием пациентов прослушать все темы занятий.

На настоящий момент необходимо предоставлять разнообразные образовательные возможности, включая открытую, ориентированную на интересы пожилых инвалидов дискуссию и сотрудничество, обсуждение вопросов о качестве жизни, постановку целей, предоставление материалов, разработанных с учетом возраста, аудио/видео, текстовых посланий, использование интернета и групповое обучение. Важным средством терапии становятся просто встречи и обмен идеями с людьми с таким же заболеванием. Также в ходе обучения стимулируется и поддерживается уверенность пациента в том, что он может добиться успеха в контроле заболевания, формируется изменение жизненного стиля, что в целом отражает понятие «Взять управление заболеванием в свои руки» и повысить реабилитационный потенциал.

Заключение. Наиболее доступной, экономичной и эффективной формой психопрофилактики и психокоррекции в программах реабилитации больных соматическими заболеваниями, в частности сахарным диабетом являются школы для больных и их родственников, при проведении которых центральное место отводится групповой динамике и индивидуальному консультированию.

Несмотря на развитие новых технологий в лечении сахарного диабета, таких как инсулиновые помпы и системы непрерывного мониторинга уровня глюкозы, наличие большого количества валидированных опросников, шкал, методик для поддержания физического, социального и психологического здоровья пациентов с СД, главным, по-прежнему, остается групповое обучение с индивидуальным психологическим подходом к выбору методических средств.

Основной целью управления хроническим заболеванием, психологической реабилитации лиц на различных этапах инвалидизирующего заболевания является повышение приверженности к реабилитации и профилактике в целом, повышение психологического реабилитационного потенциала пациента, изменение мотивации больного на развитие своих внутренних ресурсов, на своевременную профилактику и коррекцию выявленных «мишеней», на всех этапах обучения.

Содержательные аспекты коррекционного и профилактического психологического воздействия необходимо фокусировать на значимых ресурсных личностных диспозициях (личностном реабилитационном потенциале), в зависимости от структуры и степени сформированности которого необходимо формировать реабилитационные мероприятия в виде индивидуальной работы (психологического консультирования, психологической коррекции), а также групповых форм психологической работы (тренинги, работа с семьей).

Психологический тренинг в форме группового коучинга может эффективно применяться с целью повышения эмоционального состояния пациентов и уровня осмысленности жизни. Проведенное исследование позволяет выявить «зоны роста» в системе оказания помощи больным сахарным диабетом, в частности, касающиеся обучения.

Совместная работа врачей и психологов по совершенствованию системы обучения больных сахарным диабетом позволяет приблизиться к биопсихосоциальной модели медицины и может оказать действенную помощь пациентам с хроническими соматическими заболеваниями.

Необходимо профессиональное участие психологов в процессе обучения пациентов Школы диабета на всех этапах, так как значительный потенциал эффективности заключен в развитии и совершенствовании психологического подхода к обучению управлению хроническим заболеванием.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Delamater AM. Psychological care of children and adolescents with diabetes. *Pediatric diabetes*. 2009;10 Suppl 12:175–184. DOI: 10.1111/j.1399-5448.2009.00580.x
2. Northam EA, Matthews LK, Anderson PJ, et al. Psychiatric morbidity and health outcome in Type 1 diabetes – perspectives from a prospective longitudinal study. *Diabetic Medicine*. 2005;22(2):152–157. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2004.01370.x
3. Merikangas KR, He J-p, Burstein M, et al. Lifetime Prevalence of Mental Disorders in US Adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010;49(10):980–989. DOI: 10.1016/j.jaac.2010.05.017

4. Мотовилин О.Г., Суркова Е.В., Бабурян А.С., Ибрагимова Л.И., Майоров А.Ю., Психосоциальные аспекты применения новых технологий при сахарном диабете. Сахарный диабет.2019; 22(3):244-252. DOI:10.14341/DM9972 [Motovilin OG, SurkovaEV, Baburyan AS, Ibragimova LI, Mayorov AY. Psychosocial aspects of the usage of modern technologies in diabetes mellitus. Diabetes Mellitus. 2019; 22(3): 244-252. DOI:10.14341/DM9972 (In Russ.)]

5. Морозова Е.В. Социально-психологическая адаптация личности, на различных этапах заболевания//Медицина в Кузбассе.2010; (4): 15-19. [Morozova EV.Socialno-psihologicheskey adaptatsiyi lhnosti na razlihcih etapah zabolevaniy. Medicina v Cuzbase. 2010; 4: 15-19. (In Russ.)]

6. Шишкова Ю.А., Мотовилин О.Г., Суркова Е.В., Майоров А.Ю., Гликемический контроль, качество жизни и психологические характеристики больных сахарным диабетом 1 типа. Сахарный диабет. 2013; (4):58-65. DOI:10.14341/DM2013458-65 [Shishkova YuA, Motovilin OG, Surkova EV, Mayorov AYu. Evaluation of glycemic control, quality of life and psychological characteristics in patients with type 1 diabetes mellitus. Diabetes Mellitus. 2013; (4): 58-65. DOI:10.14341/DM2013458-65 (In Russ.)]

7. Патракеева Е.М., Новоселова Н.С., Залевская А.Г., Рыбкина И.Г. Психологические и социальные особенности молодых пациентов с сахарным диабетом 1 типа. Взгляд практикующего эндокринолога. Сахарный диабет. 2015;(1):48-57. DOI: 10.14341/DM2015148-57 [Patrakeeva EM, Novoselova NS, Zalevskay AG, Ribkina IG. Psihologicheskie i socialnie osobennosti molodich pachientov s sacharnim diabetom 1 tipa. Diabetes Mellitus. 2015; (1): 48-57. DOI: 10.14341/DM2015148-57 (In Russ.)]

УДК 616-009.7

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ

Котельникова А.В., Кукшина А.А., Вороненко Е.А.

Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы
Москва, Россия

Аннотация

Введение. Заболевания опорно-двигательного аппарата являются второй по величине причиной инвалидности во всем мире. В клинической картине двигательных расстройств одной из самых частых жалоб является боль. Помимо медикаментозной терапии, в настоящее время все большую распространенность получают неинвазивные способы влияния на боль, к числу которых относятся современные интерактивные технологии, в частности, средства виртуальной реальности (VR).

Цель. Оценка эффективности включения в план психологической реабилитации пациентов с болевым синдромом высокотехнологичного средства VR, «Шлема виртуальной реальности Vive Focus Plus EEA».

Материалы и методы. Обследовано 48 пациентов с болевым синдромом на фоне хронически протекающих дегенеративно-дистрофических заболеваний крупных суставов и позвоночника. С пациентами экспериментальной группы проводили ежедневные занятия с использованием «Шлема виртуальной реальности Vive Focus Plus EEA», группа сравнения получала стандартный формат психологического сопровождения. Эффективность использования VR оценивалась посредством наблюдения за динамикой болевых ощущений по данным «Опросника боли Мак-Гилла» и визуальной аналоговой шкалы (ВАШ).

Результаты. На основании авторского подхода в экспериментальной и контрольной группах выделены пациенты с ноцицептивной и смешанной болью. Выявлено, что в результате психокоррекционного воздействия у всех пациентов достоверно улучшилось самочувствие, однако интенсивность болевых ощущений достоверно снизилась только в группе пациентов со смешанной болью, в психокоррекционном сопровождении которых использовалось высокотехнологичное средство VR, «Шлем виртуальной реальности Vive Focus Plus EEA» ($p \leq 0,05$).

Заключение. Целесообразно включение VR в реабилитационный план пациентов с хронической болью, связанной с действием психологических факторов.

Ключевые слова: дегенеративно-дистрофические заболевания суставов, психокоррекция, средства VR, «Шлем виртуальной реальности Vive Focus Plus EEA», нейропатическая боль, смешанная боль, ноцицептивная боль.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Котельникова А.В. - к.пс.н., ст.научный сотрудник МНПЦ МР ВСМ ДЗМ,
Кукшина А.А. д.м.н., ведущий научный сотрудник МНПЦ МР ВСМ ДЗМ,
Вороненко Е.А. медицинский психолог филиала 3 МНПЦ МР ВСМ ДЗМ

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH MOTOR DISEASES USING VIRTUAL REALITY TECHNOLOGY

Kotelnikova A.V., Kukshina, Voronenko E.A.

Moscow Scientific and Research Centre of Medical Rehabilitation, Restorative and Sport Medicine at Moscow
Department of Health
Moscow, Russia

Abstract

Background. Diseases of the musculoskeletal system are the second largest cause of disability worldwide. In the clinical picture of motor disorders, one of the most frequent complaints is pain. In addition to drug therapy, non-invasive ways to influence pain are now becoming more common, including modern interactive technologies, in particular, virtual reality (VR) tools.

Aim. Research on the effectiveness of including a high-tech VR device, the Vive Focus Plus EEA virtual reality Helmet, in the psychological rehabilitation plan for patients with pain syndrome.

Materials and methods. 48 patients with pain syndrome were examined against the background of chronic degenerative-dystrophic diseases of large joints and spine. Patients in the experimental group were given daily sessions using the “Vive Focus Plus EEA virtual reality Helmet”. The comparison group received a standard format of psychological support. The effectiveness of using VR was evaluated by observing the dynamics of pain sensations according to the McGill pain Questionnaire and the visual analog scale (VAS).

Results. Based on the author's approach, patients with nociceptive and mixed pain were identified in the experimental and control groups. It was found that as a result of psychocorrective treatment, all patients significantly improved their well-being, but the intensity of pain significantly decreased only in the group of patients with mixed pain, in whose psychocorrective support was used a high-tech VR tool, “virtual reality Helmet Vive Focus Plus EEA” ($p \leq 0.05$).

Conclusion. It is advisable to include VR in the rehabilitation plan of patients with chronic pain associated with the action of psychological factors.

Key words: *degenerative-dystrophic joint diseases, psychocorrection, VR tools, “virtual reality Helmet Vive Focus Plus EEA”, neuropathic pain, mixed pain, nociceptive pain.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Kotelnikova A.V., Ph. D., researcher, Moscow Scientific and Research Centre of Medical Rehabilitation, Restorative and Sport Medicine at Moscow Department of Health

Kukshina A. A., MD, leading researcher, Moscow Scientific and Research Centre of Medical Rehabilitation, Restorative and Sport Medicine at Moscow Department of Health

Voronenko E. A., medical psychologist, Moscow Scientific and Research Centre of Medical Rehabilitation, Restorative and Sport Medicine at Moscow Department of Health

Введение. Заболевания опорно-двигательного аппарата являются второй по величине причиной инвалидности во всем мире. В клинической картине двигательных расстройств одной из самых частых жалоб является боль. Помимо медикаментозной терапии, в настоящее время все большую распространенность получают неинвазивные способы влияния на боль, к числу которых относятся современные интерактивные технологии, в частности, средства виртуальной реальности (VR).

Цель. Целью настоящего исследования является оценка эффективности включения в план психологической реабилитации пациентов с болевым синдромом высокотехнологичного средства VR, «Шлема виртуальной реальности Vive Focus Plus EEA».

Материалы и методы. Обследовано 48 пациентов с болевым синдромом на фоне хронически протекающих дегенеративно-дистрофических заболеваний крупных суставов и позвоночника. С пациентами экспериментальной группы проводили ежедневные занятия с использованием «Шлема виртуальной реальности Vive Focus Plus EEA», группа сравнения получала стандартный формат психологического сопровождения. Эффективность использования VR оценивалась посредством наблюдения за динамикой болевых ощущений по данным «Опросника боли Мак-Гилла» и визуальной аналоговой шкалы (ВАШ).

Результаты исследования. На основании авторского подхода в экспериментальной и контрольной группах выделены пациенты с ноцицептивной и смешанной болью. Выявлено, что в результате психокоррекционного воздействия у всех пациентов достоверно улучшилось самочувствие, однако интенсивность болевых ощущений достоверно снизилась только в группе пациентов со смешанной болью, в психокоррекционном сопровождении которых использовалось высокотехнологичное средство VR, «Шлем виртуальной реальности Vive Focus Plus EEA» ($p \leq 0,05$).

Заключение. Целесообразно включение VR в реабилитационный план пациентов с хронической болью, связанной с действием психологических факторов.

**Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.
The authors declare no conflict of interest.**

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Hui-Ting Lin, Yen-I Li, Wen-Pin Hu, Chun-Cheng Huang, and Yi-Chun Du “A Scoping Review of The Efficacy of Virtual Reality and Exergaming on Patients of Musculoskeletal System Disorders” - *Journal of Clinical Medicine*, 2019 Jun; 8(6): 791. Published online 2019 Jun 4. Doi: 10.3390/jcm8060791;
2. Brennan F., Carr D.B., Cousins M. Pain management: a fundamental human right // *J.Anest. Analg.* 2007. Vol.105, №1. P. 205-221;
3. Scapin S., Echevarria-Guanilo M.E., Boeira Fuculo Junior P.R., Goncalves N., Rocha P.K., Coimbra R. Virtual Reality in the treatment of burn patients: A systematic review. *Burns*. 2018; 44:1403–1416. Doi: 10.1016; Hoffman H.G., Patterson D.R., Carrougher G.J. Use of virtual reality for adjunctive treatment of adult burn pain during physical therapy: A controlled study. *Clin. J. Pain.* 2000;16:244–250. Doi: 10.1097/00002508-200009000-00010;
4. Fung V., Ho A., Shaffer J., Chung E., Gomez M. Use of Nintendo Wii Fit in the rehabilitation of outpatients following total knee replacement: A preliminary 207andomized controlled trial. *Physiotherapy*. 2012;98:183–188. Doi: 10.1016/j.physio.2012.04.001.;
5. Huang M.C., Lee S.H., Yeh S.C., Chan R.C., Rizzo A., Xu W., Wu H.L., Lin S.H. Intelligent Frozen Shoulder Rehabilitation. *IEEE Intell. Syst.* 2014;29:22–28. Doi: 10.1109/MIS.2014.35;
6. Koo K.-I., Park D.K., Youm Y.S., Cho S.D., Hwang C.H. Enhanced Reality Showing Long-Lasting Analgesia after Total Knee Arthroplasty: Prospective, Randomized Clinical Trial. *Sci. Rep.* 2018;8:2343. Doi: 10.1038/s41598-018-20260-0;
7. Sarig Bahat H., Croft K., Carter C., Hoddinott A., Sprecher E., Treleaven J. Remote kinematic training for patients with chronic neck pain: A 207andomized controlled trial. *Eur. Spine J.* 2017;27:1309–1323. Doi: 10.1007/s00586-017-5323-0;
8. Sarig Bahat H., Takasaki H., Chen X., Bet-Or Y., Treleaven J. Cervical kinematic training with and without interactive VR training for chronic neck pain—A randomized clinical trial. *Man. Ther.* 2015;20:68–78. Doi: 10.1016/j.math.2014.06.008;
9. International classification of functioning, disability and health (with updates to 2016). Project. St. Petersburg: Chelovek, 2017. 262 p. Russian (Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (с изменениями и дополнениями по состоянию на 2016 год). Проект. СПб: Человек, 2017. 262 с.);
10. Сертификат соответствия техническому регламенту Евразийского Экономического Союза № ЕАЭС RU С-TW. МЛЮ4.В.00157/19; Серия RU, № 0170701; Certificate of compliance with the technical regulations of the Eurasian Economic Union № ЕАЭС RU С-TW. МЛЮ4.В.00157/19; Series RU, № 0170701, In Russian;
11. Кастыро И.В., Попадюк В.И., Благоднаров М.Л., Ключникова О.С., Кравцова Ж.В. Опросник боли Мак-Гилла как метод определения уровня болевого синдрома у пациентов после риносептопластики и полипотомии носа // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2012, 4(86) Часть 2, С.68-71; Kastyro I.V., Popadjuk V.I., Blagonravov M.L., Kljuchnikova O.S., Kravcova J.V. [McGill pain questionnaire as a method for determining the level of pain in patients after rhinoseptoplasty and nasal polypotomy] // *Bull VSNC SO RAMN*. 2012; 4(86)-2: 68-71. In Russian.

УДК 612.825; 612.83

ЭЛЕКТРО- И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ТРАВМИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ

Ланская О.В., Лысов А.Д.

Великолукская государственная академия физической культуры и спорта
Великие Луки, Россия

Аннотация

Введение. Наиболее уязвимыми звеньями опорно-двигательного аппарата у представителей спортивных игр и баскетболистов, в частности, является область коленного и голеностопного суставов, часто встречаются повреждения менисков, крестообразных и боковых связок коленного сустава, а также комбинированные и сочетанные повреждения капсульно-связочного аппарата. Учитывая целевую направленность спортивной деятельности, связанной с баскетболом, для предупреждения пред- и патологических состояний, а также для рационального и обоснованно быстрого восстановления функциональных возможностей спортсменов после перенесенных травм и заболеваний в систему их многолетней подготовки необходимо интегрировать обязательный структурный компонент – реабилитационно-профилактическое направление, специфика

которого заключается во взаимосочетании педагогических, медико-биологических, содержательно-профессиональных, организационных аспектов при доминирующем влиянии первых.

Цель. Оценка эффективности влияния тренировочных занятий реабилитационной направленности, осуществляемых в реальных условиях учебно-тренировочного процесса, на функциональное состояние кортико-спинальных двигательных структур и психофизиологические функции баскетболистов, проходящих курс реабилитации после травматических повреждений нижних конечностей.

Материалы и методы. Изучены особенности электро- и психофизиологических характеристик у 12 относительно здоровых баскетболистов и 10 представителей баскетбола с травматическими повреждениями опорно-двигательного аппарата нижних конечностей, проходящих курс занятий реабилитационной направленности в реальных условиях учебно-тренировочного процесса. Возраст участников исследования – 19-22 года. Проанализированы: 1) параметры вызванных моторных ответов мышц бедра и голени (порог, максимальная амплитуда, латентность, время центрального моторного проведения), зарегистрированные в результате транскраниальной магнитной стимуляции моторной коры головного мозга и магнитной стимуляции спинного мозга на уровне позвонков T12-L1; 2) психофизиологические характеристики по методикам «Простая зрительно-моторная реакция», «Реакция различения», «Теппинг-тест».

Результаты. В результате проведенного курса реабилитационных тренировок, рассчитанного на 72 занятия в течение 38 тренировочных дней, у травмированных спортсменов, адаптированных к двигательной деятельности ситуационного характера, обнаружено существенное повышение уровня кортико-спинальной возбудимости и проводимости, а также улучшение показателей психофизиологических функций, о чем свидетельствуют повышение уровня подвижности, уравновешенности и силы нервных процессов.

Заключение. Электро- и психофизиологический мониторинг с применением представленных в статье методов предлагается использовать для выявления эффективности физической реабилитации спортсменов, перенесших травматические повреждения опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: метод магнитной стимуляции, психофизиологическое обследование, травматические повреждения и заболевания, спортсмены-игроки.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Ланская Ольга Владимировна, доктор биологических наук, доцент (автор, ответственный за переписку) ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0681-9642> Телефон: +7- 964- 679- 50- 98 E-mail: lanskaya2012@yandex.ru

Лысов Алексей Дмитриевич, магистрант Великолукская государственная академия физической культуры и спорта Адрес: 182105, Россия, г. Великие Луки Псковской области, пл. Юбилейная, д.4

ELECTRO-AND PSYCHOPHYSIOLOGICAL MONITORING OF THE EFFECTIVENESS OF PHYSICAL REHABILITATION OF INJURED ATHLETES

Lanskaya O.V., Lysov A.D.

Velikiye Luki state Academy of physical culture and sports

Velikiye Luki, Russia

Abstract

Background. The most vulnerable parts of the musculoskeletal system in representatives of sports games and basketball players, in particular, is the area of the knee and ankle joints, often there are injuries to the meniscus, cruciate and lateral ligaments of the knee joint, as well as combined and combined damage to the capsular ligamentous apparatus. Given the focus of the sports activities associated with basketball, for the prevention of pre - and pathological conditions, and also for rational and reasonably rapid recovery of functional capacity of athletes after traumas and diseases in the system of their years of training necessary to integrate the required structural component, rehabilitation and prevention, the specifics of which lies in *vzaimoraschetyi* pedagogical, medico-biological, informative, professional, organizational aspects under the dominant influence of the first.

Aim. to assess the effectiveness of the impact of rehabilitation training sessions carried out in real conditions of the training process on the functional state of the cortical-spinal motor structures and psychophysiological functions of basketball players undergoing rehabilitation after traumatic injuries of the lower extremities

Materials and methods. The features of electro - and psychophysiological characteristics of 12 relatively healthy basketball players and 10 representatives of basketball with traumatic injuries of the musculoskeletal system of the lower extremities, undergoing a course of rehabilitation activities in real conditions of the training process, were studied. The age of the study participants is 19-22 years. Analyzed: 1) parameters of induced motor responses of the thigh and lower leg muscles (threshold, maximum amplitude, latency, time of Central motor conduction), registered as a result of transcranial magnetic stimulation of the motor cortex and magnetic stimulation of the spinal cord at the level of the T12-L1 vertebrae; 2) psychophysiological characteristics according to the methods “Simple visual-motor reaction”, “discrimination Reaction”, “Tapping test”.

Results. As a result of a course of rehabilitation exercises designed for 72 classes during 38 training days, the injured athletes adapted to motor activity situational detected a significant increase of cortico-spinal excitability and conduction, and improvement of psycho-physiological functions, as evidenced by the increasing level of mobility, balance and strength of nervous processes.

Conclusion. Electro-and psychophysiological monitoring using the methods presented in the article is proposed to be used to identify the effectiveness of physical rehabilitation of athletes who have suffered traumatic injuries of the musculoskeletal system.

Key words: *magnetic stimulation method, psychophysiological examination, traumatic injuries and diseases, athletes-game players.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Olga Lanskaya, doctor of biological Sciences, associate Professor ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0681-9642>
Phone number: +7- 964- 679- 50- 98 E-mail: lanskaya2012@yandex.ru

Alexey Lysov, master's degree student Velikiye Luki state Academy of physical culture and sports Address: 4 Yubileynaya square, Velikiye Luki, Pskov region, 182105, Russia

Введение. Наиболее уязвимыми звеньями опорно-двигательного аппарата (ОДА) у представителей спортивных игр и баскетболистов, в частности, является область коленного и голеностопного суставов, часто встречаются повреждения менисков, крестообразных и боковых связок коленного сустава, а также комбинированные и сочетанные повреждения капсульно-связочного аппарата [1]. Учитывая целевую направленность спортивной деятельности, связанной с баскетболом, для предупреждения пред- и патологических состояний, а также для рационального и обоснованно быстрого восстановления функциональных возможностей спортсменов после перенесенных травм и заболеваний, в том числе, ОДА, в систему их многолетней подготовки необходимо интегрировать обязательный структурный компонент – реабилитационно-профилактическое направление, специфика которого заключается во взаимосочетании педагогических, медико-биологических, содержательно-профессиональных, организационных аспектов при доминирующем влиянии первых [3]. При этом важным условием является комплексное использование восстановительных средств (педагогических, медико-биологических, психологических) на этапе возобновления тренировок после травм.

Цель. Цель настоящего исследования заключалась в оценке эффективности влияния тренировочных занятий реабилитационной направленности, осуществляемых в реальных условиях учебно-тренировочного процесса, на функциональное состояние кортико-спинальных двигательных структур и психофизиологические функции баскетболистов, проходящих курс реабилитации после травматических повреждений нижних конечностей.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие лица мужского пола (n=22) в возрасте 19-22 лет, в числе которых квалифицированные баскетболисты (I взрослый разряд), дифференцированные на две группы: в первую (n=12) включены относительно здоровые спортсмены, которые были обследованы на специально-подготовительном этапе подготовительного периода спортивной тренировки; вторую группу (n=10) составили баскетболисты, перенесшие травмы коленного и голеностопного суставов (разрыв передней крестообразной связки, повреждения менисков, вывихи надколенника, растяжения связочно-капсульного аппарата, надрывы и разрывы боковых связок голеностопного сустава, тендинит связки ахиллова сухожилия, ахиллобурсит). Вторая группа баскетболистов, начиная с этапа возобновления тренировок после травм, проходила курс занятий реабилитационной направленности по методике Н.М. Валева [1]. Н.М. Валеев предлагает весь процесс реабилитации спортсменов после травматических повреждений ОДА подразделять на три этапа: I – морфофункциональный этап; II – адаптационно-тренировочный этап (АТЭ, существующее на практике деление - этап спортивной реабилитации); III – специально-подготовительный этап (существующее на практике деление - этап спортивной тренировки, либо этап начальной спортивной тренировки (ЭНСТ)). Согласно данной методике, проводились преимущественно двухразовые тренировочные занятия (утро-вечер) на АТЭ (этапе возобновления тренировок после травм, общей длительностью 23 дня, из которых 20 тренировочных дней и 3 дня отдыха, 23:20:3) и ЭНСТ (21:18:3). Особенность АТЭ и ЭНСТ заключается в том, что их структура и содержание предусматривают сочетание общей и специальной подготовки травмированных баскетболистов при продолжающемся процессе реабилитации путем включения в тренировочный процесс лечебно-восстановительных мероприятий для укрепления пораженного звена ОДА и общем восстановлении организма баскетболистов после тренировочных нагрузок с помощью педагогических, медико-биологических и психологических средств восстановления. Примерные схемы построения тренировочных занятий реабилитационной направленности представлены в учебном пособии Н.М. Валева [1, с. 243-259]. Тренировочные занятия проводились в игровом зале учебно-спортивного комплекса ФГБОУ ВО «Великолукская государственная академия

физической культуры и спорта» (ВЛГАФК). Восстановительные мероприятия, включая психорегулирующую тренировку, осуществлялись во внутренировочное время.

У участников исследования в состоянии мышечного покоя регистрировались вызванные моторные ответы (ВМО) с мышц правой нижней конечности (прямой и двуглавой мышц бедра, камбаловидной и передней большеберцовой) при транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) моторной коры, магнитной стимуляции (МС) спинного мозга на уровне T12-L1 позвонков. ТМС осуществлялась при помощи магнитного стимулятора «Magstim Rapid» (Magstim Company Ltd, Великобритания) с использованием сдвоенного углового койла с мощностью магнитного поля 1,4 Т, который для регистрации ВМО с мышц бедра и голени позиционировали над vertex [2, 4]. Для МС спинного мозга использовался плоский одинарный койл диаметром 70 мм с мощностью магнитного поля 2,6 Т [2, 4]. Регистрируемые параметры ВМО: порог (в Теслах (Т) и %), максимальная амплитуда (мВ), латентность (мс), время центрального моторного проведения (ВЦМП) (мс). Исследования с применением метода МС проводились в лаборатории нейрофизиологии НИИ проблем спорта и оздоровительной физической культуры на базе ВЛГАФК.

Для оценки изменений психофизиологических свойств и функций организма спортсменов использовался Компьютерный комплекс «Нейрософт-Психо-Тест» - 587. Тестирование проводилось на кафедре физиологии и спортивной медицины ВЛГАФК. Используемые методики: 1. «Простая зрительно-моторная реакция (ПЗМР)» - бинокулярное обследование, цвет сигнала – красный, прибор – зрительно-моторный анализатор (оценивалось общее время ПЗМР, дополнительно анализировались критерии оценки функционального состояния нервной системы по Т.Д. Лоскутовой). Каждому обследуемому предъявлялся световой сигнал красного цвета. При появлении сигнала обследуемый должен как можно быстрее нажать на красную кнопку, стараясь при этом не допускать ошибок. 2. «Реакция различения» - бинокулярное обследование. Каждому обследуемому последовательно предъявлялись разноцветные световые сигналы (зеленый, красный или желтый). В ответ на предъявление зеленого и красного световых сигналов обследуемый должен быстро нажать на соответствующую кнопку на зрительно-моторном анализаторе, стараясь не допускать ошибок. При предъявлении желтого светового сигнала обследуемый не должен реагировать нажатием на кнопки. По времени сложной сенсомоторной реакции оценивали подвижность нервных процессов в ЦНС. 3. Методика «Теппинг-тест». Во время тестирования использовались резиновая платформа и карандаш с металлическим наконечником. В течение 30 секунд обследуемый должен стучать карандашом по платформе в максимальном темпе. По максимальному темпу движений оценивалась сила нервной системы.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования было установлено, что в ходе занятий реабилитационной направленности у баскетболистов, перенесших травмы ОДА, наблюдалось улучшение характеристик ВМО, полученных при ТМС и МС поясничного утолщения спинного мозга. Особенно это выражено к моменту окончания ЭНСТ, когда изученные параметры ВМО тестируемых мышц, в ряде случаев, достоверно отличались от таковых, зарегистрированных до курса реабилитационных тренировок, тогда как статистически значимых отличий от соответствующих величин, характерных для здоровых спортсменов, в основном не обнаружено. Например, при ТМС порог ВМО (в Теслах) двуглавой мышцы бедра у относительно здоровых спортсменов-баскетболистов в среднем по группе составил $0,83 \pm 0,04$, тогда как у травмированных баскетболистов до эксперимента этот показатель был $1,25 \pm 0,03$ (Р 0,05). Также наблюдалось улучшение и других критериев психофизиологического тестирования в рамках методики ПЗМР, особенно на ЭНСТ, в частности, функционального уровня системы, устойчивости реакции, уровня функциональных возможностей, коэффициента точности Уиппла.

Среднегрупповой показатель времени сложной сенсомоторной реакции по методике «Реакция различения» у относительно здоровых спортсменов составил $250,33 \pm 4,02$ мс, по сравнению с которым у баскетболистов с травматическими повреждениями ОДА до эксперимента данный показатель оказался на 20,88% выше (р

Заключение. В результате проведенного курса реабилитационных тренировок у травмированных спортсменов, адаптированных к двигательной деятельности ситуационного характера, обнаружено существенное повышение уровня кортико-спинальной возбудимости (по показателям порогов и амплитуды ВМО при ТМС и МС) и проводимости (по показателям латентности ВМО при ТМС и МС и ВЦМП), а также улучшение показателей психофизиологических функций, о чем свидетельствует повышение уровня подвижности, уравновешенности (по методикам «ПЗМР», «Реакция различения») и силы нервных процессов (по методике «Теппинг-тест»). Электро- и психофизиологический мониторинг с применением представленных в статье методов предлагается использовать для выявления эффективности физической реабилитации спортсменов, перенесших травматические повреждения ОДА.

**Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.
The authors declare no conflict of interest.**

ЛИТЕРАТУРА/ REFERENCES

1. Валеев Н.М. Восстановление работоспособности спортсменов после травм опорно-двигательного аппарата. – М.: Физическая культура, 2009. – 304 с. Valeev N.M. Vosstanovlenie rabotosposobnosti sportsmenov posle travm oporno-dvigatel'nogo apparata. – М.: Fizicheskaya kul'tura, 2009. – 304 s. (In Russ.)
2. Никитин С.С., Куренков А.Л. Магнитная стимуляция в диагностике и лечении болезней нервной системы. - М.: САШКО, 2003. - 378 с. Nikitin S.S., Kurenkov A.L. Magnitnaya stimulyaciya v diagnostike i lechenii boleznej nervnoj sistemy. - М.: SASHKO, 2003. - 378 s. (In Russ.)
3. Орловская Ю.В. Теоретико-методологическое обоснование профилактическо-реабилитационного направления в системе подготовки спортивного резерва (на примере специализации баскетбол): Автореф. дис. ... д-ра. пед. наук. - Малаховка, 2000. - 22 с. Orlovskaya YU.V. Teoretiko-metodologicheskoe obosnovanie profilakticheskogo reabilitacionnogo napravleniya v sisteme podgotovki sportivnogo rezerva (na primere specializacii basketbol): Avtoref. dis. ... d-ra. ped. nauk. - Malahovka, 2000. - 22 s. (In Russ.)
4. Barker A.T., Jalinous R., Freston I.L. Non-invasive magnetic stimulation of the human motor cortex // Lancet. 1985. - Vol. 1. - P. 1106-1107. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92413-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92413-4)[Barker A.T., Jalinous R., Freston I.L. Non-invasive magnetic stimulation of the human motor cortex // Lancet. 1985. - Vol. 1. - P. 1106-1107.] [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92413-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92413-4)

УДК 616-009.1; 616-005.8; 616-009.11; 612.821.1

ПСИХОМОТОРИКА ИНВАЛИДОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Белянин О.Л., Гордиевская Е.О., Макаров К.М., Скребенков Е.А., Громакова С.В.
ФБГУ ФНЦРИ им. Г.А.Альбрехта Минтруда России
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. В структуре неврологической инвалидности острые нарушения мозгового кровообращения занимают первое место, а утрата способности самообслуживания и трудоспособности достигает 80%, при этом ведущим признаком является нарушение психомоторики.

Цель. Исследование психомоторных и нейродинамических свойств инвалидов вследствие острого нарушения мозгового кровообращения.

Материал и методы. Обследовано 44 инвалида на программно-аппаратном психодиагностическом комплексе «Мультиспихометр-05» (НПЦ «ДИП»).

Результаты. Показано, что психомоторика больных нарушена в соответствии с уровнем пареза конечностей, нарушения затрагивают также и менее поражённую сторону.

Выводы. У инвалидов вследствие ОНМК в отдалённый период после дебюта инфаркта мозга даже при лёгких и умеренных степенях нарушений в двигательной сфере наблюдаются отчётливые патологические изменения в психомоторике, обусловленные нарушенной нейродинамикой.

Ключевые слова: Психомоторика, нейродинамика, инвалид, острое нарушение мозгового кровообращения.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Белянин Олег Леонидович, руководитель отдела биомеханики опорно-двигательных систем ФБГУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России; Санкт-Петербург, Россия

Гордиевская Елена Олеговна, кандидат педагогических наук (PhD Ped. Sci.); старший научный сотрудник отдела профессиональной и психологической реабилитации инвалидов ФБГУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России; Санкт-Петербург, Россия

Макаров Константин Михайлович младший научный сотрудник отдела профессиональной и психологической реабилитации инвалидов ФБГУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России; Санкт-Петербург, Россия

Скребенков Евгений Александрович младший научный сотрудник отдела профессиональной и психологической реабилитации ФБГУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России; Санкт-Петербург, Россия

THE PSYCHOMOTOR ACTIVITY OF DISABLEDS IN CONSEQUENCE SHARP BREACH BRAIN BLOOD CIRCULATION

Belyanin O.L., Gordievskaya E.O., Makarov K.M., Skrebenkov E.A., Gromakova S.V.
Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
St. Petersburg, Russia

Abstract

Introduction. In the structure of neurological disability, acute disorders of cerebral circulation occupy the first place, and the loss of self-service and working capacity reaches 80%, with the leading feature being a violation of psychomotorics.

Goal. Study of psychomotor and neurodynamic properties of disabled people due to acute cerebral circulation disorders.

Material and methods. 44 disabled people were examined on the software and hardware psychodiagnostic complex "Multipsychometer-0" (NPC "DIP").

Results. It is shown that the psychomotorics of patients is impaired in accordance with the level of paresis of the extremities, the violations also affect the less affected side.

Conclusions. In people with disabilities due to onmc, in the long period after the onset of a brain infarction, even with mild and moderate degrees of motor disorders, there are distinct pathological changes in psychomotorics due to impaired neurodynamics.

Keyword: *Psychomotorics, neurodynamics, disabled person, sharp breach brain blood circulation*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Oleg Belyanin, head of the Department of biomechanics of musculoskeletal systems of the Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled; Saint Petersburg, Russia

Elena Olegovna Gordievskaya, candidate of pedagogical Sciences (PhD PED. Sci.); senior researcher of the Department of professional and psychological rehabilitation of disabled people Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled; Saint Petersburg, Russia

Makarov Konstantin Mikhailovich junior researcher of the Department of professional and psychological rehabilitation of disabled people Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled; Saint Petersburg, Russia

Skrebenkov Eugenii Alexandrovich junior researcher of the Department of professional and psychological rehabilitation of disabled people Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled; Saint Petersburg, Russia

Введение. В структуре неврологической инвалидности острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) занимают первое место, а утрата способности самообслуживания и трудоспособности достигает 80%. Особенностью ОНМК является непредсказуемость времени, зоны, обширности и множественности поражений, которые захватывают не только собственно моторные, но также сенсорные и ассоциативные, подкорковые и стволовые области мозга, формирующие психофизиологический компонент деятельности. Важно отметить, что ОНМК в большинстве случаев является финалом процесса нарушения общего мозгового кровообращения сложного генеза, длительно развивающегося не только в артериях среднего калибра, но и в зоне артериол и микроциркуляторного русла [2,8,9]. Отсюда большое разнообразие форм инсульта и степеней нарушений психомоторики и других видов деятельности.

Психомоторика, включающая активную ориентационную, манипулятивную, позоформирующую, опорно-двигательную и речевую деятельность, составляет основу жизнедеятельности, а её нарушения приводят к снижению качества жизни инвалида [1,3,5,6,]. Характер психомоторики определяется нейродинамическими свойствами: силой, подвижностью и уравновешенностью процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе [4,7]. Они же определяют и качество обучения, адаптации деятельности к ситуации и переделки психомоторных стереотипов, а, следовательно, и успешность реабилитации, рациональность трудоустройства и социализацию инвалида, его реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз.

Цель. Определение состояния базовых нейродинамических свойств и психомоторных возможностей инвалидов вследствие ОНМК методом их инструментального тестирования. Однако, надо иметь в виду, что каждый тест при своей определённой целевой направленности активизирует также и множество других нейродинамических механизмов и систем. Поэтому, результат тестирования является многопараметрическим, а его оценка многокритериальной с пересечениями для различных тестов.

Материал и методы. Исследования проведены на группе 44 инвалидов (мужчин 26, женщин 18) вследствие ОНМК по ишемическому типу в возрасте от 32 до 79 лет (в среднем $55,5 \pm 4.2$ лет), находящихся в IV-й стадии остаточных установившихся проявлений позднего реабилитационного периода со сроком дебюта от 2-х лет до

21- года (в среднем $10 \pm 3,4$ лет). Основное количество дебютов (33) пришлось на срок $5,3 \pm 1,4$ года до обследования. При этом больных с выраженной классической латерализованной паретической формой было 26 (мужчин - 15, женщин – 11), а со сложной неврологической симптоматикой множественных («диффузных») поражений мозга и лёгкими и умеренными парезами конечностей 18 (мужчин – 11, женщин – 7).

До тестирования все больные неоднократно проходили комплексную реабилитацию в специализированных стационарах. На момент исследования их состояние было удовлетворительное с различной степенью выраженности психомоторных нарушений: дезориентации, дискоординации движений и дизартрии. У лиц с выраженными параличами психомоторное исследование проводилось только на сохранной стороне, а у остальных больных на обеих сторонах. Всё исследование занимало около 40 минут с перерывами для отдыха между тестами. В качестве контрольной использовалась группа из 23 здоровых лиц в возрасте 24–52 года без нарушений здоровья при информированном письменном согласии. Для получения статистически достоверных значений нормативных показателей тестирование каждого из них проводилось 5–6 раз в день ежедневно в одни и те же утренние часы на протяжении недели.

Психомоторное и нейродинамическое тестирование проводилось на программно-аппаратном психодиагностическом комплексе «Мультиспихометр-05» (НПЦ «ДИП»), автоматически проводящем количественную обработку данных с их графическим и численным табличным представлением. Отдельно распечатывалось предварительное заключение на основе встроенной семиотической базы данных для диагностики нарушений психомоторных и нейродинамических свойств. Обработка полученных результатов проводилась в стандартном пакете Statistica 6,0.

В качестве диагностических тестов использованы две группы:

- тесты психомоторики: «теппинг-тест» (ТТ) уровня скоростной подвижности моторного звена и переключаемости активаций мышц-антагонистов; «межконечностная координация» (МКК) действий выбора цели без её поиска; «дискретное сенсомоторное слежение» (ДС) за статическим объектом со ступенчатым изменением его координат; «аналоговое сенсомоторное слежение» (АС) за динамическим объектом с плавным изменением его координат;

- тесты нейродинамики: «выносливость» (ВТ) как отражение силы нервной системы – длительного поддерживания рабочего возбуждения и активного торможения помех; «баланс нервных процессов» (БНП) возбуждения и торможения по силе и длительности; их «функциональная подвижность» (ФПП) по скорости развития и смены одного другим; «динамичность» процесса обучаемости (ДПО) по параметру её скорости на уровне элементарных операций.

Кроме того был использован «стресс-тест» (СТ), отображающий индивидуальный стиль деятельности по принятию решения к действию в условиях переменного темпа подачи множества стимулов в случайном порядке с нарастающим психоэмоциональным напряжением до порога напряжённости при поддержании высокого уровня работоспособности. Порог напряжённости определялся моментом начала деструкции деятельности – это увеличение числа ошибок и появление ложных срабатываний при увеличении темпа.

В качестве быстрого определителя функционального состояния двигательной системы инвалида использован тест времени простой сенсомоторной реакции (СМР) на зрительные стимулы, подаваемые в случайном порядке.

Результаты. Анализ результатов тестирования в нормативной группе показал, что для психомоторных тестов характерна:

- при ТТ высокая активированность нервной системы при высокой скорости смены возбуждения/торможения антагонистов и, как следствие, высокая манипуляционная подвижность кисти руки ($8,06 \pm 1,29/c$), достаточно высокая стабильность ($\Delta=13,6\%$) и резервы выносливости ($s=88,6\%$) быстрых циклических действий за период тестирования;

- при МКК высокая степень координации (вероятность ошибки $p=0,04$) дифференцированных действий конечностей на модальные сигналы с минимальной латентностью реакции ($t=0,36 \pm 0,04c$);

- при ДС высокая скорость (время реакции $t=1,32c$) и точность ($p=97,8\%$) сложно координированных действий наведения на статическую цель с высокой стабильностью процесса ($\Delta=17,4\%$) и результата ($\Delta=98,8\%$) её «накрытия»;

- при АС высокая точность слежения ($p=89,7\%$) за подвижной целью преследующего типа с модулем отклонения $Mod=2,57 \pm 0,32$ и средней частотой прослеживающих движений $f=2,28 \pm 0,21$ гц.

Для нейродинамических тестов характерны:

- при ВТ высокая сила, выносливость и стабильность выполнения циклических движений достаточно высокой частоты $6,52 \pm 1,43/c$ в течение $t=0,84$ периода тестирования с вариативностью $\Delta=9,1\%$;

- при БНП баланс активационных и тормозных процессов по параметру среднего отклонения $\Delta=0,24 \pm 0,09\%$ показателя «опережения» – «запаздывания», высокий уровень развития способности к

антиципации положения динамического объекта в пространстве и времени при высокой стабильности ($s=2,34\%$) исполнительных действий;

- при ФПНП высокий уровень подвижности нервных процессов ($m=85,2$ балла) с межсигнальным интервалом не более $0,51\pm 0,03$ с и вариативностью не выше $\Delta=7,7\%$;

- при ДНП высокая скорость формирования навыка нового действия по параметру прироста частоты правильно воспроизводимых сигналов от $0,5/c$ в начале тестирования до $2/c$ в конце с модулем нарастания $M_p=0,84$ за $54,2\%$ его периода за счёт высокой скорости переработки поступающей информации при вариативности установившегося процесса $\Delta=0,53\%$;

- при СМР на простой зрительный стимул, подаваемый в случайном порядке, значения времени реакции составляют $t=205\pm 5,4$ мсек с вероятностью безошибочных действий $p=0,94$ и стабильностью процесса $\Delta=87,5\%$;

- при СТ наблюдается высокая устойчивость ($\Delta=17,6\%$) к напряжённой динамической нагрузке с модулем пропускной способности информации $M_i=0,85$ и вероятностью безошибочных действий $p=0,86$ в ходе выполнения напряжённой деятельности без её деструкции, возрастания числа ошибок и срыва в течение всего периода тестирования.

В группе латерализованных («классических») поражений двигательной системы тестирование функциональных возможностей двигательной системы по СМР показало прогрессивное ухудшение основного показателя – времени реакции, которая постепенно возрастает от 263 мсек при лёгких или скомпенсированных нарушениях до 329 мсек при умеренных, 533 мсек при выраженных и до 752 мсек при значительно выраженных спастических парезах.

Одновременно с этим падает стабильность процесса от $\Delta=74,5\%$ при лёгких, до $\Delta=66,2\%$ при умеренных, до $\Delta=59,2\%$ при выраженных и до $\Delta=42,7\%$ при значительно выраженных параличах. Вероятность безошибочных действий также снижается от $p=0,91$ при лёгких, до $p=0,87$ при умеренных, до $p=0,83$ при выраженных и до $p=0,78$ при значительно выраженных парезах.

Использование СТ показало прогрессивное снижение устойчивости к напряжённой динамической нагрузке с возрастанием колеблемости процесса по Δ параметру разброса данных от $\Delta=18,3\%$ при лёгких, до $\Delta=18,8\%$ при умеренных, до $\Delta=19,4\%$ при выраженных и до $\Delta=19,8\%$ при значительно выраженных нарушениях с модулем пропускной способности информации $M_i=0,69$ при лёгких, $M_i=0,62$ при умеренных, $M_i=0,58$ при выраженных и $M_i=0,52$ при значительно выраженных нарушениях. Вероятность безошибочных действий также снижается от $p=0,68$ при лёгких, до $p=0,53$ при умеренных, до $0,48$ при выраженных и до $p=0,41$ при значительно выраженных нарушениях, когда отмечались срывы и отказы от тестирования с выраженной деструкцией деятельности.

Для психомоторных тестов характерна:

- при ТТ сниженная активированность нервной системы при сниженной скорости смены возбуждения/торможения антагонистов и, как следствие, манипуляционная подвижность кисти руки по числу касаний активного штифта также снижена до $5,88\pm 1,31/c$ при лёгких, до $5,31\pm 1,43/c$ при умеренных, до $4,84\pm 1,36/c$ при выраженных и до $4,26\pm 1,87/c$ при значительно выраженных нарушениях. Также прогрессивно падает стабильность от $\Delta=18,4\%$ при лёгких, до $\Delta=21,6\%$ при умеренных, до $\Delta=28,3\%$ при выраженных и до $\Delta=30,4\%$ при значительно выраженных нарушениях. При этом резервы выносливости быстрых циклических действий за период тестирования снижались от $s=0,76\%$ при лёгких, до $s=0,66\%$ при умеренных, до $s=0,52\%$ при выраженных и до $s=0,47\%$ при значительно выраженных нарушениях вплоть до отказа от теста;

- при МКК координация несколько нарушена с вероятностью ошибки дифференцированных действий конечностей на модальные сигналы от $p=0,08$ с при лёгких, до $p=0,14$ при умеренных, до $p=0,22$ при выраженных и до $p=0,28$ при значительно выраженных нарушениях с минимальной латентностью реакции $t=0,43$ с при лёгких, до $0,68$ с при умеренных, до $0,85$ с при выраженных и до $1,36$ с при значительно выраженных нарушениях с выраженной дискоординацией включения верхних и нижних конечностей при разных вариантах подачи сигналов;

- при ДС скорость реакции замедлена, особенно в фазе прицеливания перед гашением и время реакции $t=1,74$ с при лёгких, до $t=2,37$ с при умеренных, до $t=2,98$ с при выраженных и до $t=4,56$ с при значительно выраженных нарушениях. Точность как величина вероятности сложно координированного безошибочного действия наведения на статическую цель снижается от $p=82,8\%$ с при лёгких, до $p=72,3\%$ при умеренных, до $p=67,3\%$ при выраженных и до $p=58,2\%$ при значительно выраженных нарушениях. Стабильность процесса наведения на цель снижалась как обратная к вариативности траектории от $\Delta=20,4\%$ при лёгких нарушениях, до $\Delta=25,6\%$ при умеренных, до $p=37,9\%$ при выраженных и до $45,6\%$ при значительно выраженных. Вероятность её «накрытия» составила $\Delta=95,3\%$ при лёгких нарушениях, до $\Delta=87,6\%$ при умеренных, до $\Delta=72,1\%$ при выраженных и до $\Delta=58,8\%$ и ниже при значительно выраженных нарушениях;

- при АС падает точность слежения за подвижной целью преследующего типа от $p=78,9\%$ при лёгких, до $p=71,6\%$ при умеренных, до $p=64,8\%$ при выраженных и до $p=55,4\%$ при значительно выраженных нарушениях с возрастающим модулем отклонения от $Mod=2,86$ при лёгких, до $Mod=3,47$ при умеренных, до $Mod=5,06$ при выраженных и $Mod=7,39$ при значительно выраженных нарушениях и средней частотой прослеживающих движений от $f=2,74$ гц при лёгких, до $f=3,52$ гц при умеренных, до $f=4,39$ гц при выраженных и до $f=5,68$ гц при значительно выраженных нарушениях.

Для нейродинамических тестов характерны:

- при ВТ невысокая сила, сниженная выносливость и стабильность выполнения циклических движений предельной частоты от $f=5,24/c$ в течение $t=0,72$ периода тестирования с вариативностью от $\Delta=14,8\%$ при лёгких, до $f=4,65/c$ в течение $t=0,58$ периода тестирования с вариативностью до $\Delta=18,7\%$ при умеренных, до $f=3,78/c$ в течение $t=0,46$ периода тестирования с вариативностью до $\Delta=25,1\%$ при выраженных, до $f=3,26/c$ в течение $t=0,38$ периода тестирования с вариативностью до $\Delta=36,3\%$ при значительно выраженных нарушениях;

- при БНП дисбаланс активационных и тормозных процессов, чаще (в 2,7 раза) в сторону торможения по параметру среднего отклонения от $\Delta=0,59\pm 0,12\%$ показателя “опережения” – “запаздывания”, средний уровень развития способности к антиципации положения динамического объекта в пространстве и времени при средней нестабильности ($s=3,89\%$) исполнительных действий при лёгких нарушениях, до $\Delta=1,41\pm 0,18\%$ среднего отклонения и до $s=4,45\%$ нестабильности при умеренных, до $\Delta=2,03\pm 0,21\%$ среднего отклонения и до $s=5,61\%$ нестабильности при выраженных и до $\Delta=3,26\pm 0,28\%$ среднего отклонения и до $s=6,52\%$ нестабильности при значительно выраженных нарушениях большей (в 2,2 раза) вариативностью на поражённой стороне;

- при ФПНП сниженная функциональная подвижность нервных процессов от $m=59,7$ балла с межсигнальным интервалом от $0,65\pm 0,08$ с и вариативностью от $\Delta=8,7\%$ при лёгких нарушениях, до $m=50,3$ балла с межсигнальным интервалом до $0,87\pm 0,32$ с и вариативностью до $\Delta=9,4\%$ при умеренных нарушениях, до $m=45,6$ балла с межсигнальным интервалом до $1,68\pm 0,25$ с и вариативностью до $\Delta=13,2\%$ при выраженных и до $m=36,5$ балла с межсигнальным интервалом до $2,12\pm 0,41$ с и вариативностью до $\Delta=18,4\%$ при значительно выраженных нарушениях;

- при ДНП сниженная скорость формирования навыка нового действия со слабым приростом частоты воспроизводимых сигналов от $0,4/c$ в начале тестирования до $0,6/c$ в конце с модулем нарастания $Mr=0,64$ за 68,2% его периода за счёт сниженной скорости переработки поступающей информации при вариативности установившегося процесса $\Delta=0,63\%$ при лёгких, до $0,3/c$ в начале тестирования и до $0,5/c$ в конце с модулем нарастания $Mr=0,61$ за 77,4% его периода при умеренных, до $0,28/c$ в начале тестирования и до $0,22/c$ в его конце с инверсией модуля $Mr=-0,79$ за 72,2% его периода при выраженных и до $0,29/c$ в начале тестирования до $0,17/c$ в конце с инверсией модуля $Mr=-0,59$ за 81,2% его периода при значительно выраженных нарушениях.

Выводы. Таким образом, у инвалидов вследствие ОНМК в отдалённый период после дебюта инфаркта мозга даже при лёгких и умеренных степенях нарушений в двигательной сфере наблюдаются отчётливые патологические изменения в психомоторике, обусловленные нарушенной нейродинамикой.

Функциональные возможности двигательной системы снижены за счёт выносливости, устойчивости к стрессорным ситуациям, работоспособности, скорости реакций, их стабильности, пониженной манипулятивности, координации движений при сочетанных действиях, антиципации положения подвижной цели, функциональной подвижности нервных процессов и их дисбаланса.

На поражённой стороне они хорошо коррелируют с глубиной пареза, но эти изменения также наблюдаются и на «здоровой» стороне поскольку в основе инфаркта мозга лежат достаточно глубокие и распространённые процессы нарушения кровообращения в микроциркуляторном русле.

Полученные результаты необходимо учитывать при организации жизнедеятельности инвалида вследствие ОНМК, особенно в части самообслуживания и трудоустройства.

ЛИТЕРАТУРА/ REFERENCES

1. Бойко Е.И. Время реакции человека. – М.: Медицина, 1964. – 386 с. [Boyko E.I. Human reaction Time. - Moscow: Meditsina, 1964. – 386 p.]
2. Есин Р.Г., Есин О.Р., Хайруллин И.Х. Болезнь мелких сосудов: патогенетические подтипы, возможные лечебные стратегии Consilium medicum 2016; 18(2): [Esin R. G., Esin O. R., Hairullin I. H. small vessel Disease: pathogenetic subtypes, possible treatment strategies Consilium medicum 2016; 18(2):]
3. Ильин Е.П. Психомоторная организация человека СПб.: Питер. 2003. – 384 с. [Pyin E. P. Psychomotor organization of a person. SPb.: Peter. 2003. – 384 p.]

4. Колесников А.О., Кувшинов Д.Ю., Барбараш Н.А., Каган Е.С. Комплексная оценка параметров нейродинамики у лиц юношеского возраста // Современные проблемы науки и образования.- 2013.- №2 [Kolesnikov A. O., Kuvshinov D. Yu., Barbarash N. A., Kagan E. S. Complex estimation of parameters of neurodynamics in young people // Modern problems of science and education.- 2013.- №2]
5. Никандров В. В. Психомоторика: Учебное пособие. СПб.: Речь, 2004. [Nikandrov V. V. Psychometrika: a Training manual. SPb.: Speech, 2004.]
6. Озеров В. П. Психомоторные способности человека. Дубна: Феникс+, 2002 [Ozerov V. P. Psychomotor abilities of a person. Dubna: Phoenix+, 2002]
7. Сафонов В.К., Суворов Г.Б., Чесноков В.Б. Диагностика нейродинамических особенностей СПб.: Изд-во СПб Университет, 1997.– 68 с. [Safonov V. K., Suvorov G. B., Chesnokov V. B. Diagnostics of neurodynamic features of SPb.: Saint Petersburg University publishing house, 1997.- 68 p.]
8. Табеева Г.Р. Клиническая феноменология, механизмы формирования и патогенетическая терапия ранних проявлений хронической ишемии мозга. Клини. фармакология и терапия. 2015; 24 (4): С.–11. [Tabeeva G. R. Clinical phenomenology, mechanisms of formation and pathogenetic therapy of early manifestations of chronic brain ischemia. Klin. pharmacology and therapy. 2015; 24 (4): P.–11.]
9. Pantoni L. Cerebral small vessel disease: from pathogenesis and clinical characteristics to therapeutic challenges. Lancet Neurol 2010; 9: 689-701.

РАЗДЕЛ 3 РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ. РАННЯЯ ПОМОЩЬ SECTION 3 REHABILITATION AND ABILITATION OF CHILDREN. EARLY CHILDHOOD INTERVENTION

УДК 316.3/4

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАЗВИТИЯ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ ФОРМ УСТРОЙСТВА ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ РОССИЙСКИМИ НКО

Балашова Л.М.

СПБ ГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов
Приморского района»
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Масштабы социального сиротства и институционального размещения детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в России весьма значительные. Обзор современных публикаций даёт представление о том, насколько затруднён поиск усыновителей или замещающих семей для детей-инвалидов, детей, имеющих кровных братьев и сестер, и для детей старшей возрастной группы, когда для передачи на семейную форму устройства требуется согласие ребенка.

Цель. Целью исследования является обзор инновационных практик ведущих социально ориентированных некоммерческих организаций по делам семьи и детей в России, непосредственно занимающихся профилактикой социального сиротства и жизнеустройством детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Материалы и методы. В качестве основного метода исследования был применён контент-анализ публикаций и электронных источников: интернет-порталов государственных и некоммерческих организаций. В статье приведены материалы о работе социально ориентированных НКО, работающих на территории Российской Федерации. Исследование проведено специалистами СПб ГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Приморского района Санкт-Петербурга» совместно с Фондом помощи детям раннего возраста «Первые шаги». Была проанализирована деятельность 15 некоммерческих организаций, оказывающих социальные услуги в сфере защиты детства. Проведен сравнительный анализ деятельности организаций по 12 основным направлениям деятельности.

Результаты. Самым распространенным направлением работы НКО в сфере защиты детства является сопровождение семей с детьми в кризисе (предотвращение попадания детей в институциональные учреждения). Следующее направление работы по частоте встречаемости – это сопровождение приемных семей и информационно-просветительская работа. Далее можно выделить кластер организаций, реализующих программы поддержки детских домов и сопровождения выпускников детских домов. Наиболее редкие направления работы, которые практикуют лишь некоторые НКО и фонды – это организация Школы приемных родителей (ШПР), подготовка профессиональных семей, создание и поддержка электронных ресурсов по усыновлению и опеке, грантовая деятельность, поддерживаемое проживание детей-сирот с инвалидностью.

Заключение. Все представленные НКО и фонды реализуют в своей работе 3 и более направлений деятельности. Некоторые мультипрофильные организации также работают в проектных направлениях и имеют финансовые возможности для предоставления грантов другим государственным и негосударственным организациям. Ни одна из проанализированных НКО не фокусирует свою деятельность именно на подготовке профессиональных (фостерных) семей для детей со средней и тяжёлой степенью инвалидизации и/или множественными нарушениями. Поэтому такие дети продолжают попадать в интернатные учреждения и остаются группой с критически низким процентом семейного жизнеустройства.

Ключевые слова: социальная работа, профессиональные семьи, семейное жизнеустройство детей-инвалидов

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Балашова Лидия Михайловна, кандидат социологических наук, зав. Отделения обслуживания на дому СПб ГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Приморского района» ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-7006-2165>

A CASE STUDY OF THE DEVELOPMENT OF ALTERNATIVE FOSTER CARE FORMS OF PLACEMENT OF DISABILITIES CHILDREN IN RUSSIAN NGOS

Balashova L.M.

SPBGBU “Center for Social Rehabilitation of Disabled and Disabled Children”

St. Petersburg, Russia

Abstract

Background. It's very significant the scale of social orphanage and the institutional placement of orphans and children left without parental care in Russia. A review of modern publications gives an idea of how difficult it is to find adoptive parents or foster families for children with disabilities, children with blood brothers and sisters, and for children of an older age group, when the consent of the child is required for transferring to the family form of the device.

Aim. The aim of the study is to review the innovative practices of leading socially oriented non-profit organizations (NGOs) for family and children in Russia, directly involved in the prevention of social orphanage and the life management of orphans and children left without parental care.

Materials and methods. As main research method it was applied the content analysis of publications and electronic sources: Internet portals of state and non-profit organizations. The article provides materials on the work of socially oriented NGOs working in the Russian Federation. The study was conducted by specialists of the SPB GBU Center for Social Rehabilitation of the Disabled and Disabled Children of the Primorsky District of St. Petersburg in conjunction with the First Steps Fund for Helping Young Children. It was analyzed the activity of 15 non-profit organizations providing social services in the field of childhood protection. It was performed the comparative analysis of the activities of organizations in 12 main areas of activity.

Results. The most common area of work of NGOs in the field of child protection is to accompany families with children in crisis (preventing children from entering institutional institutions). The next area of work in terms of frequency of occurrence is support for foster families and outreach. Next, we can distinguish a cluster of organizations implementing programs to support orphanages and accompanying graduates of orphanages. The rarest areas of work that are practiced by only a few NGOs and foundations are the organization of the Foster Parent School, are the training of professional families, the creation and support of electronic resources for adoption and guardianship, grant activities, and support for orphaned children with disabilities.

Conclusion. All presented NGOs and funds implement in their work 3 or more lines of activity. Some multidisciplinary organizations also work in project areas and have the financial ability to provide grants to other state and non-state organizations. None of analyzed NGOs focuses their activity specifically on preparing professional (foster) families for children with moderate and severe disabilities and/or multiple disabilities. Therefore, such children continue to end up in boarding schools and remain a group with a critically low percentage of family living arrangements.

Key words: Social work, foster families, family living placement for children with disabilities

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Balashova Lidia Mikhailovna, Head of the Department of SPBGBU “Center for Social Rehabilitation of Disabled and Disabled Children” ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-7006-2165>

Введение. Развитие цивилизованного общества определяется не только его экономическим и социально-культурным уровнем, но и отношением к обездоленным детям. Несмотря на то, что проблематика сиротства, прежде всего социального, уже свыше десяти лет находится под пристальным вниманием государства и

некоммерческих организаций, масштабы социального сиротства и институционального размещения детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в России по-прежнему весьма значительные. На 01.09.2019 в Федеральном банке данных находилась информация о 45621 ребенке-сироте. На 31.12.2018 количество детей-сирот и детей без попечения родителей насчитывалось 47 242 ребенка [1]. Ситуацию с устройством в Петербурге детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, подробно осветила на пресс-конференции, посвященной снижению риска возврата детей в детский дом, заместитель председателя Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга Елена Федикова [2]. Пресс-конференция проходила 11 февраля 2019 года. В Санкт-Петербурге на январь 2019 года насчитывалось 1320 детей-сирот. Около 40% из них имеют инвалидность, 89% — это дети старше семи лет, 43% детей имеют братьев-сестер, по закону их надо брать в семью вместе, 4% имеют ВИЧ+ статус. Таким образом, по статистке, которую предоставила Е. Н. Фидрикова, можно сделать вывод о том, что традиционно поиск усыновителей или замещающих семей затруднен для детей старших возрастных групп. Особенно сложна ситуация для детей-инвалидов, детей, имеющих кровных братьев и сестер, и начиная с возраста, когда для передачи на семейную форму устройства требуется согласие ребенка. Острый вопрос о детях-сиротах с инвалидностью давно уже требует особого внимания общества, т. к. желающих забрать детей-инвалидов на воспитание в семью в несколько раз меньше, чем обычных детей. Основное количество современных проектов, которые реализуют некоммерческие организации в этом направлении, ориентировано на профилактику попадания детей с инвалидностью в дома ребенка и интернаты. Данный вид деятельности очень важный, но он не дает ответа на вопрос что делать с теми детьми с инвалидностью, которые уже попали в интернаты, и в особенности в отношении детей с тяжелыми множественными нарушениями.

Цель. Целью исследования является обзор инновационных практик ведущих социально ориентированных некоммерческих организаций по делам семьи и детей в России, непосредственно занимающихся профилактикой социального сиротства и жизнеустройством детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Материалы и методы. В качестве основного метода исследования был применён контент-анализ публикаций и электронных источников: интернет-порталов государственных и некоммерческих организаций. Анализ данных о работе социально ориентированных НКО, работающих на территории Российской Федерации, сделанный специалистами СПб ГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Приморского района Санкт-Петербурга» совместно с Фондом помощи детям раннего возраста «Первые шаги», показал, что деятельность 15 проанализированных организаций не сфокусирована именно на жизнеустройстве детей-сирот с инвалидностью. Для сравнения деятельности организаций все виды деятельности, практикуемые сейчас в НКО, были обобщены и систематизированы по 12 основным направлениям деятельности.

1. ШПР (Школа приемных родителей).
2. Создание видеоконтента о детях (анкеты детей-сирот, мини видеофильмы о детях).
3. Электронные ресурсы, которые создаются и поддерживаются НКО (информационные порталы о детях-сиротах).
4. Программы по поддержке детских домов, интернатов, домов ребенка.
5. Поддержка выпускников сиротских учреждений (сопровождение специалистов, материальная помощь, помощь в трудоустройстве).
6. Развитие и поддержка направления по созданию профессиональных семей.
7. Сопровождение семей с детьми в кризисе в целях предупреждения изъятия (работа специалистов с семьями, психологов, специалистов по социальной работе, материальная помощь, натуральная помощь).
8. Создание и подготовка приемных семей (подбор, обучение).
9. Сопровождение приемных семей (работа специалистов, создание городов и деревень).
10. Предоставление грантов на развитие деятельности по предупреждению сиротства.
11. Информационно-просветительская работа, направленная на пропаганду семейного устройства детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.
12. Волонтерские программы – как одно из направлений деятельности.

Результаты исследования. Исходя из данных, помещенных на диаграмму видов деятельности НКО по направлениям, можно сделать выводы, что самым распространенным направлением работы является сопровождение семей с детьми в кризисе (предотвращение попадания детей в институциональные учреждения). Данное направление работы практикуют 9 организаций из 15. Следующее направление работы по частоте встречаемости – это сопровождение приемных семей (7) и информационная и просветительская работа (6). Далее можно выделить целый кластер организаций, которые реализуют программы поддержки детских домов, сопровождение выпускников детских домов, привлекают волонтеров и развивают волонтерские программы. Это направления работы с частой встречаемости (5) и (4). Наиболее редкие

направления работы, которые практикуют лишь некоторые НКО и фонды – это организация Школы Приемных Родителей (ШПР), подготовка профессиональных семей (3), электронные ресурсы, порталы по усыновлению и опеке (2), организации, которые осуществляют грантовую деятельность (2), поддерживаемое проживание детей-сирот с инвалидностью (2), создание фото/видео анкет детей (2).

Заключение. Все представленные НКО и фонды реализуют в своей работе 3 и более направлений деятельности. Среди представленных НКО, есть так называемые мультипрофильные организации, которые также работают в проектных направлениях деятельности и имеют финансовые возможности для предоставления грантов другим государственным и негосударственным организациям. Все проанализированные НКО, прямо или косвенно занимаются социальной защитой детей-инвалидов и жизнеустройством их в семьи, сохранением семейного окружения. Но ни одна организация не фокусирует свою деятельность именно на подготовке профессиональных (фостерных) семей для детей со средней и тяжелой степенью инвалидизации и/или множественными нарушениями. Поэтому такие дети продолжают попадать в интернатные учреждения и остаются группой с критически низким процентом семейного жизнеустройства. Анализ форм устройства детей с инвалидностью, оставшихся без попечения родителей, проведенный по данным Румынии, Украины, Молдавии и России в 2005 году, показал, что институциональная забота обходится государству почти в шесть раз дороже по сравнению с затратами на поддержку социально уязвимых семей, подготовку и сопровождение опекунских и приемных семей. Это связано с тем, что институциональные учреждения тратят до половины своих расходов на оплату труда работников, не участвующих непосредственно в контактах с детьми. Очевидно, что необходимо развитие новых форм семейного воспитания, которые бы удовлетворяли потребности детей с различными видами нарушений. Такой формой может стать подготовка профессиональных родителей, которые после прохождения более углубленного обучения обладали бы более широким спектром компетенций, предназначенных для воспитания и развития детей с особыми потребностями.

**Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.
The authors declare no conflict of interest.**

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Российская Федерация. Интернет-проект «Усыновите.ру». Собственная статистика проекта по состоянию на 31 декабря 2018 года. Ссылка активна на 29.02.2020. [Rossiiskaya Federatsiya. Internet-proekt "Usynovite.ru". Sobstvennaya statistika proekta po sostoyaniyu na 31 dekabrya 2018 goda. Accessed February 29, 2020. (In Russ.).] <http://www.usynovite.ru/statistics/2018/>
2. Российская Федерация. Официальный сайт Уполномоченного по правам ребенка в Санкт-Петербурге: Ежегодный доклад Уполномоченного по правам ребенка в Санкт-Петербурге за 2018 год. Ссылка активна на 29.02.2020. [Rossiiskaya Federatsiya. Ofitsial'nyi sait Upolnomochennogo po pravam rebenka v Sankt-Peterburge: Ezhegodnyi doklad Upolnomochennogo po pravam rebenka v Sankt-Peterburge za 2018 god. Accessed February 29, 2020. (In Russ.).] <http://www.spbdeti.org/id7616>

УДК 364.07

МКФ В АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Лорер В.В.

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Министерства здравоохранения

Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Расстройство аутистического спектра (РАС) является ранним началом нейроразвивающих изменений, которые характеризуются изменениями в социальной коммуникации и взаимодействии, наличии стереотипного поведения и интересов. Результаты исследований свидетельствуют, что существуют значительные индивидуальные различия в повседневном функционировании людей с расстройствами аутистического спектра. Биопсихосоциальная модель Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), предоставляет комплексный, интегративный подход для оценки функциональных способностей, нарушений здоровья, ограничений жизнедеятельности. Учитывая большую потребность в описании особенностей функционирования и в разработке реабилитационных мероприятий, разработан базовый набор МКФ при расстройстве аутистического спектра.

Цель. Апробация базового набора МКФ в организации процесса абилитации детей с расстройством аутистического спектра.

Материалы и методы. Абилитация детей с расстройством аутистического спектра в учреждении включает следующие этапы: 1) комплексная оценка функционирования детей; 2) планирование мероприятий и разработка индивидуального плана абилитации, 3) реализация абилитационных мероприятий и 4) оценка эффективности проведенных мероприятий. Базовый набор МКФ РАС использовался в качестве методической основы организации процесса абилитации детей. В обследовании приняли участие 25 детей с РАС дошкольного возраста и их семьи. Для проведения комплексной оценки функционирования детей использовались методы: осмотр, анкета для родителей (социально-психологические и клинические показатели), скрининговые методы, беседа с родителями, наблюдение, экспериментальные методы для углубленной оценки.

Результаты. Результаты использования категорий БН МКФ РАС при проведении оценки функционирования ребенка показали, что при первичной оценке используются, в основном, категории МКФ составляющей «факторы окружающей среды» (e110 - e590). При углубленной оценке основное внимание уделено изучению категориям МКФ «Семья и ближайшие родственники» (e310) и «Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников» (e410). Для первичной оценки особенностей функционирования детей с РАС была разработана «Шкала оценки активности и участия ребенка в повседневной жизни» на основе основных доменов «активности и участия» БН МКФ РАС. Результаты обследования показали, что шкала дает достаточно информации для определения потребности ребенка и семьи в абилитационных мероприятиях по следующим доменам: общение (d310-d360), выполнение задач (d210-d220), управление собственным поведением (d250), межличностные взаимодействия (d710-d760), участие в игре (d880), самообслуживание (d510- d571), бытовая жизнь (d620- d660). Недостаточно информации по категориям раздела «Обучение и применение знаний» (d110-d177), что требует проведения углубленной оценки.

Заключение. Первичные данные по апробации базового набора МКФ при расстройстве аутистического спектра показали, что использование БН МКФ РАС позволяет комплексно подойти к оценке функций и структур организма, активности и участия человека в повседневной жизни, к оценке влияния факторов окружающей среды на его жизнедеятельность.

Ключевые слова: Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), базовый набор МКФ, расстройство аутистического спектра (РАС), абилитация, междисциплинарная команда

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Кандидат психологических наук, руководитель отдела ранней помощи ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, доцент кафедры общей и клинической психологии ПСПбГМУ им. И.П.Павлова

ICF IN ABILITATION OF CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER

Lorer V.V.^{1,2}

¹Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled

²Pavlov First Saint Petersburg State Medical University St. Petersburg, Russia
St. Petersburg, Russia

Abstract

Background. Autism spectrum disorder (ASD) is an early onset of neurodevelopmental changes, which are characterized by changes in social communication and interaction, the presence of stereotyped behavior and interests. Research results show that there are significant individual differences in the daily functioning of people with autism spectrum disorders. The biopsychosocial model of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) provides a comprehensive, integrative approach for assessing functional abilities, health disorders, and disability. Given the great need to describe the features of functioning and in the development of rehabilitation measures, ICF core set for autism spectrum disorder has been developed.

Aim. Testing the ICF core set in organizing the process of habilitation of children with autism spectrum disorder.

Materials and methods. The habilitation of children with an autism spectrum disorder in an institution includes the following steps: 1) a comprehensive assessment of the functioning of children; 2) planning events and developing an individual plan for habilitation, 3) implementing habilitation measures, and 4) evaluating the effectiveness of the measures taken. ICF core set for ASD was used as a methodological basis for organizing the process of children's habilitation. The survey involved 25 children with ASD of preschool age and their families. To conduct a comprehensive assessment of the functioning of children, the following methods were used: examination, questionnaire for parents (socio-psychological and clinical indicators), screening methods, conversation with parents, observation, experimental methods.

Results. The results of using the categories of ICF core set for ASD when assessing the functioning of the child showed that the primary assessment uses mainly the categories of ICF component of “environmental factors” (e110 -

e590). An in-depth assessment focuses on the study of the ICF categories “Immediate family” (e310) and “Individual attitudes of immediate family members” (e410). For the initial assessment of the functioning of children with ASD, a “Scale for assessing the activity and participation of the child in everyday life” was developed on the basis of the main domains of activity and participation of ICF core set for ASD. The survey results showed that the scale provides enough information to determine the needs of the child and family for habilitation activities for the following domains: communication (d310-d360), Undertaking tasks (d210-d220), managing your own behavior (d250), interpersonal interactions (d710-d760), participation in the game (d880), self-service (d510-d571), domestic life (d620-d660). There is not enough information on the categories of the section “Learning and applying knowledge” (d110-d177), which requires an in-depth assessment.

Conclusion. Initial data on the testing of ICF core set for ASD showed that the use of ICF core set for ASD allows a comprehensive approach to assessing the functions and structures of the body, human activity and participation in everyday life, and assessing the influence of environmental factors on his life.

Key words: *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), ICF Core Sets, Autism spectrum disorder (ASD), habilitation, interdisciplinary team of specialists*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

1) Dr of psychology Head of the Department of Early aid Albrecht Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled 2) Associate Professor, Department of general and clinical psychology Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

Введение. Расстройство аутистического спектра (РАС) является ранним началом нейроразвивающих изменений, которые характеризуются изменениями в социальной коммуникации и взаимодействии, наличии стереотипного поведения и интересов вследствие значительных функциональных нарушений [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения люди с РАС сталкиваются с проблемами в сфере образования, трудовой деятельности, социальных взаимоотношениях, самообслуживании и других основных сферах жизни. Результаты исследований свидетельствуют, что существуют значительные индивидуальные различия в повседневном функционировании людей с расстройствами аутистического спектра [2]. Факторами, которые могут повлиять на это, являются уровень интеллектуального развития человека, социально-демографические факторы и доступность служб, осуществляющих лечение, образование, реабилитацию и абилитацию людей с РАС, семейная поддержка. В большинстве литературных источниках, РАС традиционно рассматривается с феноменологической позиции, тогда как данные исследований показывают необходимость оценивать РАС с более широких позиций, а именно функционирование человека, связанное с его состоянием здоровья, его поведение, включающее учет персональных, социальных факторов и факторов окружающей среды [2].

Биопсихосоциальная модель Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), разработанная ВОЗ, предоставляет комплексный, интегративный подход для оценки функциональных способностей, нарушений здоровья, ограничений жизнедеятельности [3]. Для использования в клинической практике и статистики на основе МКФ разрабатываются базовые наборы МКФ, позволяющие опираться в своей работе на наиболее вероятные категории при конкретных нозологических единицах [4]. Учитывая большую потребность в описании особенностей функционирования и в разработке реабилитационных мероприятий, разработан базовый набор МКФ при расстройстве аутистического спектра (БН МКФ РАС) [5].

Цель. Апробация базового набора МКФ в организации процесса абилитации детей с расстройством аутистического спектра. Материалы и методы: Апробация базового наборов МКФ проводилась на базе Детского реабилитационно-восстановительного центра, с информированного согласия родителей (законных представителей) детей. В обследовании приняли участие 25 детей с РАС дошкольного возраста и их семьи.

Процесс абилитации детей с расстройством аутистического спектра в учреждении включает следующие этапы: 1) комплексная оценка функционирования детей; 2) планирование мероприятий и разработка индивидуального плана абилитации, 3) реализация абилитационных мероприятий и 4) оценка эффективности проведенных мероприятий.

Для решения задач абилитации детей с РАС в реабилитационном учреждении создана междисциплинарная команда специалистов, в состав которой вошли врачи (врач-психотерапевт, врач-невролог), медицинские (клинические) психологи, нейропсихологи, логопеды, социальные педагоги. Специалисты междисциплинарной команды принимает участие в комплексной оценке функционирования детей с РАС, в обсуждении результатов проведения оценочных процедур, необходимых для постановки целей и составления индивидуального плана абилитации, в реализации мероприятий.

Базовый набор МКФ РАС использовался в качестве методической основы организации процесса абилитации детей. БН МКФ РАС представляет собой краткий перечень категорий из всех составляющих

МКФ: «функции и структуры организма», «активность и участие», «факторы окружающей среды», которые соответствующим образом отражают особенности при расстройствах аутистического спектра.

Для проведения комплексной оценки функционирования детей использовались методы: осмотр, анкета для родителей (социально-психологические и клинические показатели), скрининговые методы, беседа с родителями, наблюдение, экспериментальные методы для углубленной оценки.

Результаты исследования. Междисциплинарная оценка функционирования ребенка в учреждении проводилась в несколько этапов и включала в себя первичную и углубленную оценки. Целью первичной оценки было выявление потребности детей с РАС и их семей в реабилитационных мероприятиях. Углубленная оценка проводилась с целью получения информации, необходимой для разработки индивидуального плана реабилитации ребенка. Результаты использования категорий БН МКФ РАС при проведении оценки функционирования ребенка показали, что при первичной оценке используются, в основном, категории МКФ составляющей «факторы окружающей среды» (e110 - e590), но возникают трудности при определении степени влияния факторов окружающей среды (облегчающие или барьеры) на функционирование ребенка. При углубленной оценке основное внимание уделено изучению категориям «Семья и ближайшие родственники» (e310) и «Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников» (e410). Для первичной оценки особенностей функционирования детей с РАС была разработана «Шкала оценки активности и участия ребенка в повседневной жизни» на основе основных доменов «активности и участия» БН МКФ РАС. Шкала заполнялась специалистами на основе наблюдения за поведением ребенка и беседы с родителями. Всего было обследовано 25 человек. Результаты обследования показали, что шкала дает достаточно информации для определения потребности ребенка и семьи в реабилитационных мероприятиях по следующим доменам: общение (d310-d360), выполнение задач (d210-d220), управление собственным поведением (d250), межличностные взаимодействия (d710-d760), участие в игре (d880), самообслуживание (d510- d571), бытовая жизнь (d620- d660). Недостаточно информации по категориям раздела «Обучение и применение знаний» (d110-d177), что требует проведения углубленной оценки (дефектологическое обследование). Также анализ показал, что в БН МКФ РАС ней отсутствуют категории, связанные с мобильностью. Данные категории являются важной составляющей комплексной оценки функционирования детей в возрасте 0-6 лет. Анализ проведения углубленной оценки показала, что она, в основном, направлена на изучение «умственных функций» (b114 - b167). С этой целью специалисты используют методы нейропсихологического и патопсихологического обследования, логопедическое обследование (b167 Умственные функции речи). Однако такое обследование возможно у детей, начиная со старшего дошкольного возраста. В целом, анализ использования БН МКФ РАС при проведении оценочных процедур показал, что базовый набор позволяет комплексно подойти к оценке функционирования ребенка с РАС, но такая оценка занимает много времени от всего курса реабилитации (21 день). Принимая во внимание специфику РАС, не всегда возможно проведение такой оценки. Углубленная оценка проводится специалистами в процессе осуществления реабилитационных мероприятий.

Обсуждение результатов оценочных процедур, необходимых для постановки целей реабилитации, осуществляется на заседании междисциплинарной команды. Наглядно результаты оценочных процедур представляются в виде категориального профиля МКФ, которых служит основанием для составления индивидуального плана реабилитации. Основные трудности на данном этапе связаны с переводом результатов оценок в категории МКФ, а также в постановке целей реабилитации на короткий период. Данная проблема решается за счет регулярной встречи специалистов междисциплинарной команды и проведения обучения специалистов по использованию МКФ.

Заключение. Таким образом, первичные данные по апробации базового набора МКФ при расстройстве аутистического спектра показали, что использование БН МКФ РАС позволяет комплексно подойти к оценке функций и структур организма, активности и участия человека в повседневной жизни, к оценке влияния факторов окружающей среды на его жизнедеятельность. БН МКФ РАС может использоваться в качестве основы и системы, предоставляющей возможность специалистам различных дисциплин использовать общий язык для документирования изменений в функционировании ребенка по унифицированной форме: от первичной междисциплинарной оценки через планирования направлений работы с ребенком и его семьей к оценке эффективности выполненных мероприятий.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.

2. Schipper E, Lundequist A, Coghill D., Petrus J. de Vries, Mats Granlund, Martin Holtmann, Ulf Jonsson, Sunil Karande, John E. Robison, Cory Shulman, Nidhi Singhal, Bruce Tonge, Virginia C.N. Wong, Lonnie Zwaigenbaum, and Sven Bolte. Ability and Disability in Autism Spectrum Disorder: A Systematic Literature Review Employing the International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth Version // Autism Research – 2015. - Vol. 8. P. 782–794.

3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) (с изменениями и дополнениями по состоянию на 2016 г.): проект – СПб: Человек, 2017. – 262 с.

4. Utility of using the ICF Core Sets in clinical practice // Rehabilitation. – 2015. - Vol. 49, № 4. – P. 197-201.

5. Sven Bolte, et al. The gestalt of functioning in autism spectrum disorder: results of the international conference to develop final consensus International Classification of Functioning, Disability and Health core sets // Autism Research. – 2018. - P. 1-19.

УДК 376.3

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ «МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ» ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НУЖДАЕМОСТИ РЕБЕНКА И ЕГО СЕМЬИ В УСЛУГАХ РАННЕЙ ПОМОЩИ

Самарина Л.В.

АНО ДПО «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства»,
ФГБУ ФНЦРИ им Г.А.Альбрехта Минтруда России
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Услуги ранней помощи детям и их семьям оказываются детям, имеющим ограничения жизнедеятельности, или детям группы риска. Перед специалистами стоит задача определить право ребенка на получение услуг ранней помощи.

Цель. разработать инструмент определения нуждаемости ребенка и его семьи в услугах ранней помощи, основанного на МКФ, провести исследование его эффективности. Исследование включало в себя анализ имеющихся инструментов, выбор кодов МКФ, соответствующих уровню развития детей раннего возраста, разработку чек-листа и процедуру оценки функционирования ребенка, экспериментальное использование чек-листа.

Материалы и методы. Исследование включало в себя анализ имеющихся инструментов, выбор кодов МКФ, соответствующих уровню развития детей раннего возраста, разработку чек-листа и процедуру оценки функционирования ребенка, экспериментальное использование чек-листа

Результаты. Сто тридцать специалистов ранней помощи, регулярно использующие новый чек-лист, завершили опрос. В результате 102 кода второго уровня МКФ были включены в чек-лист, в том числе 67 - для описания активности и участия, 10 - из факторов окружающей среды, 25 - из функций организма.

Заключение. Чек-лист и алгоритм проведения оценки позволяет описать функционирование ребенка, выявить наличие ограничений жизнедеятельности и достичь основной цели – определить нуждается ли ребенок и его семья в услугах ранней помощи, а также получить информацию для планирования дальнейших оценочных процедур, включить в оценку семью.

Ключевые слова: Ранняя помощь детям и семьям, МКФ, оценка права на получение услуг ранней помощи.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Самарина Лариса Витальевна, телефон 8 931 382 53 39 ORCID 0000-0002-8331-1335, eLIBRARY SPIN-код: 9766-2368, e-mail: samalarissa@gmail.com

USING THE “INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH” TO DETERMINE THE NEED OF A CHILD AND HIS FAMILY FOR EARLY INTERVENTION

Samarina L. V.

Saint Petersburg Institute of Early Intervention;
Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
S.t Petersburg, Russia

Abstract

Background. Early intervention services for children and their families are provided to children with disabilities or children at risk. Specialists are faced with the task of determining the eligibility of the child to receive early intervention services.

Aim. To develop a tool for determining the needs of the child and his family in early intervention services based on the ICF, to conduct a study of its effectiveness.

Materials and methods. The study included an analysis of the available tools, the selection of ICF codes corresponding to the level of development of young children; the development of a checklist and a procedure for assessing the functioning of a child; the experimental use of a checklist.

Results. One hundred and thirty specialists who regularly use the new checklist completed the survey. As a result, 102 second-level codes of the ICF were included in the checklist, including 67 to describe activity and participation, 10 from environmental factors, 25 from body functions.

Conclusion. The checklist and the algorithm for conducting the assessment allow to describe the functioning of the child, identify the disabilities and achieve the main goal - to determine whether the child and his family need early intervention services, as well as obtain information for planning further assessment procedures, to involve the family in the assessment

Key words: *Early intervention for children and families, ICF, assessment of eligibility for early intervention services.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Samarina Larisa Vitalievna, telephone number 8 931 382 53 39 ORCID 0000-0002-8331-1335, eLIBRARY SPIN code: 9766-2368, e-mail: samalarissa@gmail.com

Введение. Ранняя помощь, как система поддержки, нацелена на детей раннего возраста, имеющих ограничения жизнедеятельности, и их семей. Определение права на получение услуг ранней помощи ставит перед специалистами задачу оценки функционирования ребенка в возрасте от рождения до 3 лет уже на первой встрече с семьей. Выявленные у ребенка ограничения жизнедеятельности или наличие факторов риска их развития позволяют специалистам сделать заключение о нуждаемости ребенка и его семьи в услугах ранней помощи. Оценка функционирования требует наличия инструмента, основанного на МКФ и биопсихосоциальном подходе, и позволяющего релевантно описать активность и участие ребенка раннего возраста, учитывать специфику его здоровья, особенности функций организма, а также наличие и степень влияния на функционирование ребенка факторов окружающей среды. Оценка с использованием данного инструмента должна способствовать составлению достоверного заключения о нуждаемости ребенка и семьи в услугах ранней помощи. В настоящее время имеются данные о разработанных для первичной оценки функционирования ребенка наборах кодов МКФ и чек-листах МКФ, которые используются для научных исследований и пока не получили применения в Российской Федерации.

Цель. Разработать инструмент определения нуждаемости ребенка и его семьи в услугах ранней помощи, провести исследование его эффективности.

Материалы и методы. Исследование проводилось в Санкт-Петербургском институте раннего вмешательства. На первом этапе исследования были проанализированы имеющиеся наборы кодов, чек-листы и МКФ. На втором этапе исследования из полного набора кодов МКФ были выбраны коды второго уровня, соответствующие уровню развития детей младше 3-х лет, и был разработан чек-лист. Чек-лист включает в себя 5 разделов. Раздел 1 позволяет описать активность и участие ребенка, а также определить наличие и степень выраженности у него трудностей функционирования в 9 областях, обозначенных в МКФ. Оценка активности и участия производится на основе структурированного наблюдения и практических пробах специалиста, опросе родителей. В раздел 2 включены пункты для фиксации информации о функциях и структурах организма ребенка, которая собирается на основе изучения медицинских документов и опроса родителей. Раздел 3 направлен на изучение факторов окружающей среды, влияющих на функционирование ребенка. Раздел 4 является описательным и содержит информацию о личностных особенностях ребенка, которые выясняются на основе структурированного наблюдения за ребенком и беседой с родителями. Раздел 5 предназначен для фиксирования истории здоровья ребенка. Заключительная часть чек-листа содержит выводы специалистов о наличии у ребенка ограничений жизнедеятельности и нуждаемости ребенка в услугах ранней помощи. Третий этап исследования включал в себя экспериментальное использование чек-листа в течение 6 месяцев 135 специалистами ранней помощи из 14 городов Российской Федерации. Каждый специалист провел не менее 20 первичных оценок с использованием данного чек-листа. 130 специалистов участвовали в опросе об эффективности использования чек-листа для определения нуждаемости ребенка и семьи в услугах ранней помощи.

Результаты исследования. Сто тридцать специалистов ранней помощи, регулярно использующие новый чек-лист, завершили опрос. В результате 102 кода второго уровня МКФ были включены в чек-лист, в том числе 67 - для описания активности и участия, 10 - из факторов окружающей среды, 25 - из функций организма.

Заключение. Чек-лист и алгоритм проведения оценки позволяет описать функционирование ребенка, выявить наличие ограничений жизнедеятельности и достичь основной цели – определить нуждается ли ребенок и его семья в услугах ранней помощи, а также получить информацию для планирования дальнейших оценочных процедур, включить в оценку семью. При этом новый чек-лист использует МКФ в качестве концептуальной основы и опирается на современный функциональный подход к измерению функционирования ребенка. Однако необходима дальнейшая проверка чек-листа и изучение его клинической полезности для системы ранней помощи.

Источник финансирования: АНО ДПО «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства»

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Yi-Ling Pan, Ai-Wen Hwang, Rune J. Simeonsson, Lu Lu, and Hua-Fang Liao. ICF-CY code set for infants with early delay and disabilities (EDD Code Set) for interdisciplinary assessment: a global experts survey. *Disability and Rehabilitation an International multidisciplinary journal*, volum 37, 2015 – Issue 12. Accessed February 29,2020 (In Engl.) <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288.2014.952454>

УДК 364.24

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ В РАННЕЙ ПОМОЩИ

Григорова Ю.А.

Государственное автономное учреждение социального обслуживания «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Талисман» города Екатеринбурга»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) для проведения комплексной оценки ребенка, семьи, разработки индивидуальной программы ранней помощи позволяет выработать единый подход к оказанию услуг ранней помощи медицинскими, педагогическими, социальными работниками.

Цель. Основными целями деятельности по предоставлению услуг ранней помощи являются проведение оценки нарушенных функций с помощью МКФ.

Материалы и методы. МКФ рассматривается в качестве международного стандарта для описания и оценки функционирования человека в повседневной деятельности. МКФ в ранней помощи позволяет осуществлять эффективное междисциплинарное взаимодействие между специалистами разного профиля на основе единой системы понятий – категорий МКФ. Применение в работе специалистов служб ранней помощи функционального подхода направлено на развитии у ребенка раннего возраста способностей выполнять разные задачи, встающие перед ним в основных жизненных сферах. Специалисты службы ранней помощи выстраивают деятельность по оказанию услуг ранней помощи с применением функционального подхода на всех этапах сопровождении семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста.

Результаты. Использование инструментов МКФ в системе ранней помощи детям и их семьям дает возможность реализовать единый подход к оценке состояния ребенка и семьи и в процессе формирования навыков, необходимых ему в повседневной жизни всем участникам реализации услуг ранней помощи.

Заключение. Работа в рамках функционального подхода предполагает, что специалисты знают и умеют применять в работе Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), опираются на активность ребенка, увеличивают его вовлеченность. Семья, воспитывающая ребенка с ограничениями жизнедеятельности, эффективно взаимодействует с ребенком в повседневной жизни и социуме, опирается на его собственную активность в естественных жизненных ситуациях.

Ключевые слова: *ранняя помощь, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), индивидуальная программа ранней помощи, междисциплинарная команда специалистов.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Григорова Юлия, государственное автономное учреждение социального обслуживания «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Талисман» города Екатеринбурга» 620010 Россия, Екатеринбург, ул. Грибоедова 14а, +79506331727 juliagrigorova77@rambler.ru

APPLICATION OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH IN EARLY CHILDHOOD INTERVENTION

Grigorova Ju.A.

State autonomous social service institution "Rehabilitation center for children and adolescents with disabilities "Talisman" of the city of Yekaterinburg"
Yekaterinburg, Russia

Abstract

Background. The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for a comprehensive assessment of a child, family, and the development of an individual early care program allows us to develop a unified approach to the provision of early care services by medical, pedagogical, and social workers.

Aim. The main goals of early care services are to assess impaired functions using the ICF.

Materials and methods. The ICF is considered an international standard for describing and evaluating human functioning in everyday activities. International film festival in early intervention allows for effective interdisciplinary interaction between specialists in different fields on the basis of a unified system of concepts and categories of the ICF. The use of a functional approach in the work of specialists in early care services is aimed at developing the ability of a young child to perform various tasks that face him in the main areas of life. Specialists of the early care service build activities for the provision of early care services using a functional approach at all stages of support for a family raising an early age child.

Results. The use of ICF tools in the system of early assistance to children and their families makes it possible to implement a unified approach to assessing the state of the child and family and in the process of developing the skills necessary for them in everyday life for all participants in the implementation of early assistance services.

Conclusion. Working within the framework of the functional approach assumes that specialists know and are able to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in their work, rely on the activity of the child, and increase their involvement. A family that raises a child with disabilities effectively interacts with the child in everyday life and society, and relies on their own activity in natural life situations.

Key words: *early childhood intervention, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), individual program early childhood intervention, interdisciplinary team of specialists.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Grigorova Julia, state autonomous social service institution "Rehabilitation center for children and adolescents with disabilities "Talisman" of the city of Yekaterinburg", +79506331727 e-mail: juliagrigorova77@rambler.ru, 620010 Russia, Yekaterinburg, Griboedova 14A

Введение. В соответствии с Концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации, современные подходы к оказанию ранней помощи семьям, воспитывающим детей от 0 до 3 лет с ограничениями жизнедеятельности или риском их возникновения, базируются на включение ребенка в естественные жизненные ситуации с учетом его функциональных возможностей, а так же на повышение родительской компетентности в вопросах развития и воспитания ребенка [2]. В связи с этим, изменения в подходах к построению и реализации программ ранней помощи, направлены на то, чтобы обеспечить развитие и функционирование ребенка, поддержку и обучение его семьи в критически важные первые годы жизни ребенка. Все услуги и виды поддержки направлены на улучшение повседневной жизни ребенка и семьи и включены в их естественную повседневную жизнь.

Цель. Основными целями деятельности по предоставлению услуг ранней помощи являются проведение оценки нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности ребенка, построение программ ранней помощи, направленных на нормализацию жизни ребенка и семьи, а так же последующую интеграцию ребенка в образовательное пространство. Для реализации поставленных целей применяется Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). МКФ - это инструментарий, целью которого является выработка единого подхода к определению индивидуального профиля функционирования человека в контексте средовых и персональных факторов.

Материалы и методы. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) рассматривается в качестве международного стандарта для описания и оценки функционирования человека в повседневной деятельности [3]. Данная классификация базируется на биопсихосоциальном подходе, которой рассматривает функционирование как интегративный показатель здоровья человека на уровне организма (состояние его структуры и функций), на уровне адаптивного поведения (активности) и участия в социальных ситуациях при учете влияния контекста (факторов внешней среды и личностных факторов). МКФ позволяет осуществлять

эффективное междисциплинарное взаимодействие между специалистами разного профиля на основе единой системы понятий – категорий МКФ. Так же важно отметить, что МКФ дает возможность специалистам оценить не только степень выраженности ограничения жизнедеятельности, но и сильные стороны ребенка, на которых возможно построить программу помощи. При оказании услуг ранней помощи с применением МКФ на первый план выходит функциональный подход, под которым понимается, что работа ведется с окружающей средой, помогающей ребенку максимально стать самостоятельным.

Переход в ранней помощи к функциональной модели оказания помощи семье направлен на улучшение способностей ребенка выполнять задачи, встающие в повседневной жизни, обеспечение максимальной активности и участия ребенка в повседневных жизненных ситуациях. При этом развитие у ребенка способности участвовать в различных социальных ситуациях рассматривается как наиболее значимая цель программ помощи семье и ребенку. Применение в работе специалистов служб ранней помощи функционального подхода направлено на развитие у ребенка раннего возраста способностей выполнять разные задачи, встающие перед ним в основных жизненных сферах, таких как:

получение и применение знаний, нужных для игры, общения, творчества и пр.;

выполнение задач, простых и сложных, управление своим поведением, адаптация к изменениям в жизни;

общение с разными людьми в различных ситуациях для выполнения совместных дел, разделения информации, достижения взаимопонимания;

забота о своем здоровье, в частности распознавание и сигнализация о факторах, ухудшающих здоровье, таких как боль, голод, усталость, холод;

уход за своим телом и освоение таких умений, как умывание и мытье рук, чистка зубов, причесывание, одевание-раздевание и пр., помощь в повседневных делах;

совершение различных движений: крупных, необходимых для поддержания позы во время еды, игры и передвижения в пространстве; мелких, необходимых для ухода за своим телом, творчества, игры и пр.;

установление и развитие отношений с другими людьми;

участие в различных общественных мероприятиях: детских праздниках, спортивных играх [4].

Специалисты службы ранней помощи ГАУ «РЦ «Талисман» г. Екатеринбурга» выстраивают деятельность по оказанию услуг ранней помощи с применением функционального подхода на всех этапах сопровождения семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста.

Предоставление услуг ранней помощи проходит по следующей схеме:

определение нуждаемости ребенка и семьи в ранней помощи;

проведение оценочных процедур и разработка индивидуальной программы ранней помощи;

реализация индивидуальной программы ранней помощи;

оценка эффективности индивидуальной программы ранней помощи.

На этапе определения нуждаемости ребенка и семьи в ранней помощи, специалисты, совместно с родителями, изучают повседневную жизнь ребенка, проводят анализ повседневных ситуаций (рутин), в которых ребенок испытывает трудности, определяют ситуации, в которых ребенок проявляет активность.

Оценочные процедуры включают оценку развития ребенка, оценку его функционирования, которая осуществляется по категориям МКФ и основана на изучении рутин повседневной жизни по следующим областям:

d1 Обучение (научение) и применение знаний

d2 Общие задачи и требования

d3 Коммуникация

d4 Мобильность

d5 Забота о себе

d6 Бытовая жизнь

d7 Межличностное взаимодействие

d8 Основные жизненные сферы (игра)

d9 Жизнь в сообществах

В результате выявленных ограничений жизнедеятельности, специалисты принимают решение о включении семьи в программу ранней помощи.

На этапе реализации индивидуальной программы ранней помощи проходит развитие жизненно важных навыков в соответствии с задачами этапа реализации ИПРП в естественных жизненных ситуациях, в семье. Для каждой семьи составляется индивидуальная программа помощи, её

интенсивность и продолжительность определяется в зависимости от возможностей и потребностей ребёнка и семьи.

Как показывает практика, ребенок является активным исследователем окружающего мира, обучение ребенка гораздо эффективнее, если специалисты опираются на собственную активность и вовлеченность ребенка. Это влечет за собой и изменение подходов к оказанию помощи ребенку в ситуациях: игры, кормления, перемещения, переодевания. Специалисты поощряют ребенка быть активным, помогают действовать самостоятельно, целенаправленно формируют у него нужные навыки. Задача специалиста службы ранней помощи - помочь развить способности детей, включенных в программы ранней помощи, учитывая особенности здоровья и окружающей среды.

Промежуточная и итоговая оценка развития ребенка проводится по категориям МКФ с использованием тех же инструментов, что и при оценке перед составлением ИПРП, а также с использованием дополнительных инструментов, например, интервью родителей.

Результаты исследования. Таким образом, использование инструментов МКФ в системе ранней помощи детям и их семьям дает возможность реализовать единый подход к оценке состояния ребенка и семьи и в процессе формирования навыков, необходимых ему в повседневной жизни всем участникам реализации услуг ранней помощи. Применение данного подхода позволяет специалистам службы ранней помощи, совместно с семьей, подобрать специальные методы, которые будут эффективны для обучения ребёнка, организовать участие ребёнка в семейных ежедневных рутинных, обеспечивающих не только физическое присутствие, но и включение ребёнка в деятельность. В ходе реализации программ ранней помощи семья приобретает знания об эффективных стилях взаимодействия, воспитания и использует их на практике. Применение данных знаний приводит к изменению домашней обстановки так, чтобы обеспечить собственную активность ребенка.

Заключение. Работа в рамках функционального подхода предполагает, что специалисты знают и умеют применять в работе Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), опираются на активность ребенка, увеличивают его вовлеченность. Семья, воспитывающая ребенка с ограничениями жизнедеятельности, эффективно взаимодействует с ребенком в повседневной жизни и социуме, опирается на его собственную активность в естественных жизненных ситуациях.

Авторы подтверждают отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Казьмин А.М., Перминова Г.А., Чугунова А.И. Прикладное значение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (краткий обзор литературы), Журнал «Клиническая и специальная психология»; 2014. № 2. [Kaz'min A.M., Perminova G.A., Chugunova A.I. Prikladnoe znachenie Mezhdunarodnoi klassifikatsii funktsionirovaniya, ogranichenii zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya detei i podrostkov (kratkiy obzor literatury), Zhurnal "Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya"; 2014. № 2. (In Russ.)]

2. Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года: распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р. – URL: <https://www.consultant.ru/law/hotdocs/47348.html> (дата обращения: 17.02.2020). [Kontseptsiya razvitiya rannei pomoshchi v Rossiiskoi Federatsii na period do 2020 goda: rasporyazhenie Pravitel'stva Rossiiskoi Federatsii ot 31 avgusta 2016 g. № 1839-r. – URL: <https://www.consultant.ru/law/hotdocs/47348.html> (data obrashcheniya: 17.02.2020). (In Russ.)]

3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с. [World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2001. – p. 342 (In Russ.)]

4. Построение программ раннего вмешательства на основе международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья / Самарина Л. В. // Нормализация жизни и социальное сопровождение детей и взрослых с нарушениями в развитии [Социальное обслуживание семей и детей: научно- методический сборник]. // под ред. В.Л. Рыскиной. – СПб.: СПбГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья», 2015. – вып. 6 – С.47-58. [Postroenie programm rannego vmeshatel'stva na osnove mezhdunarodnoi klassifikatsii funktsionirovaniya, ogranichenii zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya / Samarina L. V. // Normalizatsiya zhizni i sotsial'noe soprovozhdenie detei i vzroslykh s narusheniyami v razvitii [Sotsial'noe obsluzhivanie semei i detei: nauchno- metodicheskii sbornik]. // pod red. V.L. Ryskinoi. – SPb.: SPbGBU "Gorodskoi informatsionno-metodicheskii tsentr "Sem'ya", 2015. – vyp. 6 – S.47-58. (In Russ.)]

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ В КАТЕГОРИИ
«СПОСОБНОСТЬ К ОБУЧЕНИЮ»**Вольнец Г.В.¹, Никитин А.В.^{1,2}¹ ОСП НИКИ педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава Россия² ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»
Москва, Россия**Аннотация**

Введение. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), которая принята Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2001 г., и Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДП), утвержденная в 2007 г., объединённые на совещании Functioning and Disability Reference Group, ВОЗ (Мадрид, июнь 2010г.), а их объединение было одобрено ВОЗ (Торонто, октябрь 2010 г.) и включено в Международную группу классификаций (Family of International Classifications), выделяют структуры организма – его анатомические части, такие как органы, конечности и их составляющие, и функции организма – физиологические функции систем организма. При этом нарушениями считаются проблемы, возникающие в структурах или функциях, такие как их существенное отклонение или утрата. МКФ рассматривает понятие «Жизнедеятельность» как выполнение человеком определённого действия или задачи, комплекса деятельности в той или иной жизненной ситуации. Ограничение жизнедеятельности – это нарушения, ограничения активности или ограничения возможности участия, т.е. трудности, возникающие при выполнении определенных действий или задач. Под ограничениями жизнедеятельности у детей понимается отклонение от нормы деятельности ребенка в различные возрастные периоды вследствие нарушения функционального состояния организма, которое ограничивает его способность выполнять определенный комплекс интегрированной деятельности. К ограничениям жизнедеятельности ребенка могут приводить стойкие расстройства функций организма, обусловленные заболеваниями, последствиями травм и дефектами. Согласно утверждённому приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации классификации и критериям, используемым при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, к социально значимым категориям жизнедеятельности детей относятся: способность к передвижению, которую МКФ рассматривает как «Мобильность»; способность к самообслуживанию, которую МКФ рассматривает как «Самообслуживание» и «Бытовая жизнь»; способность к обучению, которую МКФ рассматривает как «Обучение и применение знаний»; способность к общению, которую МКФ рассматривает как «Общение»; способность к ориентации, способность контролировать своё поведение. Многие функции организма одновременно обеспечивают деятельность нескольких сфер жизни. Это говорит о тесной взаимосвязи различных категорий жизнедеятельности, обусловленной тем, что одни и те же функции организма отвечают за различные сферы деятельности человека. Процессы, определяющие развитие познавательной деятельности, поведения и личности ребёнка, интенсивно формируются уже в младенческом возрасте в условиях постоянного взаимодействия с окружающим миром. С момента рождения включаются нейрофизиологические механизмы восприятия, запечатления и анализа информации. Даже в самом раннем возрасте перцептивные системы дают младенцу достаточно информации, чтобы на её основе он мог попытаться решить реальную двигательную задачу. И только после многократных повторений различных движений, служащих решению определённой задачи, возникают стабильные двигательные навыки. А сформированность навыка – есть обучение. Анализ возрастного развития двигательной активности ребёнка показывает, что движения у детей связаны с организацией и реализацией функциональных систем мозга. Процесс формирования и характер образования двигательных навыков различаются в зависимости от многих условий, сопровождающих деятельность, таких как цель деятельности, структурные особенности поставленных задач, тип задаваемой инструкции, возраст и особенности функционального развития ребёнка, внешние и внутренние факторы. Для того чтобы научиться писать, нужно уметь хорошо держать карандаш (ручку). Письмо – это сложное двигательное действие, кроме того – инструментальное двигательное действие. С 3 лет линии при рисовании становятся более определёнными, менее разбросанными и не повторяются бессмысленно. Улучшается координация при выполнении вертикальных движений, но ещё плохо выполняются имитационные движения. Овалы (самые трудные элементы) неровные, но на рисунках их уже много. В 3 года ребёнок может скопировать круг. В 3,5-4 года ребёнок уже умеет держать карандаш и довольно свободно им манипулировать. К этому возрасту совершенствуется координация движений и зрительно-пространственное восприятие, что позволяет детям хорошо копировать. При рисовании они передают пропорции фигур, ограничивают протяжённость линий и рисуют их относительно параллельными.

Дети пытаются писать буквы. В 4 года ребёнок может скопировать пересекающиеся линии, соблюдая размеры и соотношения штрихов. В 5 лет, вследствие изменения способа держать ручку, хорошо выполняются горизонтальные и вертикальные штрихи. Дети могут ограничивать длину штриха, способны выполнять вертикальные, горизонтальные и циклические движения, линии становятся ровными, чёткими. К 5 годам сформированы основные компоненты графических движений – вертикальные и горизонтальные линии, овалы, круги, но они ещё нестабильны, плохо регулируется их размерность, соотношение элементов, линии ещё недостаточно чёткие, много дополнительных штрихов. Ребёнок всё больше пытается писать буквы. В 5 лет дети способны скопировать квадрат, а в 5,5 лет – треугольник. В 6 лет дети хорошо копируют геометрические фигуры, соблюдая их размер и пропорции. К концу дошкольного возраста особое значение приобретает мотивационная готовность к учению в школе. Рисование тренирует память и пространственное восприятие, создаёт основу для успешного обучения письму. В 6-7 лет начинается собственно формирование навыка письма. Способность произвольно регулировать основные параметры движений кисти при письме, варьировать темп, скорость и качество движений достигается ребёнком к 9-10 годам. К этому возрасту продолжительность выполнения отдельных движений кисти при письме сокращается почти в 3 раза. Внимание – когнитивная способность, заключающаяся в возможности сосредоточиться на определённом объекте, явлении, процессе, представляющихся наиболее интересными или важными. Оно даёт возможность концентрации восприятия или интеллектуальной деятельности и является важнейшей составляющей познавательной сферы. В системе зрительного восприятия качественные перестройки его мозговой организации приходятся на период от 3-4 до 6-7 лет. К 6-7 годам практические манипуляции с объектом в виде зрительных и осязательных обследований (схватывание, ощупывание), присущих детям первого года жизни, становятся более организованными и систематичными. Происходит сокращение прослеживающих глазных движений при опознавании объектов, всё большую роль приобретают микродвижения глаз, формируется дифференцированный и более адекватный сенсорный образ предметов. К 7 годам достигается определённый уровень интеллектуализации процессов восприятия. Двигательная и интеллектуальная сферы ребёнка тесно взаимосвязаны. «Новизна», как основной возбудитель внимания, сохраняет своё значение и в период от 3 до 6 лет и является ведущим фактором развития познавательной деятельности. В возрасте около 4 лет отмечается всплеск интереса к новому, активный поиск новизны. К имевшемуся предпочтению новизны, добавляется стремление к разнообразию. В возрасте от 4 до 7 лет идёт быстрое нарастание объёма внимания. Поведенческая реакция на «очень интересное новое» проявляется в застывании с открытым ртом и фиксации глазами предмета (ввод информации). В возрасте 3-5 лет при появлении незнакомых абстрактных стимулов дети ограничиваются их общим осмотром и беглым впечатлением, так как система зрительного восприятия ещё носит определённые черты незрелости. Недостаточность процессов переработки и оценки информации компенсируется эмоциональной активацией. В 5-6 лет идёт быстрое нарастание объёма внимания. Отмечается переход от параметра «новизны» как основного возбудителя внимания к формированию внимания на основе оценки набора признаков и выбора наиболее значимого из них в данной конкретной ситуации. Создаются условия для углубленного восприятия предметов, оперирования большим набором признаков. Снижается вклад эмоциональной активации в процесс внимания. Возраст 6-7 лет считается сенситивным для формирования информационных процессов, составляющих основу познавательной деятельности. К 6-7 годам происходит совершенствование организации системы восприятия, которая к началу обучения в школе достигает достаточно высокого уровня, но её возможности ещё ограничены. Запоминание и опознавание геометрических фигур в этом возрасте осуществляется по типу взрослого, а идентификация и различение букв могут быть ещё затруднены. Ребёнок 6-7 - летнего возраста воспринимает не менее 5 слов из 10; после 3-4 прочтений воспроизводит 9-10 слов; через один час забывает не более 2 слов, воспроизводившихся раньше (показатель механической памяти). У ребёнка 6-7 лет развито пространственное мышление: он ориентируется в тестовых схемах лабиринта, отражающего последовательность пути для решения определённых задач. У него сформировано словесно-логическое мышление: ребёнок понимает смысл изображенного на картинке сюжета, может выделить главное и выразить это в виде устной речи. Ребёнок выстраивает из серии 3-4 рисунков последовательный ряд событий, показывая понимание причинно-следственных связей. Он может выделять группы предметов по функциональному признаку и давать им обобщенные названия (например, мебель, одежда), по внешнему признаку («все большие» или «они красные»), по ситуативным признакам (шкаф и платье объединяются в одну группу). Ему что «платье висит в шкафу»), что показывает его способность к обобщению и абстрагированию, последовательности умозаключений.

Цель. Разработать систему определения ограничений жизнедеятельности в категории «обучение и применение знаний» у детей дошкольного возраста. **Материалы и методы:** Для разработки степени ограничений жизнедеятельности у детей в категории «обучение и применение знаний» анализировался комплекс показателей, характеризующих способность

целенаправленно использовать органы чувств при обучении (использование зрения, использование слуха, целенаправленное использование других ощущений), базисные навыки при обучении (копирование, повторение, усвоение навыков чтения, усвоение навыков письма, усвоение навыков счёта), приобретение практических навыков (приобретение простых навыков, приобретение сложных навыков), применение знаний (концентрация внимания, мышление, чтение, письмо, вычисление), решение проблем (решение простых проблем, решение сложных проблем), принятие решений. Способность самостоятельно выполнять какое-либо действие в соответствии с возрастной нормой соответствует 3 баллам. Если какой-либо навык не выполняется в том возрасте, когда он должен выполняться ребёнком (или отставание в его выполнении на один возрастной период), он оценивается в 2 балла. Отставание в освоении (выполнении) ребёнком определенного навыка на два возрастных периода оценивается в 1 балл, на три возрастных периода — в 0 баллов. Тестирование проводится за три возрастных периода, предшествующих возрасту ребенка на момент его проведения. Под возрастным периодом понимается: • у детей в возрасте 0-3 года один возрастной период — это один эпикризный срок (т.е. 3, 6, 9, 12, 18 месяцев, 2 года, 2,5 года, 3 года)*; • у детей в возрасте от 3 до 7 лет один возрастной период — 1 год (т.е. 4 года, 5 лет, 6 лет, 7 лет); • затем возраст 10 лет; • возраст 15 лет; • возраст 17 лет включительно. После этого проводится вычисление суммарного показателя степени нарушений каждого критерия, характеризующего способности, относящиеся к рассматриваемым категориям жизнедеятельности. Суммарное количество набранных при тестировании баллов для каждого возрастного периода рассчитывается в процентном отношении к возрастной норме баллов.

Результаты. Разработана балльная система определения степени ограничений в социально значимых категориях жизнедеятельности детей различного возраста на основе Международной классификации ограничений жизнедеятельности и здоровья. В результате работы получена модель объективного определения степени ограничений жизнедеятельности у детей, которую можно использовать при медико-социальной экспертизе с целью установления категории «ребёнок-инвалид», а также для разработки индивидуальной программы медико-социальной реабилитации, что позволяет совершенствовать этапность реабилитационных мероприятий и планомерно и упорядоченно развивать реабилитационную индустрию, что, в итоге, позволит максимально эффективно интегрировать пациентов с ограниченными возможностями в общество и повысить не только их активность, но и коэффициент участия в различных жизненных ситуациях.

Заключение. Разработанная балльная система определения ограничений в жизнедеятельности в категории «обучение и применение знаний» у детей дошкольного возраста (от 3 до 7 лет) позволяет объективно оценивать способности ребенка к обучению в школе, а также выявить имеющиеся нарушения с целью проведения этапной абилитации и реабилитации для подготовки к обучению в школе, использовать их при проведении медико-социальной экспертизы и оценки эффективности реабилитационных мероприятий. Это, в итоге, позволит максимально эффективно интегрировать пациентов с ограниченными возможностями в общество и повысить не только их активность, но и коэффициент участия в различных жизненных ситуациях.

Ключевые слова: Дети, балльная система, ограничение жизнедеятельности.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Волынец Галина Васильевна, д.м.н, телефон: +7(495) 483-41-92 ORCID iD - 0000-0002-5413-9599 volynec_g@mail.ru. eLibrary SPIN: 5529-2970,

Никитин Артём Вячеславович, к.м.н., +7(915) 474-76-74 ORCID iD - 0000-0001-8837-9243 eLibrary SPIN: 8098-7447 artem_i_am@mail.ru

DETERMINING THE DISABILITY IN CHILDREN IN THE “LEARNING ABILITY” CATEGORY

Volynets G.V.¹, Nikitin A.V.^{1,2}

¹ Veltischev Research and Clinical Institute for Pediatrics of the Pirogov Russian National Research Medical University

² Morozov Children's Clinical Hospital, Moscow Department of Health
Moscow, Russia

Abstract

Background. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), adopted by the World Health Organization (WHO) in 2001, and the International Classification of Functioning, Disability and Health of Children and Adolescents (ICF-AP), approved in 2007, combined at a meeting of the Functioning and Disability Reference Group, WHO (Madrid, June 2010), and their association was approved by WHO (Toronto, October 2010) and included in the Family of International Classifications, the body structures are distinguished - it anatomicheskie parts such as organs, limbs and their components, and functions of the body - the physiological functions of body systems. In this case, problems that arise in structures or functions, such as their significant deviation or loss, are

considered violations. The ICF considers the concept of “Vital Activities” as a person performing a specific action or task, a set of activities in a particular life situation. Disability is a violation, restriction of activity or restriction of participation, i.e. difficulties arising from the performance of certain actions or tasks. Under the limitations of life in children is understood a deviation from the norm of the child's activity at various age periods due to a violation of the functional state of the body, which limits its ability to perform a certain complex of integrated activities. Persistent dysfunctions of the body functions caused by diseases, consequences of injuries and defects can lead to the limitations of the child's life. According to the classification and criteria used in the medical and social examination of citizens by federal state medical and social examination institutions, approved by the order of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, socially significant categories of children's life include: mobility, which the ICF considers as “Mobility”; self-service ability, which the ICF considers as “Self-service” and “Domestic life”; learning ability, which the ICF views as “Learning and applying knowledge”; the ability to communicate, which the ICF views as “Communication”; ability to orientate, ability to control one's behavior. Many functions of the body simultaneously provide the activity of several spheres of life. This suggests a close relationship between different categories of life, due to the fact that the same body functions are responsible for different spheres of human activity. The processes that determine the development of cognitive activity, behavior and personality of a child are intensively formed already in infancy under conditions of constant interaction with the outside world. From the moment of birth, neurophysiological mechanisms of perception, recording and analysis of information are included. Even at a very young age, perceptual systems give the baby enough information so that on its basis he can try to solve a real motor problem. And only after repeated repetitions of various movements that serve the solution of a particular problem, do stable motor skills arise. And the formation of a skill is training. An analysis of the age-related development of the motor activity of the child shows that movements in children are associated with the organization and implementation of the functional systems of the brain. The process of formation and the nature of the formation of motor skills differ depending on many conditions that accompany the activity, such as the purpose of the activity, the structural features of the tasks, the type of instructions given, the age and characteristics of the child's functional development, and external and internal factors. In order to learn how to write, you need to be able to hold a pencil (pen) well. Writing is a complex motor action, in addition - an instrumental motor action. From 3 years old, the lines when drawing become more defined, less scattered and do not repeat meaninglessly. Coordination is improved when performing vertical movements, but simulation movements are still poorly performed. Ovals (the most difficult elements) are uneven, but there are already a lot of them in the drawings. At 3 years old, the child can copy the circle. At 3.5-4 years, the child already knows how to hold a pencil and manipulate it quite freely. By this age, coordination of movements and visual-spatial perception is improved, which allows children to copy well. When drawing, they convey the proportions of the figures, limit the length of the lines and draw them relatively parallel. Children are trying to write letters. At 4 years old, a child can copy intersecting lines, observing the size and ratio of strokes. At 5 years old, due to a change in the way the handle is held, horizontal and vertical strokes are well performed. Children can limit the length of the stroke, are able to perform vertical, horizontal and cyclic movements, the lines become smooth, clear. Aim: To develop a system for determining disabilities in the category of “training and application of knowledge” in preschool children.

Materials and methods. To develop the degree of disability in children in the category “learning and application of knowledge”, we analyzed a set of indicators characterizing the ability to purposefully use the senses in learning (using vision, using hearing, purposeful use of other senses), basic skills in learning (copying, repetition, assimilation reading skills, mastery of writing skills, mastery of counting skills), the acquisition of practical skills (the acquisition of simple skills, the acquisition of complex avykov), the application of knowledge (the concentration of attention, thinking, reading, writing, calculation), problem solving (solving simple problems, the solution of complex problems), decision-making. The ability to independently perform any action in accordance with the age norm corresponds to 3 points. If any skill is not performed at the age when it should be performed by the child (or lag in its performance by one age period), it is assessed at 2 points. The lag in the development (fulfillment) of a child by a certain skill for two age periods is estimated at 1 point, for three age periods - at 0 points. Testing is carried out for three age periods preceding the age of the child at the time of its conduct. Under the age period is understood: • in children aged 0-3 years, one age period is one epicrisis period (ie 3, 6, 9, 12, 18 months, 2 years, 2.5 years, 3 years) *; • in children aged 3 to 7 years, one age period is 1 year (ie 4 years, 5 years, 6 years, 7 years); • then the age of 10 years; • age 15 years; • age 17 years inclusive. After that, a total indicator of the degree of violations of each criterion characterizing the abilities related to the categories of life under consideration is calculated. The total number of points scored during testing for each age period is calculated as a percentage of the age norm of points.

Results. A point system for determining the degree of limitations in socially significant categories of life of children of different ages based on the International classification of disabilities and health has been developed. As a result of the work, a model was obtained for objectively determining the degree of disability in children, which can be used in medical and social examination to establish the category of “disabled child”, as well as to develop an individual program of medical and social rehabilitation, which allows to improve the stages of rehabilitation measures

and is planned and orderly develop the rehabilitation industry, which, as a result, will allow the most efficient integration of patients with disabilities into bschestvo and improve not only their activity, but also the participation rate in different situations.

Conclusion. The developed ballpoint system for determining life limitations in the category of “learning and applying knowledge” in preschool children (from 3 to 7 years) allows you to objectively assess the child's ability to learn at school, as well as identify violations in order to conduct stage habilitation and rehabilitation for preparation to study at school, use from when conducting medical and social examination and assess the effectiveness of rehabilitation measures. As a result, this will allow integrating patients with disabilities into society as efficiently as possible and increasing not only their activity, but also the participation rate in various life situations.

Key words: *Children, point system, disability*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

A.V. Nikitin, PhD, Phone: +7 9154747674, e-mail: artem_i_am@mail.ru, ORCIDiD - 0000-0001-8837-9243, eLibrary SPIN: 8098-7447

G.V. Volynets, MD, Phone: + 7-985-417-51-54, e-mail: volynec_g@mail.ru, ORCIDiD - 0000-0002-5413-9599, eLibrary SPIN: 5529-2970

Введение. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), которая принята Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2001 г., и Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДП), утвержденная в 2007 г., объединённые на совещании Functioning and Disability Reference Group, ВОЗ (Мадрид, июнь 2010г.), а их объединение было одобрено ВОЗ (Торонто, октябрь 2010 г.) и включено в Международную группу классификаций (Family of International Classifications), выделяют структуры организма – его анатомические части, такие как органы, конечности и их составляющие, и функции организма – физиологические функции систем организма. При этом нарушениями считаются проблемы, возникающие в структурах или функциях, такие как их существенное отклонение или утрата. МКФ рассматривает понятие «Жизнедеятельность» как выполнение человеком определённого действия или задачи, комплекса деятельности в той или иной жизненной ситуации. Ограничение жизнедеятельности – это нарушения, ограничения активности или ограничения возможности участия, т.е. трудности, возникающие при выполнении определенных действий или задач.

Под ограничениями жизнедеятельности у детей понимается отклонение от нормы деятельности ребенка в различные возрастные периоды вследствие нарушения функционального состояния организма, которое ограничивает его способность выполнять определенный комплекс интегрированной деятельности.

К ограничениям жизнедеятельности ребенка могут приводить стойкие расстройства функций организма, обусловленные заболеваниями, последствиями травм и дефектами. Согласно утверждённому приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации классификации и критериям, используемым при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, к социально значимым категориям жизнедеятельности детей относятся: способность к передвижению, которую МКФ рассматривает как «Мобильность»; способность к самообслуживанию, которую МКФ рассматривает как «Самообслуживание» и «Бытовая жизнь»; способность к обучению, которую МКФ рассматривает как «Обучение и применение знаний»; способность к общению, которую МКФ рассматривает как «Общение»; способность к ориентации, способность контролировать своё поведение.

Многие функции организма одновременно обеспечивают деятельность нескольких сфер жизни. Это говорит о тесной взаимосвязи различных категорий жизнедеятельности, обусловленной тем, что одни и те же функции организма отвечают за различные сферы деятельности человека.

Процессы, определяющие развитие познавательной деятельности, поведения и личности ребёнка, интенсивно формируются уже в младенческом возрасте в условиях постоянного взаимодействия с окружающим миром. С момента рождения включаются нейрофизиологические механизмы восприятия, запечатления и анализа информации. Даже в самом раннем возрасте перцептивные системы дают младенцу достаточно информации, чтобы на её основе он мог попытаться решить реальную двигательную задачу. И только после многократных повторений различных движений, служащих решению определённой задачи, возникают стабильные двигательные навыки. А сформированность навыка – есть обучение.

Анализ возрастного развития двигательной активности ребёнка показывает, что движения у детей связаны с организацией и реализацией функциональных систем мозга. Процесс формирования и характер образования двигательных навыков различаются в зависимости от многих условий, сопровождающих деятельность, таких как цель деятельности, структурные особенности поставленных задач, тип задаваемой инструкции, возраст и особенности функционального развития ребёнка, внешние и внутренние факторы. Для

того чтобы научиться писать, нужно уметь хорошо держать карандаш (ручку). Письмо – это сложное двигательное действие, кроме того – инструментальное двигательное действие.

С 3 лет линии при рисовании становятся более определёнными, менее разбросанными и не повторяются бессмысленно. Улучшается координация при выполнении вертикальных движений, но ещё плохо выполняются имитационные движения. Овалы (самые трудные элементы) неровные, но на рисунках их уже много. В 3 года ребёнок может скопировать круг. В 3,5-4 года ребёнок уже умеет держать карандаш и довольно свободно им манипулировать. К этому возрасту совершенствуется координация движений и зрительно-пространственное восприятие, что позволяет детям хорошо копировать. При рисовании они передают пропорции фигур, ограничивают протяжённость линий и рисуют их относительно параллельными. Дети пытаются писать буквы. В 4 года ребёнок может скопировать пересекающиеся линии, соблюдая размеры и соотношения штрихов. В 5 лет, вследствие изменения способа держать ручку, хорошо выполняются горизонтальные и вертикальные штрихи. Дети могут ограничивать длину штриха, способны выполнять вертикальные, горизонтальные и циклические движения, линии становятся ровными, чёткими. К 5 годам сформированы основные компоненты графических движений – вертикальные и горизонтальные линии, овалы, круги, но они ещё нестабильны, плохо регулируется их размерность, соотношение элементов, линии ещё недостаточно чёткие, много дополнительных штрихов. Ребёнок всё больше пытается писать буквы. В 5 лет дети способны скопировать квадрат, а в 5,5 лет – треугольник. В 6 лет дети хорошо копируют геометрические фигуры, соблюдая их размер и пропорции. К концу дошкольного возраста особое значение приобретает мотивационная готовность к учению в школе. Рисование тренирует память и пространственное восприятие, создаёт основу для успешного обучения письму. В 6-7 лет начинается собственно формирование навыка письма. Способность произвольно регулировать основные параметры движений кисти при письме, варьировать темп, скорость и качество движений достигается ребёнком к 9-10 годам. К этому возрасту продолжительность выполнения отдельных движений кисти при письме сокращается почти в 3 раза. Внимание – когнитивная способность, заключающаяся в возможности сосредоточиться на определённом объекте, явлении, процессе, представляющихся наиболее интересными или важными. Оно даёт возможность концентрации восприятия или интеллектуальной деятельности и является важнейшей составляющей познавательной сферы.

В системе зрительного восприятия качественные перестройки его мозговой организации приходятся на период от 3-4 до 6-7 лет. К 6-7 годам практические манипуляции с объектом в виде зрительных и осязательных обследований (схватывание, ощупывание), присущих детям первого года жизни, становятся более организованными и систематичными. Происходит сокращение прослеживающих глазных движений при опознавании объектов, всё большую роль приобретают микродвижения глаз, формируется дифференцированный и более адекватный сенсорный образ предметов. К 7 годам достигается определённый уровень интеллектуализации процессов восприятия. Двигательная и интеллектуальная сферы ребёнка тесно взаимосвязаны. «Новизна», как основной возбудитель внимания, сохраняет своё значение и в период от 3 до 6 лет и является ведущим фактором развития познавательной деятельности. В возрасте около 4 лет отмечается всплеск интереса к новому, активный поиск новизны. К имевшемуся предпочтению новизны, добавляется стремление к разнообразию. В возрасте от 4 до 7 лет идёт быстрое нарастание объёма внимания. Поведенческая реакция на «очень интересное новое» проявляется в застывании с открытым ртом и фиксации глазами предмета (ввод информации). В возрасте 3-5 лет при появлении незнакомых абстрактных стимулов дети ограничиваются их общим осмотром и беглым впечатлением, так как система зрительного восприятия ещё носит определённые черты незрелости. Недостаточность процессов переработки и оценки информации компенсируется эмоциональной активацией. В 5-6 лет идёт быстрое нарастание объёма внимания. Отмечается переход от параметра «новизны» как основного возбудителя внимания к формированию внимания на основе оценки набора признаков и выбора наиболее значимого из них в данной конкретной ситуации. Создаются условия для углубленного восприятия предметов, оперирования большим набором признаков. Снижается вклад эмоциональной активации в процесс внимания. Возраст 6-7 лет считается сенситивным для формирования информационных процессов, составляющих основу познавательной деятельности. К 6-7 годам происходит совершенствование организации системы восприятия, которая к началу обучения в школе достигает достаточно высокого уровня, но её возможности ещё ограничены. Запоминание и опознавание геометрических фигур в этом возрасте осуществляется по типу взрослого, а идентификация и различение букв могут быть ещё затруднены. Ребёнок 6-7 - летнего возраста воспринимает не менее 5 слов из 10; после 3-4 прочтений воспроизводит 9-10 слов; через один час забывает не более 2 слов, воспроизводившихся раньше (показатель механической памяти). У ребёнка 6-7 лет развито пространственное мышление: он ориентируется в тестовых схемах лабиринта, отражающего последовательность пути для решения определённых задач. У него сформировано словесно-логическое мышление: ребёнок понимает смысл изображенного на картинке сюжета, может выделить главное и выразить это в виде устной речи.

Ребёнок выстраивает из серии 3-4 рисунков последовательный ряд событий, показывая понимание причинно-следственных связей. Он может выделять группы предметов по функциональному признаку и давать им обобщенные названия (например, мебель, одежда), по внешнему признаку («все большие» или «они красные»), по ситуативным признакам (шкаф и платье объединяются в одну группу). О том, что «платье висит в шкафу», что показывает его способность к обобщению и абстрагированию, последовательности умозаключений.

Цель. Разработать систему определения ограничений жизнедеятельности в категории «обучение и применение знаний» у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы. Для разработки степени ограничений жизнедеятельности у детей в категории «обучение и применение знаний» анализировался комплекс показателей, характеризующих способность целенаправленно использовать органы чувств при обучении (использование зрения, использование слуха, целенаправленное использование других ощущений), базисные навыки при обучении (копирование, повторение, усвоение навыков чтения, усвоение навыков письма, усвоение навыков счёта), приобретение практических навыков (приобретение простых навыков, приобретение сложных навыков), применение знаний (концентрация внимания, мышление, чтение, письмо, вычисление), решение проблем (решение простых проблем, решение сложных проблем), принятие решений.

Способность самостоятельно выполнять какое-либо действие в соответствии с возрастной нормой соответствует 3 баллам. Если какой-либо навык не выполняется в том возрасте, когда он должен выполняться ребенком (или отставание в его выполнении на один возрастной период), он оценивается в 2 балла. Отставание в освоении (выполнении) ребенком определенного навыка на два возрастных периода оценивается в 1 балл, на три возрастных периода — в 0 баллов. Тестирование проводится за три возрастных периода, предшествующих возрасту ребенка на момент его проведения. Под возрастным периодом понимается: • у детей в возрасте 0-3 года один возрастной период — это один эпикризный срок (т.е. 3, 6, 9, 12, 18 месяцев, 2 года, 2,5 года, 3 года)*; • у детей в возрасте от 3 до 7 лет один возрастной период — 1 год (т.е. 4 года, 5 лет, 6 лет, 7 лет); • затем возраст 10 лет; • возраст 15 лет; • возраст 17 лет включительно. После этого проводится вычисление суммарного показателя степени нарушений каждого критерия, характеризующего способности, относящиеся к рассматриваемым категориям жизнедеятельности. Суммарное количество набранных при тестировании баллов для каждого возрастного периода рассчитывается в процентном отношении к возрастной норме баллов.

Результаты исследования. Разработана балльная система определения степени ограничений в социально значимых категориях жизнедеятельности детей различного возраста на основе Международной классификации ограничений жизнедеятельности и здоровья.

В результате работы получена модель объективного определения степени ограничений жизнедеятельности у детей, которую можно использовать при медико-социальной экспертизе с целью установления категории «ребёнок-инвалид», а также для разработки индивидуальной программы медико-социальной реабилитации, что позволяет совершенствовать этапность реабилитационных мероприятий и планомерно и упорядоченно развивать реабилитационную индустрию, что, в итоге, позволит максимально эффективно интегрировать пациентов с ограниченными возможностями в общество и повысить не только их активность, но и коэффициент участия в различных жизненных ситуациях.

Заключение. Разработанная балльная система определения ограничений в жизнедеятельности в категории «обучение и применение знаний» у детей дошкольного возраста (от 3 до 7 лет) позволяет объективно оценивать способности ребенка к обучению в школе, а также выявить имеющиеся нарушения с целью проведения этапной реабилитации и реабилитации для подготовки к обучению в школе, использовать их при проведении медико-социальной экспертизы и оценки эффективности реабилитационных мероприятий.

Это, в итоге, позволит максимально эффективно интегрировать пациентов с ограниченными возможностями в общество и повысить не только их активность, но и коэффициент участия в различных жизненных ситуациях.

**Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.
The authors declare no conflict of interest.**

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Амасьянц Р.А., Амасьянц Э.А. Интеллектуальные нарушения. Учебное пособие.-М., 2004.- 448с.
2. Антонова Т.Г., Вахрамеева И.А. О развитии реципрокного торможения в раннем онтогенезе человека // Материалы X научной возрастной морфологии, физиологии и биохимии. – 1971. – С. 32-33.
3. Бадалян Л.О. Детская неврология / Изд. Медпресс, 1998. – 607 с.

4. Бадалян Л.О., Заваденко Н.Н., Успенская Т.Ю. Синдромы дефицита внимания у детей // «Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева – СПб., 1993. - №3. – С. 74-90.
5. Балева Л.С., Лаврентьева Е.Б., Сипягина А.Е., Терлецкая Р.Н. и др. Методические основы перехода от «международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» к «международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья» для использования при установлении инвалидности у детей. Пособие для врачей.- М.,2002.- 14с.
6. Безруких М.М. Нейрофизиологические механизмы произвольных движений у детей (на модели письма). Дисс. ... докт. биол. наук. –М., 1994. – 484 с.
7. Бернштейн Н.А. О построении движений. М.: Медицина, 1947. – 255 с.
8. Вельтищев Ю.Е., Ветров В.П. Объективные показатели нормального развития и состояния здоровья ребёнка (нормативы детского возраста) // Российский вестник перинатологии и педиатрии (приложение) – 2000. – 96 с.
9. Власова И.Н., Лыскова Т.Ф., Прощагин В.С., Сидельникова М.Н. Методы комплексной оценки состояния здоровья детей раннего возраста. Учебно-методическое пособие. Нижний Новгород.-1999.- 39с.
10. Выготский Л.С. Психология развития ребенка.-М., 2004. - 512 с.
11. Выготский Л.С. Психология развития человека.-М., 2004. - 1136 с.
12. Гордеев В.И., Р.Г.Рахматуллина, Клыпина Л.В. и др. Шкала измерения социальной компетенцией Долла модифицированная (ШИСКДМ). (Методические рекомендации). – СПб., 1996.- 15с.
13. Демьянова Т.Г., Григорьянц Л.Я., Авдеева Т.Г., Румянцева А.Г. Наблюдение за глубоко недоношенными детьми на первом году жизни.-М., 2006.-148 с.
14. Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании: Хрестоматия.- М., 2001. - 447 с.
15. Доскин В.А., Мураенко Н.М., Тонкова-Ямпольская Р.В. Морфофункциональные константы детского организма: Справочник. – М.: Медицина, 1997. – 288 с.
16. Дыскин А.А. Критерии социальной дезадаптации детей с отклонениями в развитии // Педиатрия. - 1996. - №5. - С. 83-88.
17. Журба, Л.Т., Тимонина, О.В. Метод количественной оценки двигательных, речевых и психических функций ребенка для раннего выявления задержки возрастного развития: метод. Рекомендации. - М., 2001.-28 с.
18. Заболотных И.И., Николаева Н.В., Лобода Т.Б. и др. Ограничение жизнедеятельности у детей вследствие висцеральных и метаболических нарушений. Пособие.-СПб.,2001.-110с.
19. Заваденко Н.Н. Нарушение формирования устной и письменной речи у детей. Возможности их медикаментозной коррекции. Методическое пособие для врачей. -М., 2003.- 64с.
20. Запорожец А.В. Регуляция произвольных движений. М.: АПН РСФСР, 1960. – 429 с.
21. Кипхард Й. Эрнст. Как развивается ваш ребенок? - М., 2006.- 112с.
22. Косенкова Т.В., Шестакова В.Н., Авдеева Т.Г. и др. Нервнопсихическое развитие детей (Методическое пособие).- Смоленск, 2002. - 35с.
23. Критерии оценки ограничений жизнедеятельности в учреждениях МСЭ. – методические рекомендации (для работников учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитации). – Москва, 2001. – 35 с. - Лаврова Д.И., Либман Е.С., Пузин С.Н. и др.
24. Лаврова Д.И., Сивуха Т.А., Шабалина Н.Б., Сиротина Л.А. Использование клинико-функциональных показателей при медикосоциальной экспертизе детей // Медико-социальная экспертиза и реабилитация детей с ограниченными возможностями. -М.,2005- №1.- с.143-153.
25. Лебединский, В.В. Нарушение психического развития в детском возрасте: учебное пособие.- М., 2006. - 3-е изд.- 144 с.
26. Логопедия: Учебник для студентов дефектологических факультетов педагогических высших учебных заведений / Под ред. Л.С.Волковой, С.Н.Шаховской.-Изд.3-е.-М., 2003.-680с.
27. Луковцева З.В., Дементьева Г.М., Черноног И.Н. Методы оценки особенностей психического развития недоношенных детей первого года жизни // Педиатрия.-2002.-№3.-с.83-87.
29. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. // Перевод Г.Д. Шостка, В.Ю. Ряснянский, А.В. Квашин и др. / ВОЗ, Женева. 2001, 342 с.
30. Немов Р.С. Психология. Учебник для студентов высших педагогических учебных заведений. Книга 2. Психология образования. -М.. 1995.- 496 с.
31. Нормативы физического развития, показателей психомоторных и когнитивных функций, умственной работоспособности, деятельности сердечно-сосудистой системы, адаптационного потенциала детей 8, 9,10 лет. Пособие для врачей. – М., 2006. – 65 с.
32. Обухова Л.Ф. Детская (возрастная) психология. Учебник для студентов. -М., 1996.-374с.

33. Ограничение жизнедеятельности у детей вследствие висцеральных и метаболических нарушений (пособие для врачей-экспертов, других специалистов медико-социальной экспертизы, врачей-педиатров и сотрудников Центров реабилитации). – СПб, 2001. – 109 с.
34. Осадчих А.И., Пузин С.Н., Лаврова Д.И., Либман Е.С. и др. Основы медико-социальной экспертизы. – М., 2005. – 448 с.
35. Осипенко Т.Н. Диагностика нарушений психоневрологического развития и верификация детской психоневрологической инвалидности // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. М., №2. – 2002. – с.34-41.
36. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста / Изд. Университетское, 2002. – 336 с.
37. Первый год жизни / Перевод Сумм Л.Б. Под ред. Боковикова А.М. – М., 2006. – 352 с.
38. Постановление Правительства Российской Федерации №95 от 20.02.2006 года «О порядке и условиях признания лица инвалидом»
39. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от -23.12.2009 №1013н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». М; 2009.
40. Пузин С.Н., Лаврова Д.И., Вольнец Г.В. Современные подходы к определению ограничений жизнедеятельности у детей при проведении медико-социальной экспертизы. Медико-социальная экспертиза и реабилитация детей с ограниченными возможностями. – М., 2006. – №1-2. – с.37-39.
41. Разенкова Ю.А. Методика выявления значимых раздражителей для стимулирования гуканья, гуления и лепета // Альманах Института Коррекционной Педагогики РАО. – М., 2007. – №3. – с.14-16
42. Разумовский М.П., Швецова В.С. Ограничение жизнедеятельности у детей вследствие нарушения сенсорных и речевых функций. Пособие. – СПб., – 2002. – 39 с.
43. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных. – М., 2006. – 3 –е изд. – 368 с.
44. Румянцев А.Г., Тимакова М.В., Чечельницкая С.М. Наблюдение за развитием и состоянием здоровья детей. Руководство для врачей. – М.: 2004. – Изд. Медпрактика-М. – 388 с.
45. Смирнова Е.О., Галигузова Л.Н., Ермолаева Т.В., Мещерякова С.Ю. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет. 2-е изд. – СПб., 2005. – 142 с.
46. Смирнова, Е.О., Галигузова, Л.Н., Ермолаева, Т.В., Мещерякова, С.Ю. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет. Методическое пособие. 2-е изд. / СПб., 2005. – 144 с.
47. Солнцева Л.И. Модели интегрированного обучения детей с нарушениями зрения // Дефектология. – М., 1997. – №2. – с.8-13.
48. Сологубова И.Е., Кузенкова Л.М., Маслова О.И. и др. Клиническая характеристика детей с нарушениями психомоторного и речевого развития до 7-летнего возраста // Медицинский научный и учебно-методический журнал. – М., 2005. – № 26. – с.150-179.
49. Фарбер Д.А., Дубровинская Н.В. Физиология роста и развития детей и подростков. – М., Союз педиатров России, 2000. – С. 5-29.
50. Физиологические показатели когнитивных (познавательных) функций детей школьного возраста (память, внимание, восприятие, аналитико-синтетические процессы, психомоторная деятельность) тестовыми компьютерными системами «Ритмотест», «Бинатест», «Мнемотест» (№21). (Методические рекомендации) / Дзюба С.В., Маслова О.И., Немковский И.Б., Головкина И.Д., Днепров Л.И. – М., 1997. – 19 с.
51. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы) под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной / М., 2006.
52. Фурманов И.А., Фурманова Н.В. Психология депривированного ребенка. – М., 2004. – 319 с.
53. Шалимов В.Ф. Клиника интеллектуальных нарушений: Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. – М., 2003. – 160 с.
54. Экспертно-реабилитационная диагностика способности контролировать своё поведение (методические рекомендации). – Москва, 2000. – 26 с. – Лаврова Д.И., Киндрас Г.П., Либман Е.С., Петрова О.И. и др.
55. Эрнст Й. Кипхард. Как развивается ваш ребенок? / Перевод Л.В. Хариной. – М., 2006. – 112 с.
56. Юдельсон Я.Б., Васькин В.З., Павлов В.А. Исследование и оценка рефлекторных функций у детей первого года жизни. Учебное пособие. – Смоленск. 1998. – 96 с.
57. Ahnson L.N., Hepler R.S. Isolated abducens nerve paresis from intrapontine, fascicular abducens nerve injury. Am // Ophthalmol. – 1998. – 108. – P.459-461.
58. Bracewell M., Marlov N. Patterns of motor disability in very preterm children // Ment Retard dev Disabil Res Rev. – 2002. – 8(4). – P.241-248.
59. Bradley S. Peterson, Betty Vohr, Michael J. Kanne et al. A functional Magnetic Resonance Imaging Study of Language Processing and Its Cognitive Correlates in Premature Born Children // Pediatrics. – 2002. – Dec. – Vol. 110. – № 6. – P.223-226.

60. Callaghan L.A., Cartwright D.W., O'Rourke P. et al infant to staff rationand risk of mortality in very low birthweight infants // Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal. Ed.-2003.-Mar., 88(2).-P 94-97.

61. Hay L. Spatial-temporal analysis of movements in children: motor program versus tudeback in the development of reaching // J. Mot. Behav., 1979. – V. II, P. 189-193.

УДК: 616-053.5+616-036.856-08

МЕДИКО - СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО - ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Ганузин В.М., Маскова Г.С., Шубина Е.В.

Ярославский государственный медицинский университет

Ярославль, Россия

Аннотация

Введение. В статье освещаются вопросы врачебно-профессиональной консультации школьников с различными нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Цель. Показать возможности врачебной профессиональной консультации в реабилитации подростков с отклонениями в состоянии здоровья.

Материалы и методы. Врачебная профессиональная консультация 179 подростков с нарушением мобильности.

Результаты. Всем подросткам были подобраны профессии и учебные заведения, где их можно получить.

Заключение. Врачебная профессиональная консультация является методом медико-социальной реабилитации подростков с отклонениями в состоянии здоровья.

Ключевые слова: заболевания опорно-двигательного аппарата; реабилитация; профессиональная консультация; подросток.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Ганузин Валерий Михайлович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии ИПДО Ярославского государственного медицинского университета. 150000, Ярославль, ул. Революционная, дом 5, <https://orcid.org/0000-0002-7436-6182> Elibrary.ru: SPIN-код 5262-8375 E-mail: vganuzin@rambler.ru

Маскова Галина Станиславовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии ИПДО Ярославского государственного медицинского университета. 150000, Ярославль, ул. Революционная, дом 5, [https://ORCID ID: 0000-0002-8336-7750](https://ORCID.ID:0000-0002-8336-7750) Elibrary: SPIN-код. 4980-8245 E-mail: maskovags@mail.ru

Шубина Елена Викторовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии ИПДО Ярославского государственного медицинского университета. 150000, Ярославль, ул. Революционная, дом 5, [https://ORCID 0000-0001-5967-7428](https://ORCID.0000-0001-5967-7428) Elibrary: SPIN-код. 5262-9375 E-mail: evsh.77@yandex.ru

MEDICO - SOCIAL REHABILITATION OF SCHOOLCHILDREN WITH VIOLATIONS OF THE SUPPORT - MOTOR APPARATUS

Ganuzin V.M., Maskova G.S., Shubina E.V.

Yaroslavl State Medical University

Yaroslavl, Russia

Abstract

Background. The article highlights the issues of medical and professional consultation of schoolchildren with various disorders of the musculoskeletal system

Aim. To show the possibilities of medical professional advice in the rehabilitation of adolescents with health problems.

Materials and methods. Medical professional consultation of 179 adolescents with mobility impairment.

Results. All teenagers were selected professions and educational institutions where they can be obtained.

Conclusion. Medical professional consultation is a method of medical and social rehabilitation of adolescents with health problems.

Key words diseases of musculoskeletal apparatus; rehabilitation; professional advice; teenager.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Ganuzin Valery Mikhailovich, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Pediatrics, EITI, Yaroslavl State Medical University. 150000, Yaroslavl, ul. Revolutionary, building 5, <https://orcid.org/0000-0002-7436-6182> Elibrary.ry: SPIN-код 5262-8375 E-mail: vganuzin@rambler.ru

Maskova Galina Stanislavovna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Pediatrics, EITI, Yaroslavl State Medical University. 150000, Yaroslavl, ul. Revolutionary, building 5. [https://ORCID ID: 0000-0002-8336-7750](https://ORCID.ID:0000-0002-8336-7750) Elibrary: SPIN-код. 4980-8245 E-mail: maskovags@mail.ru

Shubina Elena Viktorovna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Pediatrics, EITI, Yaroslavl State Medical University. 150000, Yaroslavl, ul. Revolutionary, building 5, [https://ORCID 0000-0001-5967-7428](https://ORCID.org/0000-0001-5967-7428) Elibrary: SPIN-код. 5262-9375 E-mail: evsh.77@yandex.ru

Background. A professional medical counseling adolescent with diseases of musculoskeletal system (ODS) is one of their stages of medical-social rehabilitation [1,2,3]. Professional medical consultation (PMC) is consultation doctor healthy adolescents from risk groups and with deviations in health status to choosing a future profession, the maximum corresponding to their state of physical and mental health. In the consultation process considered the achievement of a teenager at school, the propensity to his profession, the projected impact of production-professional factors on the occurrence and during the pathological process, as well as the option to develop them recommended profession in a given variance in health [4,5,6,7,8,9].

According to the orders of the Ministry of health of the Russian Federation № 514 from 10.08.2017, and №306n from 27.03.2017 the work of professional orientation of teenagers is school doctor or a district pediatrician. In difficult cases, the issue of recommendations to the patient future profession and educational institutions decided individually by medical Commission (MC) the child with the involvement the participation of doctors of various specialties of doctors. In difficult situations in the work of the Commission on professional medical consultations look doctors of centers overseeing the activity of medical institutions. Children with disabilities received the medical professional where they live.

Aim. To show the possibilities of medical professional advice in the rehabilitation of adolescents with disabilities.

Materials and methods. Teenagers with infringements of functions of the musculoskeletal system, the physician who makes expert opinion on competence, should use a “List of medical contra-indications for studying in educational institutions of initial vocational, secondary and higher education”. When formulating conclusions about the dysfunction of the organ or system greater importance is the degree of severity of the disease, especially its current functional state of the ODS and compensatory possibilities of the organism and not nosological diagnosis.

Disabled children, except for a children's clinic, can receive an advice from the commission for medical and social examination at the place of their residence. According to them, an individual program for the rehabilitation and habitation of a disabled person is drawn up on them [12].

Medical professional consultation of adolescents was carried out by an assistant professor at the Department of Pediatrics at YSMU on the basis of a children's clinic in Yaroslavl.

It is recommended to distinguish between several conditional stages of medical professional consultation:

* The initial stage - individual counseling for students in grades 4-8. The objective of this stage is the formation of professional self-determination in children with severe anatomical defects, fatal chronic diseases, or irreversible functional disorders. With the help of parents, teachers and psychologists, such students should be guided by the choice of professions and specialties that are not contraindicated for health reasons. A “Card of medical professional consultation” is started for the student.

Medical professional consultation card.

Full name. Date of Birth:

Address:

School: Class:

Diagnosis:

Medical history:

Date of last exacerbation:

Objective data:

Additional examination methods:

School performance:

Interests and inclinations:

Professional intentions:

Name, place of work and profession of parents:

Heredity:

What is the time of professional consultation:

Recommended professions and contraindicated production factors:

Consultation conclusion:

Catamnesis:

Place of work and profession (study):

Objective data:

Additional examination methods:

Conclusion:

Date. Signature. Stamp.

* The stage of the final formation of a professional orientation at the completion of incomplete (9th grade) or complete secondary education (10-11th grades). An individual selection of the appropriate professions or specialties at this stage, taking into account the interests, desires and abilities of the adolescent, especially connected to deviations in the state of health, which will help to avoid the psychological trauma that is inevitable in case it is necessary to deviate from professional future plans due to medical contraindications. The results of the military-industrial complex carried out on maternity leave, medical restrictions and recommendations are recorded in a special section of the child's Medical Record (form No. 026 / y –2000) and transferred to the local pediatricians in polyclinics at the student's place of residence.

* The stage of professional training, when teens choose a certain specialty (for example, a local pediatrician).

As a methodological material during the military-industrial complex, the Federal Protocol of the Russian Society for the Development of School and University Medicine and Health -5-2014 and Order N 46 - 01, 02. 2018 "On adoption of methodological recommendations for specialists of population employment bodies on the organization of work with disabled people, including assessment significance of the disturbed functions of a disability body for performance of labor functions"[10,11].

Medical professional advice for adolescents was carried out by an assistant professor of pediatrics at YSMU at the children's clinic in Yaroslavl.

We have conducted a medical professional consultation 179 adolescents with various disabilities of the ODS. There are: scoliosis of I-III degree, cerebral palsy with violations functions of upper and lower extremities, inborn and posttraumatic defects brush, deformation and shortening of the limbs, contractures of small and large joints, lesions of peripheral nerves, combined with the limitations of movements in the joints, diseases of Slatter, Perthes disease, Sherman Mau, Keller, rheumatoid arthritis, chronic osteomyelitis, nanism and other.

Results. An analysis of the data showed that 10.1% of sick adolescents received medical professional advice in grade 7, 31.6% in grade 8, 48.2% in grade 9, and 10.1% in grade 11.

We obtained interesting data when analyzing the choice of a future profession by adolescents before our consultation. 32.4% of adolescents have not yet chosen professions, 36.7% have chosen professions that are contraindicated for their health reasons, and only 29.1% have chosen professions that are not contraindicated for their health reasons.

A number of working specialties and professions obtained in secondary specialized and higher educational institutions were recommended to adolescents who received the military-industrial complex.

In this case, we did not recommend such factors that impeded the qualitative performance of official duties and adversely affected the functions of the musculoskeletal system. In case of damage to the upper limbs, including the hand, we did not recommend work associated with increased physical exertion on the affected limb. And in the absence of fingers on the hand - the work associated with the need to preserve the covering and holding function of the hands and with small coordinated movements of the fingers of the affected hand

For patients with lesions of the lower extremities (muscles, bones and joints), we did not recommend working with prolonged stay on their feet, lifting and lowering stairs, lifting and carrying heavy loads, in hot shops, in general and local injuries.

Adolescents with disorders of the locomotors system want to choose after school desired profession. However, most of them do not have clear information about specialties and occupational factors that are contraindicated their state of health. The least prepared for the choice of the future profession was teenagers who received post-traumatic lesions of ODS in the senior school age, compared with adolescents with congenital anomalies of the musculoskeletal system. This suggests the necessity of joint work of the doctor and the psychologist at carrying out professional advice to school children with emerging pathologies that will enable them to adapt more quickly to new conditions of life.

As an example the Conclusion on medical professional consultation is given:

Natasha N., 17 years old.

Diagnosis: Consequences of a closed spinal injury; contusion of the cervical spinal cord with the presence of spastic tetraparesis more pronounced in the lower extremities, moderate.

Medical history. At the age of 15 years in an accident, she received an injury to the cervical spine. She was delivered by the ambulance team to the neurosurgical department of the hospital, where she was operated on and received the necessary treatment. Discharged to the outpatient rehabilitation stage. It was observed by a neurosurgeon, neurologist, exercise therapy doctor, clinical psychologist. Received rehabilitation and spa treatment in the sanatorium Saki.

At the time of medical professional consultation is disabled. There is a violation of the function of the upper and lower extremities. Intelligence saved.

Given the state of health and the desire of the girl to continue training for the profession, we recommended training in full-time and distance learning at the College of Nutrition for the specialty “Accounting” in a specially adapted program.

Conclusion. Medical professional consultation of adolescents with diseases of musculoskeletal system allows the teenagers who are in difficult life situation, to adapt to modern social and economic conditions and to realize their physical and intellectual abilities.

**Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.
The authors declare no conflict of interest.**

ЛИТЕРАТУРА/

1. Ганузин В.М. Врачебная профессиональная консультация подростков с бронхиальной астмой. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2019; 2: 39-42.
2. Ганузин В.М., Тестова Н.Т., Штанюк М.Г. Оценка состояния костно-мышечной системы у детей 3–17 лет г. Ярославля за период с 2014 по 2018 гг. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2019; 3: 24-28.
3. Ганузин В.М., Ганузина Г.С. Организация врачебной профессиональной консультации школьников с отклонениями в состоянии здоровья. Поликлиника. 2007; 1: 72-73.
4. Ганузин В.М., Черная Н.Л., Ганузина Г.С. Пути совершенствования системы врачебной профессиональной консультации подростков. Поликлиника. 2005;1: 50-51.
5. Иванов В.Ю., Шубочкина Е.И., Чепрасов В.В. Медико-социальные аспекты профессиональной ориентации старшеклассников в современных условиях // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2017; 19 (9): 97-99.
6. Маскова Г.С., Ганузин В.М. Врачебная профессиональная консультация подростков с артериальной гипертензией как фактор профилактики сердечно-сосудистых нарушений у взрослых. Практическая медицина. 2017; 111 (10): 67-70.
7. Маскова Г.С., Ганузин В.М. Применение молекулярно-генетического тестирования полиморфизма генов при врачебной профессиональной консультации школьников. [Электронный ресурс] Профессиональная ориентация. 2019; 2: 115-117.
8. Maskova G.S. Ganuzin V.M. Application of molecular-genetic testing of polymorphism of genes during medical professional consultation of schoolchildren. Электронно научно списание Парадигмата. България, Варна. 2019; 3: 75-77.
9. Рапопорт И.К. Состояние здоровья школьников и проблемы выбора профессии. Гигиена и санитария. 2009; 2: 36-39.
10. Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Шубочкина Е.И. Рекомендации по оказанию медицинской помощи обучающимся. Медицинское профессиональное консультирование и профессиональная ориентация обучающихся. <https://niigd.ru/pdf/P-5-2014.pdf>
11. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации России от 1 февраля 2018 г. № 46 «Об утверждении методических рекомендаций для специалистов органов службы занятости населения по организации работы с инвалидами, в том числе по оценке значимости нарушенных функций организма инвалида для выполнения трудовых функций».
12. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13 июня 2017 г. № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм».

REFERENCES

1. Ganuzin V.M. Vrachebnaya professional`naya konsul`taciya podrostkov s bronxial`noj astmoj. Voprosy` shkol`noj i universitetskoj mediciny` i zdorov`ya. 2019; 2: 39-42.
2. Ganuzin V.M., Testova N.T., Shtanyuk M.G. Ocenka sostoyaniya kostno-my`shechnoj sistemy` u detej 3–17 let g. Yaroslavlya za period s 2014 po 2018 gg. Voprosy` shkol`noj i universitetskoj mediciny` i zdorov`ya. 2019; 3: 24-28.
3. Ganuzin V.M., Ganuzina G.S. Organizaciya vrachebnoj professional`noj konsul`ticii shkol`nikov s otkloneniyami v sostoyanii zdorov`ya. Poliklinika. 2007; 1: 72-73.
4. Ganuzin V.M., Chernaya N.L., Ganuzina G.S. Puti sovershenstvovaniya sistemy` vrachebnoj professional`noj konsul`ticii podrostkov. Poliklinika. 2005;1: 50-51.
5. Ivanov V.Yu., Shubochkina E.I., Cheprasov V.V. Mediko-social`ny`e aspekty` professional`noj orientacii starsheklassnikov v sovremenny`x usloviyax // Zhurnal nauchny`x statej “Zdorov`e i obrazovanie v XXI veke”. 2017; 19 (9): 97-99.

6. Maskova G.S., Ganuzin V.M. Vrachebnaya professional'naya konsul'taciya podrostkov s arterial'noj gipertenziej kak faktor profilaktiki serdechno-sosudisty'x narushenij u vzrosly'x. Prakticheskaya medicina.2017; 111 (10): 67-70.

7. Maskova G.S., Ganuzin V.M. Primenenie molekulyarno-geneticheskogo testirovaniya polimorfizma genov pri vrachebnoj professional'noj konsul'tacii shkol'nikov. [Elektronny'j resurs] Professional'naya orientaciya. 2019; 2: 115-117.

8. Maskova G.S. Ganuzin V.M. Application of molecular-genetic testing of polymorphism of genes during medical professional consultation of schoolchildren. Elektronno nauchno spisanie Paradigmata. B`lgariya, Varna. 2019; 3: 75-77.

9. Rapoport I.K. Sostoyanie zdorov'ya shkol'nikov i problemy` vy`bora professii. Gigiena i sanitariya. 2009; 2: 36-39.

10. Suxareva L.M., Rapoport I.K, Shubochkina E.I. Rekomendacii po okazaniyu medicinskoj pomoshhi obuchayushhimsya. Medicinskoe professional'noe konsul'tirovanie i professional'naya orientaciya obuchayushhixsya. <https://niigd.ru/pdf/P-5-2014.pdf>

11. Prikaz Ministerstva truda i social'noj zashhity` Rossijskoj Federatsii ot 1 fevralya 2018 g. № 46 "Ob utverzhdenii metodicheskix rekomendacij dlya specialistov organov sluzhby` zanyatosti naseleniya po organizacii raboty` s invalidami, v tom chisle po ocenke znachimosti narushenny'x funkcij organizma invalida dlya vy`polneniya trudovy'x funkcij".

12. Prikaz Ministerstva truda i social'noj zashhity` Rossijskoj Federatsii ot 13 iyunya 2017 g. № 486n "Ob utverzhdenii Poryadka razrabotki i realizacii individual'noj programmy` reabilitacii ili abilitacii invalida, individual'noj programmy` reabilitacii ili abilitacii rebenka-invalida, vy`davaemy'x federal'ny`mi gosudarstvenny`mi uchrezhdeniyami mediko-social'noj e`kspertizy`, i ix form".

УДК 159.9.072.432

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕДИКО - СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА СЕМЬИ РЕБЕНКА С ИНВАЛИДНОСТЬЮ, КАК ПРЕДИКТОРА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА

Серов А.В., Искендеров Д.Э., Шуляк Г.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Детский психо-неврологический санаторий «Теремок»
Зеленоградск, Россия

Аннотация

Введение. В настоящем исследовании изучались социально-психологические условия жизни семьи ребенка-инвалида, отношения к ребенку и его занятость в учебной и коррекционной работе, количество обращений к специалистам.

Цель. Была проанализирована целесообразность использования опросника, как инструмента экспресс-оценки выделенных показателей.

Материалы и методы. Опросник социально-психологической ситуации в семье ребенка-инвалида, разработанный на основе исследований медико - социального статуса семьи, воспитывающей ребенка с детским церебральным параличом (Орел В.И. и соавторы), а также анализа Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

Результаты. Родители отмечают, что испытывают необходимость в следующих видах профессиональной помощи со стороны специалистов: обучение ребенка бытовым навыкам, самообслуживанию (12%); обучение использованию вспомогательных средств реабилитации (5%); вопросы получения льгот и материальной помощи (60%); вопросы приобретения лекарственных средств (20%); вопросы определения образовательного маршрута – 70%.

Заключение. Информирование родителей о мерах социальной поддержки, о целях реабилитации, корректировка реабилитационных программ и внедрение инструментов оценки активности детей с церебральным параличом – одна из наиболее актуальных и перспективных задач медико-социальной реабилитации.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, мероприятия социальной реабилитации, реабилитационно-экспертная диагностика, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), инвалидность; медико-социальная реабилитация; семья, воспитывающая ребенка с детским церебральным параличом, реабилитационный потенциал семьи ребенка с инвалидностью.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Шуляк Г.А. главный врач, к.м.н.

Искендеров Д.Э. заведующий лечебно-диагностическим отделением, к.м.н.

Серов А.В. психолог психолого-коррекционного отдела

ON THE ISSUE OF DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF THE STUDY OF THE MEDICAL AND SOCIAL STATUS OF THE FAMILY OF A CHILD WITH DISABILITIES AS A PREDICTOR OF REHABILITATION POTENTIAL

Serov A.V., Iskenderov D.E., Shulyak G.A.

Federal State Budgetary Institution "Children's Psycho-Neurological Sanatorium "Teremok"
Zelenogradsk, Russian

Abstract

Background. In this study we explore the social-psychological living conditions of a family with a disabled child, the relationship to such child and its involvement into educational and correctional activities as well as a periodicity of visiting dedicated specialists.

Aim. We analyzed the advisability of using the questionnaire as a tool for rapid analysis of selected characteristics.

Materials and methods. The questionnaire of the socio-psychological situation in the family of a disabled child, developed on the basis of studies of the medical and social status of the family raising a child with cerebral palsy, analysis of the International Classification of Functioning, Disability and Health.

Results. Parents say that they feel the need for the following types of professional assistance from specialists: training a child in household skills, self-care (12%); training in the use of rehabilitation aids (5%); issues of obtaining benefits and material assistance (60%); issues related to the acquisition of medicines (20%); educational route determination issues - 70%.

Conclusion. Informing parents about social support measures, rehabilitation goals, adjusting rehabilitation programs and implementing tools for assessing the activity of children with cerebral palsy is one of the most relevant and promising tasks of medical and social rehabilitation.

Key words: *infantile cerebral palsy, activities of social rehabilitation, rehabilitation and expert diagnostics, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), disability, medical and social rehabilitation, family raising a child with cerebral palsy, rehabilitation potential of a family of a child with a disability*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Shulyak G.A. chief doctor, candidate of medical sciences

Iskenderov D.E. Head of the Medical and Diagnostic Department, Ph.D. Serov A.V. psychologist of the psychological and correctional department

Введение. В настоящее время работа с семьей, воспитывающей ребенка-инвалида, является одним из направлений государственной политики Российской Федерации. В связи с этим, все большее число исследований и программ, сконцентрированы не только на восполнении у ребенка с инвалидностью дефицитных проявлений, но и на работе с семьей по принятию диагноза ребенка[1], помощи в социализации и социально-бытовой адаптации ребенка[7]. Последнее направление, а именно социально-бытовая адаптация, выделяется в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 октября 2019 г. N 878н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей» в виде отдельной, самостоятельной единицы реабилитации – эрготерапии. Стоит отметить, что вопрос именно социально-бытовой адаптации детей-инвалидов недостаточно изучен в современной литературе. Лишь некоторые исследования сконцентрированы не на проблеме социализации в виде включения ребенка с инвалидностью в образовательную среду, а на вопросах бытовой успешности для такой категории детей[3,4,6].

Цель. Анализ социально-психологических условий в семье ребенка-инвалида, отношения к ребенку и его занятость в учебной и коррекционной работе, количество обращений к специалистам. Была проанализирована целесообразность использования опросника, как инструмента экспресс-оценки «реабилитационного потенциала семьи» и его влияния на социализацию и адаптацию ребенка с инвалидностью.

Материалы и методы. Опросник социально-психологической ситуации в семье ребенка-инвалида, разработанный на основе исследований медико - социального статуса семьи, воспитывающей ребенка с детским церебральным параличом (Орел В.И. и соавторы), а также анализа Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. В рамках данного опросника, изучались следующие сферы: - социально-демографические данные (возраст ребенка и родителей, образование и

занятость, место и условия проживания, доход семьи, обеспокоенность родителей жилищной ситуацией);- семейная ситуация (самооценка психологического климата семьи, участие членов семьи в заботе о ребенке с инвалидностью, обеспокоенность семейной ситуацией);- отношение к ребенку и занятость (занятость ребенка в обучении, кружковая деятельность, контроль поведения, оценка способностей, способы воспитания и общения, стыд или неловкость за ребенка перед окружающими, оценка возможности овладения профессией, самостоятельность и бытовая активность, обеспокоенность состоянием ребенка);- обращение к специалистам (к психологу, к логопеду и дефектологу, обращение за медицинской помощью);- потребности семьи.

Результаты исследования. Всего в заполнении опросника приняли участие 20 матерей-сопровождающих своих детей-инвалидов, проходящих санаторно-курортное лечение на базе ФГБУ ДПНС санаторий «Теремок» Минздрава России. Возраст родителей составлял от 35 до 47 лет. Возраст детей от 6 до 14 лет. Все семьи полные. У всех детей оформлена инвалидность. Все дети имеют диагноз ДЦП разной формы. Из 20 детей, родители которых участвовали в опросе, 60% имеют 3 уровень двигательных нарушений по шкале глобальных моторных функций GMFCS, 30% - 2 уровень и 10% - 4 уровень. Образование матерей: 13 матерей – высшее; 6 – средне-специальное; 1 – среднее. Все матери оформлены «по уходу за ребенком-инвалидом». Образование отцов: 13 отцов – высшее; 7 – средне-специальное. Все отцы работают: 9 – руководящие должности; 4 – инженеры и специалисты; 6 – рабочие специальности; 1 – сотрудник службы безопасности. 80% семей проживают в отдельной собственной квартире; 15% в отдельном доме (совместно с другими родственниками); 5% в коммунальной квартире. Доход 30% семей выше прожиточного минимума на одного члена семьи; у 50% прожиточный минимум на одного члена семьи; у 20% – ниже прожиточного минимума на одного члена семьи. Проживают в городе общей численностью населения меньше 400 000 – 70% семей; 30% семей в крупном городе. 80% матерей отмечают, что отношения в семье добрые и доверительные (конфликты случаются, но носят «предметный» характер), 20% отметили, что отношения в семье «неравномерные» (то есть, конфликты часто затягиваются и носят характер «личностных»). При воспитании ребенка-инвалида, в подавляющем большинстве, матери прибегают к помощи супругов (80%); 60% – других родственников; социальных работников - 5%; 10% не прибегает ни к чьей помощи. 80% детей на постоянной основе посещают дошкольные и школьные образовательные организации (половина детей посещает коррекционные учреждения, а половина – основные). 20% детей не посещают ни один из видов образовательных учреждений. Ежедневно посещают образовательные учреждения 60% детей; 40% детей – нерегулярно. Все дети заняты дополнительными занятиями со специалистами: приглашают специалистов на дом для занятий 20% семей; самостоятельно занимаются дома 5% семей, посещают секции, кружки 40% детей. Занятия с логопедом посещают 40% детей; с дефектологом и психологом по 60%. Половина родителей отмечают, что поведение ребенка всегда поддается контролю; другая половина отмечает, что поведение ребенка не всегда поддается контролю. В качестве педагогических приемов, родители используют уговоры (100%), крик (45%), пытаются идти на уступки (15%), шлепки, удары (5%). Способности к овладению знаниями и профессией у своих детей родители оценивают следующим образом: 10% считают, что способности ребенка не соответствуют возрасту (слишком низкие); 40% считают, что их ребенок имеет удовлетворительные способности, при этом испытывают опасения относительно будущей жизни ребенка; 50% считают, что их ребенок обладает хорошими способностями к овладению знаниями и профессией. 30% родителей задумываются о будущей профессии ребенка, но считают, что список этих профессий очень ограничен; 70% родителей не думали о том, какой профессией сможет овладеть их ребенок. По оценке родителей заправить свою постель могут 12% детей, разогреть себе еду 10%, воспользоваться туалетом 40% детей, сделать уборку 10% детей. Все родители два-три раза в год обращаются в медицинские учреждения для прохождения диагностических и реабилитационных мероприятий. Родители отмечают, что испытывают необходимость в следующих видах профессиональной помощи со стороны специалистов: обучение ребенка бытовым навыкам, самообслуживанию (12%); обучение использованию вспомогательных средств реабилитации (5%); вопросы получения льгот и материальной помощи (60%); вопросы приобретения лекарственных средств (20%); вопросы устройства ребенка в образовательное учреждение и определение образовательного маршрута (корректировка) – 70%. «Трудными» аспектами для родителей в настоящее время являются: материальное благосостояние 12% семей; жилищные условия 5% родителей; ухудшение состояния здоровья ребенка 10%; трудности семейных взаимоотношений 10%; недостаток свободного времени 80% родителей.

Заключение. На сегодняшний день, согласно проведенному опросу, жилищный вопрос и доступность медицинской помощи не вызывают трудностей у родителей. Все родители с детьми-инвалидами получают медицинскую помощь два-три раза в год. В 95% не испытывают проблем с жильем. В 80% не испытывают материальных трудностей. Выявленные показатели говорят о достаточно стабильной социально-экономической ситуации обследуемых семей. Однако, вопросы адаптации и социализации ребенка-инвалида

в обществе остаются достаточно острыми. По данным нашего исследования, 70% родителей не задумывались о будущей профессии своего ребенка. Другие 30% родителей полагают, что перечень профессий сильно ограничен. Выявлена низкая обученность детей самообслуживанию: лишь 40% детей могут самостоятельно воспользоваться туалетом, а разогреть себе еду только 10%. Не менее актуален вопрос заинтересованности родителей в социально-бытовой адаптации детей-инвалидов: только 12% родителей отмечают, что испытывают необходимость в получении помощи по обучению ребенка навыкам самообслуживания; 5% отмечают необходимость обучения ребенка использованию вспомогательных средств. Учитывая полученные результаты, вопрос информирования родителей о мерах социальной поддержки, о целях реабилитации, корректировка реабилитационных программ и внедрение инструментов оценки активности детей с ДЦП – одна из наиболее актуальных и перспективных задач медико-социальной реабилитации.

**Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.
The authors declare no conflict of interest.**

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Мазурова Н.В., Подольская Т.А. Психолого-педагогическая помощь родителям детей с тяжелыми нарушениями здоровья: основные направления и возможности. *Национальный психологический журнал*. 2016. №1 (21). Ссылка активна на 18.02.2020. [Mazurova Nadezhda V., Podolskaya Tatyana A. (2016) Psychological pedagogical assistance to parents of children with severe health problems: guidelines and opportunities National Psychological Journal, 4, 70-77. (in Russ.)] <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologo-pedagogicheskaya-pomosch-roditelyam-detey-s-tyazhelyimi-narusheniyami-zdorovya-osnovnye-napravleniya-i-vozmozhnosti>
2. Демина Э.Н., Портова Л.З., Ходякова Т.В. Методы определения реабилитационных мероприятий по направлению «социальная реабилитация у детей с ДЦП». *Acta Medica Eurasica*. 2018. №4. Ссылка активна на 16.02.2020. [Demina E., Portova L., Khodyakova T., Methods for determining rehabilitation measures in field of social ehabilitation in children with infantile cerebral palsy. *Acta Medica Eurasica*. 2018. №4 (in Russ.)] <https://cyberleninka.ru/article/n/metody-opredeleniya-reabilitatsionnyh-meropriyatiy-po-napravleniyu-sotsialnaya-reabilitatsiya-u-detey-s-dtsp>
3. Ахтаов Р.А., Бегилов В.С., Хакунова М.М. Адаптация детей-инвалидов к социально-бытовой деятельности. *Историческая и социально-образовательная мысль*. 2016. Том 8. № 5. Часть 3. с.- 26-29. Ссылка активна на 16.02.2020. [Akhtaov R.A., Begidov V.S., Khakunova M.M. Adaptation of children with disabilities to social and household activities. *Historical and Social Educational Ideas*. 2016. Vol. 8. № 5. Part 3. p.- 26-29 (in Russ.)] <https://cyberleninka.ru/article/n/adaptatsiya-detey-invalidov-k-sotsialnobytovoy-deyatelnosti>
4. Бережная О.В., Прядко Н.А. Работа с родителями по формированию социально-бытовых умений и навыков у детей с ограниченными возможностями здоровья. *МНКО*. 2017. №5 (66). Ссылка активна на 16.02.2020. [Berezhnaya O.V., Pryadko N.A. The work with parents in the formation of social skills in children with disabilities. *The world of science, culture and education 2017*. №5 (66) (in Russ.)] <https://cyberleninka.ru/article/n/rabota-s-roditelyami-po-formirovaniyu-sotsialno-bytovyh-umeniy-i-navykov-u-detey-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya>
5. Артеменкова Л.Ф. Реабилитационные мероприятия в системе работы с детьми раннего возраста с диагнозом ДЦП. *МНКО*. 2016. №3 (58). Ссылка активна на 16.02.2020. [Artyomenkova L.F. Rehabilitation measures in the system of work with young children with cerebral palsy. *The world of science, culture and education*. 2016. №3 (58). (in Russ.)] <https://cyberleninka.ru/article/n/reabilitatsionnye-meropriyatiya-v-sisteme-raboty-s-detmi-rannego-vozrasta-s-diagnozom-dtsp>
6. Бережная О.В., Прядко Н.А. Модель работы по формированию социально-бытовых навыков у детей с ограниченными возможностями здоровья. *МНКО*. 2016. №3 (58). Ссылка доступна на 16.02.2020. [Berezhnaya O.V., Pryadko N.A. A model of work to form social and life skills of children with disabilities. *The world of science, culture and education*. 2016. №3 (58). (in Russ.)] <https://cyberleninka.ru/article/n/model-raboty-po-formirovaniyu-sotsialno-bytovyh-navykov-u-detey-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya>
7. Старобина Е.М. Об изучении реабилитационного потенциала семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья. *Известия РГПУ им. А.И. Герцена*. 2018. №190. Ссылка доступна на 16.02.2020. [E. Starobina On studying the rehabilitation potential of families raising children with disabilities. *Scientific journal of Herzen University*. 2018. №190 (in Russ.)] <https://cyberleninka.ru/article/n/ob-izuchenii-reabilitatsionnogo-potentsiala-semi-vozpityvayushey-rebenka-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya>

**ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В
МЛАДЕНЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ**Майер М.А.¹, Андрущенко Н.В.^{1,2}, Мухамедрахимов Р.Ж.¹, Крюков Е.Ю.²¹Санкт-Петербургский государственный университет,²ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Представлены возможности планирования абилитации недоношенных детей, в том числе с экстремально-низкой и очень низкой массой тела при рождении (≥ 500) на основе оценки реабилитационного потенциала, определяемого с помощью Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ, ICF). Биопсихосоциальная перспектива, на которой базируется данная классификация, признает интерактивное влияние физических, психологических и социальных факторов, а также создает основу для рассмотрения влияний особенностей семьи недоношенного ребёнка на его здоровье и дальнейшее благополучие. В статье особое внимание уделено особенностям оценки психического функционирования недоношенных детей в младенческом возрасте.

Цель. Цель исследования - изучение характеристик психического функционирования в связи с биологическими и социальными факторами развития у недоношенных детей в младенческом возрасте.

Материалы и методы. В исследование включено 29 пациентов (15 девочек и 14 мальчиков), достигшие скорректированного возраста от 11 до 13 месяцев (средний скорректированный возраст $11,9 \pm 0,7$ месяцев), проходившие этап госпитального наблюдения и получавшие лечение в период новорождённости в условиях «Детского городского многопрофильного клинического специализированного центра высоких медицинских технологий». Эти дети были рождены в период с 23-й по 33-ю неделю беременности с массой тела ≥ 500 грамм при рождении (средний гестационный возраст $28,4 \pm 3,3$ – недель, средний вес при рождении - 1158 ± 467 г, от 630 до 2250 г). Биологические факторы для компонентов МКФ Структуры и Функции организма оценивались с помощью методов нейровизуализации (Ультразвуковое исследование головного мозга, ультразвуковые аппараты: переносной «Terason – t 3000, США», «Mindray M7, Китай», «Acuson Sequoia 512 (Siemens)», «Voluson 730 PRO (GE)», МСКТ/МРТ головного мозга), клинических неврологических шкал (Модифицированная шкала спастичности Ашворта, Modified Ashworth scale of muscle spasticity, R. Bohanov, V. Smith, 1987; D. Wade, 1992), врачебных заключений педиатра, невролога, нейрохирурга, неонатолога, хирурга, офтальмолога, отоларинголога. Клинико-anamnestические данные матери и ребёнка, и социально-демографические данные семьи регистрировались в специально разработанных исследовательских формах. Оценка психического функционирования младенцев проводилась при помощи методик («The Battelle Developmental Inventory With Recalibrated Data and Norms»; Newborg et al., 1984; опросник для родителей "Ages and Stages Questionnaires", ASQ-3; Squires J., Bricker D., Twombly E. et al., 2009); оценки ранних отношений в паре ребенок - родитель -Parent-Child Early Relationship Assessment, PCERA; Clark, 1985; Мюнхенская клиническая шкала коммуникативной диагностики, Rapousek, 1996 и Гейдельбергская шкала стресса -The Heidelberg Stress Scale, Stasch, 2006; для оценки моторного развития ребёнка применялись «Система классификации глобальных моторных функций» (Gross Motor Function Classification System, GMFCS, Russel et al, 2002) и дополняющая ее «Шкала оценки глобальных моторных функций» (Gross Motor Function Measurement System-88, GMFMS-88; Russel et al, 2002). Математико-статистическая обработка данных реализовывалась с помощью программного пакета SPSS 21.0.

Результаты. В статье приводится описание оценки реабилитационного потенциала недоношенного ребёнка, рождённого с массой тела 630 грамм, на основе Международной классификации функционирования.

Заключение. Практическое применение Международной классификации функционирования даёт возможность междисциплинарной команде специалистов выстраивать последовательный, комплексный и непрерывный процесс абилитации недоношенных детей с периода новорождённости, основанный на биопсихосоциальной модели здоровья. Оценка реабилитационного потенциала при использовании унифицированного языка классификации позволяет качественно идентифицировать причину основных трудностей психического функционирования недоношенных младенцев или их комбинацию в компонентах Активности и Участия и выстраивать индивидуальную программу вмешательства с учётом биологических и социальных факторов развития.

Ключевые слова: недоношенные младенцы, психическое развитие, МКФ, реабилитационный потенциал, абилитация, раннее сопровождение

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Андрущенко Наталия Владимировна - к.м.н., Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Педиатрический факультет, Кафедра детской невропатологии и нейрохирургии (Санкт-Петербург); доцент, Санкт-Петербургский государственный университет, Факультет психологии (Санкт-Петербург); телефон: 8(921)789-47-63; ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1301-1668>; eLibrary SPIN: 3819-1577; e-mail: natvladandr@gmail.com.

Мухамедрахимов Рифкат Жаудатович – д.п.н., профессор, Санкт-Петербургский государственный университет, Факультет психологии (Санкт-Петербург); ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3532-5019>; eLibrary SPIN: 2152-7080; e-mail: rjm@list.ru.

Крюков Евгений Юрьевич - д.м.н., профессор, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Педиатрический факультет, Кафедра детской невропатологии и нейрохирургии (Санкт-Петербург); ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0746-5826>; eLibrary SPIN: 2847-5348.

Майер Мария Александровна – Санкт-Петербургский государственный университет, Факультет психологии (Санкт-Петербург); телефон 8(981)794-61-99; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9126-4356>; eLibrary SPIN: 9620-7307; e-mail: mariaalex_maier@mail.ru

ASSESSMENT OF THE REHABILITATION POTENTIAL OF PREMATURE INFANTS

Maier M.A.¹, Andrushchenko N.V.^{1,2}, Muhamedrahimov R.J.², Kryukov E.Yu.¹

¹Saint Petersburg State University

²I.I. Mechnikov North-Western State Medical University

St. Petersburg, Russia

Abstract

Background. The possibilities of planning the habilitation of premature babies with extremely low and very low birth weight (≥ 500) based on assessing the rehabilitation potential of the ICF are presented. This classification is based on a biopsychosocial model of health. It recognizes the interactive impact of physical, psychological, and social factors, and provides a framework for considering the impact of family characteristics of a premature infants on its health and future well-being. The article pays special attention to the peculiarities of assessing the mental functioning of premature children in infancy.

Aim. The aim of the study is to study the characteristics of mental functioning in connection with biological and social factors of development in premature infants.

Materials and methods. Materials and methods: the study included 29 patients (15 girls and 14 boys) who reached the corrected age from 11 to 13 months (the average corrected age is 11.9 ± 0.7 months). All children passed the stage of hospital observation and received treatment during the newborn period in the “Children's city multidisciplinary clinical specialized center of high medical technologies”. These children were born between the 23rd and 33rd weeks of pregnancy with a body weight of ≥ 500 grams at birth (average gestational age of 28.4 ± 3.3 weeks, average birth weight of 1158 ± 467 g, from 630 to 2250 g). Biological factors for the components of the ICF structure and function of the body were evaluated using neuroimaging methods (Ultrasound of the brain, ultrasound devices: portable “Terason – t 3000, USA”, “Mindray M7, China”, “Acuson Sequoia 512 (Siemens)”, “Voluson 730 PRO (GE)”, MSCT/MRI of the brain), clinical neurological scales (Modified Ashworth scale of spasticity, Modified Ashworth scale of muscle spasticity, Bohanov R., Smith V., 1987; Wade D., 1992), medical reports of a pediatrician, neurologist, ophthalmologist, otolaryngologist. Clinical and anamnestic data of the mother and child, and socio-demographic data of the family were recorded in specially designed research forms. The mental functioning of infants was assessed using techniques (The Battelle Developmental Inventory With Recalibrated Data and Norms; Newborg et al., 1984; Parent Questionnaire Ages and Stages Questionnaires, ASQ-3; Squires J., Bricker D., Twombly E. et al., 2009); Parent-Child Early Relationship Assessment, PCERA; Clark, 1985; Munich Clinical Scale for Communicative Diagnosis, Papousek, 1996 and Heidelberg Stress Scale — The Heidelberg Stress Scale, Stasch, 2006; for assessing motor development: “The Global Motor Function Classification System”, supplementing it with the “Global Motor Function Assessment Scale” (88, GMFMS-88; Russel et al, 2002). Data analysis was carried out using methods of mathematical statistics using the SPSS 21.0 program.

Results. The article describes the assessment of the rehabilitation potential of a premature infant (birth weight 660 grams) based on ICF.

Conclusion. The practical application of the International classification of functioning makes it possible for an interdisciplinary team of specialists to build a consistent, complex and continuous process of habilitation of premature children from the newborn period, based on a biopsychosocial model of health. Evaluation of rehabilitation potential using a unified classification language allows us to qualitatively identify the cause of the main difficulties in the mental functioning of premature infants or their combination in the components of Activity and Participation, and to build an individual intervention program taking into account biological and social factors of development.

Key words: *preterm infants, mental development, ICF, rehabilitation potential, habilitation, early intervention*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Andrushchenko N.V. - PhD, I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Faculty of Pediatrics, Department of Pediatric Neuropathology and Neurosurgery (Saint Petersburg); docent, Saint Petersburg State University, Faculty of psychology (Saint Petersburg); tel: 8(921)789-47-63; ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1301-1668>; eLibrary SPIN: 3819-1577; e-mail: natvladandr@gmail.com

Muhamedrahimov R.J. – PhD, Professor, Saint Petersburg State University, Faculty of psychology (Saint Petersburg); ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3532-5019>; eLibrary SPIN: 2152-7080; e-mail: rjm@list.ru

Kryukov E.Yu. - MD, Professor, I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Faculty of Pediatrics, Department of Pediatric Neuropathology and Neurosurgery (Saint Petersburg); ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0746-5826>; eLibrary SPIN: 2847-5348.

Maier M.A. – Saint Petersburg State University, Faculty of psychology (Saint Petersburg); tel: 8(981)794-61-99; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9126-4356>; eLibrary SPIN: 9620-7307; e-mail: mariaalex_maier@mail.ru.

Введение. Недоношенность является независимым фактором риска неблагоприятного развития и демонстрирует значительные вариации в видах и степени тяжести нарушений [13]. У недоношенных детей в младенческом возрасте отмечаются неврологические, соматические и сенсорные нарушения, а также особенности психического развития, приводящие в дальнейшем у части детей к ограничениям возможностей здоровья и инвалидности [1,3,7,10–13,16]. Помимо биологических факторов, дальнейшее психическое здоровье младенца зависит от качества отношений в диаде «мать-дитя» [5], проявляемых в том числе в виде регуляторных расстройств раннего возраста. В свою очередь, возникновение одного или более регуляторных расстройств (плач, проблемы с питанием и сном) в первые несколько месяцев жизни является предиктором более поздних когнитивных и поведенческих проблем и имеют тенденцию к увеличению в младшем и дошкольном возрасте [2,5].

Влияние отношений внутри семейной системы на функционирование ребёнка в «детской» фазе развития, особенно в младенческом и раннем возрасте, формируют основу для приобретения различных жизненных навыков. Роль физического и социального окружения имеет огромное значение для разрешения многих проблем, связанных с нарушениями структур и функций организма, ограничениями активности и участия [4].

Обзор данных литературы показывает, что на сегодняшний день активно разрабатывается комплексный подход к реабилитации недоношенных с учётом этапности оказания помощи и определением реабилитационного потенциала для организации междисциплинарного взаимодействия. При этом особую группу составляют дети, рождённые с экстремально низкой и очень низкой массой тела [1,2,6]. В настоящее время существует модель четырёхэтапного выхаживания недоношенных детей, которая включает: отделение реанимации и интенсивной терапии, отделение недоношенных детей после наступления стабилизации состояния для дальнейшего наблюдения и лечения, отделение для грудных детей с массой тела ≥ 2000 г или 1 месяца скорректированного возраста и отделение катамнеза («follow-up») для наблюдения и снижения частоты хронических форм заболеваний и уменьшения ранней инвалидности у глубоконедоношенных детей [6,8].

Подход в оказании помощи недоношенным детям, с учётом всех основных категорий жизнедеятельности, может быть разработан при условии более последовательного использования Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и подростков (МКФ-ДП, International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth, (ICF-CY). МКФ-ДП является инструментом дифференциальной диагностики состояния здоровья и оценки динамики развития на различных возрастных этапах, а также используется как научная основа для понимания и изучения функционирования индивида, в частности, имеет применение в исследовательских работах, клинической практике, социальной политике и в образовании [4]. В 2001 году государствами - членами Всемирной организации здравоохранения была принята Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ, ICF). В 2007 году была предложена МКФ для детей и подростков (ICF-CY), переведенная на русский язык в 2016 году. Версия для детей и подростков модифицирует и расширяет компонент «активность», расширяет содержание основного тома МКФ, обеспечивая специфические и дополнительные подробности для полного описания структур организма, активности и участия, факторов окружающей среды применительно к детям всех возрастов, в частности к младенческому и раннему возрасту [4, 15].

Концептуальная платформа МКФ основана на биопсихосоциальной модели здоровья, предложенной Джорджем Энгелем более 30 лет назад. Биопсихосоциальная перспектива признает интерактивное влияние физических, психологических и социальных факторов на здоровье и важность понимания точки зрения индивида в отношении его собственного здоровья и благополучия [14].

МКФ-ДП предлагает концептуальные рамки и единый стандартизированный терминологический язык для обозначения проблем в областях (компонентах) функций и структур организма, ограничений активности и возможности участия, а также оценивает факторы окружающей среды, имеющие важное значение для детей и подростков [4].

Междисциплинарная команда специалистов: врачи, психологи, педагоги, кинезиотерапевты, эрготерапевты при включении в реабилитационный процесс детей и их семей (опекунов) имеют возможность общения на универсальном языке, описывающем потребности младенцев и детей раннего возраста в области здравоохранения и образования в соответствии с их возрастным периодом [4]. Это способствует возможности активного участия ребёнка в жизни общества, раскрытию личностного потенциала и проявлению у родителей уверенности в своих силах [4].

Внутри каждого компонента имеется исчерпывающий перечень категорий (доменов), которые служат единицами классификации. Категории МКФ обозначаются буквенно-цифровыми кодами и иерархически организованы по главному, второму, третьему и четвертому уровням. При переходе с уровня главы на четвертый уровень определение категории становится более детализированным.

Классификация также включает так называемые квалификаторы МКФ, которые количественно определяют степень проблемы, испытываемой человеком в конкретной категории МКФ. В основном томе МКФ универсальный определитель охватывает 5 уровней от «0» – нет проблем, до «4» полные или абсолютные проблемы. Поскольку факторы окружающей среды также могут быть фасилитаторами, квалификатор МКФ для фасилитаторов обозначается знаком плюс [4]. Негативные аспекты окружающей среды квалифицируются как барьеры, в то время как позитивные величины универсального определителя используются для обозначения облегчающей роли факторов окружающей среды [4].

Для облегчения использования МКФ в клинической практике крайне важно иметь инструменты, основанные на МКФ, которые могли бы быть интегрированы в уже существующие процессы. Первым шагом к созданию инструментов на основе МКФ для клинической практики стала разработка основных наборов МКФ (ICF Core Sets), в которых собраны категории МКФ для оценки некоторых состояний нарушений и ограничений работы организма. Основные наборы МКФ представляют собой краткие списки категорий МКФ, которые считаются наиболее релевантными для описания лиц с определенным состоянием здоровья или в конкретной обстановке. В условиях реабилитации базовый набор МКФ может помочь управлять процессом реабилитации. «ICF Core Sets» были разработаны для нескольких состояний здоровья, например: для травмы спинного мозга, для различных неврологических состояний, при шизофрении, депрессии, нарушениях сна, биполярных расстройствах и ряда соматических заболеваний [4]. В настоящий момент в отношении недоношенных детей таких наборов пока не разработано.

В литературе представлены единичные работы, содержащие данные комплексной оценки биологических, психологических и отдельных социальных факторов развития на различных этапах помощи недоношенным, реализуемые на базе МКФ [6,9]. Следует подчеркнуть, что авторами не были исследованы характеристики психического функционирования и особенности социальной среды недоношенного ребёнка. Настоящее исследование, прежде всего, обращено к особенностям психического функционирования недоношенных детей в младенческом возрасте при учете их социальной среды. Работа выполнена на отделениях катанестического наблюдения многопрофильной детской городской больницы.

Цель. Изучение характеристик психического функционирования в связи с биологическими и социальными факторами развития у недоношенных детей в младенческом возрасте.

Материалы и методы. В исследование включено 29 пациентов (15 девочек и 14 мальчиков), достигшие скорректированного возраста от 11 до 13 месяцев (средний скорректированный возраст $11,9 \pm 0,7$ месяцев), проходившие этап госпитального наблюдения и получавшие лечение в период новорожденности в условиях «Детского городского многопрофильного клинического специализированного центра высоких медицинских технологий». Эти дети были рождены в период с 23-й по 33-ю неделю беременности с массой тела ≥ 500 грамм при рождении (средний гестационный возраст $28,4 \pm 3,3$ – недель, средний вес при рождении - 1158 ± 467 г, от 630 до 2250 г). Средний возраст матерей недоношенных детей составил $33,5 \pm 4,9$ лет.

Биологические факторы для компонентов МКФ Структуры и Функции организма оценивались с помощью методов нейровизуализации (Ультразвуковое исследование головного мозга, ультразвуковые аппараты: переносной «Terason – t 3000, США», «Mindray M7, Китай», «Acuson Sequoia 512 (Siemens)», «Voluson 730 PRO (GE)», МСКТ/МРТ головного мозга), клинических неврологических шкал (Модифицированная шкала спастичности Ашворта, Modified Ashworth scale of muscle spasticity, R. Bohanov, V. Smith, 1987; D. Wade, 1992), врачебных заключений педиатра, невролога, офтальмолога, отоларинголога. Клинико-анамнестические данные матери и ребенка, в том числе и социально-демографические данные семьи, на основании беседы с родителями и изучения истории болезни ребёнка заносились в специально разработанные формы регистрации получаемой информации.

Для оценки психического функционирования ребенка были использованы следующие методики:

1. Методика оценки психического развития Баттелл («The Battelle Developmental Inventory With Recalibrated Data and Norms»; Newborg et al., 1984; далее в тексте «методика Баттелл»), предназначенная для оценки уровня психического развития здоровых детей и детей с особыми потребностями в возрасте от рождения до 8 лет.

2. Опросник для родителей «Ages and Stages Questionnaires» (ASQ-3; Squires J., Bricker D., Twombly E. et al., 2009), который используется для скрининга психического развития ребенка в возрасте от 1 до 72 месяцев в пяти областях: коммуникативное развитие, общая и мелкая моторика, когнитивное и социально-эмоциональное развитие.

Для оценки крупных моторных функций использовались «Система классификации глобальных моторных функций» (Gross Motor Function Classification System, GMFCS) и дополняющая ее «Шкала оценки глобальных моторных функций» (Gross Motor Function Measurement System-88, GMFMS-88; Russel et al, 2002). GMFCS учитывает качество состояния двигательной функции, а GMFMS дает возможность сопоставления полученной оценки двигательных возможностей ребенка с возрастной нормой детей с нарушенными двигательными стереотипами, а не здоровой группы.

Для оценки родительско-детского взаимодействия использованы:

1. Методика оценки ранних отношений в паре ребенок - родитель (Parent-Child Early Relationship Assessment, PCERA; Clark, 1985), которая применяется для анализа психологического взаимодействия в паре «мать-ребенок», записанного на видео, и позволяет оценить характеристики взаимодействия со стороны взрослого, ребенка, и в диаде. Методика включает перечень из 65 характеристик психологического взаимодействия (29 родителя, 28 – ребенка, 8 – в диаде), оцениваемых по пятибалльной шкале, и сгруппированных в 12 субшкал (6 субшкал для взрослого – тон голоса, эмоции, настроение, отношение к ребенку, эмоциональная и поведенческая вовлеченность во взаимодействие, родительский стиль; 4 для ребенка - эмоции и настроение, адаптация, уровень активности, коммуникация; 2 для диады - эмоциональные составляющие взаимодействия; взаимность).

2. Мюнхенская клиническая шкала коммуникативной диагностики, (Papousek, 1996) которая также применяется для микроанализа психологического взаимодействия в паре «мать-ребенок», записанного на видео, позволяет оценить характеристики взаимодействия со стороны взрослого, ребенка, и в диаде, но имеет большую практическую направленность по сравнению с предыдущей методикой.

Результаты исследования. Клинический пример. Мальчик В., рожденный с весом 630 грамм, 3/5 по шкале Апгар. Состояние крайне тяжелое за счёт дыхательной недостаточности (ДН), незрелости, неврологической симптоматики. Интубация, введение курорсурфа, искусственная вентиляция легких (ИВЛ) с жесткими параметрами, инотропная поддержка. На 2-е сутки жизни переведён на отделение реанимации «Детского городского многопрофильного клинического специализированного центра высоких медицинских технологий». Продолжена ИВЛ (всего на ИВЛ – 14 дней, O₂ – зависимость до возраста 3-х месяцев 13 дней), инотропная поддержка. По данным ультразвукографического обследования головного мозга определено внутрижелудочковое кровоизлияние второй степени с 2-х сторон. Отмечались осложнения в виде гипергликемии, пареза кишечника, тяжелого течения бронхолегочной дисплазии с неполной медикаментозной ремиссией. После стабилизации состояния был переведён на второй этап на отделение патологии новорождённых. На третий этап переведён в возрасте 4 месяцев 5 дней с массой тела 3036 грамм. Наблюдался неврологом, неонатологом, нейрохирургом, хирургом, офтальмологом, пульмонологом.

Оценка реабилитационного потенциала (РП) произведена перед началом комплексной реабилитации в 13 месяцев (корректированный возраст 9 месяцев). В областях Активность и Участие возможности ребёнка были диагностированы по следующим категориям функционирования: общение, обучение и применение знаний, мобильность, включая манипулирование объектами, самообслуживание, межличностные взаимодействия и отношения. Нарушения в функциях восприятия речи, активной речи, перцептивных процессов и мелкой моторики, навыков адаптации (питание, одевание, туалет), социально-личностной сферы были выражены слабо – в пределах 5-24% при оценке РП в «1» балл (отмечалась задержка развития на один возрастной период). Общая оценка моторных навыков по параметрам GMFMS составила 73, 36%, из которых параметры ходьбы составляли 15,3% (ребёнок был ещё неустойчив при стоянии, ходил с поддержкой за две руки, активно вставал у опоры и передвигался вдоль неё) и являлись основной мишенью для абилитации. С позиции МКФ показатели психического развития ребенка оценивались как имеющие высокий реабилитационный потенциал (5-24%) с отставанием на один возрастной период, что учитывалось при составлении индивидуального плана комплексной абилитации.

Оценены показатели социальной среды ребенка. Оценка взаимодействия с матерью продемонстрировала функциональное взаимодействие (по Мюнхенской интеракционной диагностике Папушек). В семье ребенка проживает старший сибс – мальчик 8 лет; показатели семейного стресса, оцененные по Гейдельбергской

шкале стресса, низкие, семья хорошо социально интегрирована и при необходимости может рассчитывать на получение дополнительной помощи от близких. Родители доступны к контакту, демонстрируют партнерские отношения, психически устойчивы, могут адекватно справляться с ситуацией, вносящей изменения в отношения и связанной с увеличением нагрузки, связанной с заболеванием ребенка; финансовая семейная ситуация надежная, хорошие условия проживания. В данном случае в разделе Факторы окружающей среды категории поддержка и взаимоотношения, а также установки (семьи) будут выступать фасилитаторами, обозначаться со знаком «+» и иметь высокий уровень РП – «4+». В этом случае, дополнительных вмешательств, нацеленных на изменение социальной среды, не планировалось, однако, планировались действия, направленные на ее поддержку.

Таким образом, реабилитационная команда при участии семьи ребенка определила Реабилитационный потенциал, были сформулированы долгосрочные и краткосрочные цели вмешательства в связи с категориями МКФ их приоритетность, спрогнозированы значения квалификатора по категориям по завершении вмешательства на данном курсе.

Междисциплинарная команда специалистов была представлена врачом – неврологом, педиатром, Войта-терапевтом, медицинским психологом, логопедом и Монтессори-терапевтом.

Мальчику рекомендованы 15 занятий Войта-терапии, 8 коррекционных занятий с логопедом, 8 коррекционно-развивающих занятий в группе для тоддлеров под руководством клинического психолога;

Монтессори-терапевтические занятия проводились в присутствии и при активном участии матери (поддержка социальной среды, развитие взаимодействия родитель-ребенок), в последующем полученные на занятиях навыки переносились в домашнюю среду.

В результате вмешательства было достигнуто для каждой категории значение квалификатора, которое определялось на этапе его планирования.

Заключение. Практическое применение Международной классификации функционирования даёт возможность междисциплинарной команде специалистов выстраивать последовательный, комплексный и непрерывный процесс абилитации недоношенных детей с периода новорождённости, основанный на биопсихосоциальной модели здоровья.

Оценка реабилитационного потенциала при использовании унифицированного языка классификации позволяет качественно идентифицировать причину основных трудностей психического функционирования недоношенных младенцев или их комбинацию в компонентах Активности и Участия и выстраивать индивидуальную программу вмешательства с учётом биологических и социальных факторов развития.

Данный инструмент поощряет междисциплинарное взаимодействие, поскольку он требует от специалистов по абилитации обсуждать и определять общее состояние недоношенного ребёнка в начале курса, принимать решение об оценках для каждой категории РП МКФ и устанавливать общие цели, определять ведущие виды вмешательства и распределять обязанности по их проведению, а также обсуждать по их завершению достижение целей.

Источник финансирования. Научно-исследовательская работа выполняется при поддержке гранта Российского фонда научных исследований (№ 18-013-01183) на тему «Комплексное изучение особенностей психического развития недоношенных детей младенческого возраста с внутрижелудочковыми кровоизлияниями и постгеморрагической гидроцефалией».

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Айламазян Э.К., Евсюкова И.И. Дискуссионные проблемы преждевременных родов и выхаживания детей с экстремально низкой массой тела. Журнал акушерства и женских болезней. 2011. Т. LX, № 3. С. 183-189. Ссылка активна на 28.02.2020. [Ailamazyan EK, Evsyukova II. Discussion problems of preterm birth and nursing of children with extremely low body weight. Journal of Obstetrics and Women's Diseases. 2011; LX (3):183-189. Accessed February 28, 2020. (In Russ.).] <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=16895208>

2. Андрущенко, Н.В. Патопсихология в детском возрасте. Часть 1. Регуляторные расстройства в младенческом и раннем детском возрасте. СПб: Издательство СПбГУ, 2016. 62 с. Ссылка активна на 28.02.2020. [Andrushchenko N.V. Pathopsychology in childhood. Part 1. Regulatory disorders in infancy and early childhood. SPb: Publishing house SPbSU, 2016. 62 p. Accessed February 28, 2020. (In Russ.).] <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26353492>

3. Волянюк Е.В., Сафина А.И., Комплексная реабилитация недоношенных детей на первом году жизни. Вестник современной клинической медицины, 2013, №6(6). С. 59-62. Ссылка активна на 28.02.2020. [Volyanyuk E., Safina A. Integrated rehabilitation premature infants in the first year of life. Bulletin of modern clinical medicine, 2013, № 6(6): 59-62. Accessed February 28, 2020. (In Russ.).] http://vskmjournals.org/images/Files/Issues_Archive/2013/Issue_6/VSKM_2013_N_6_p59-62.pdf
4. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Женева: ВОЗ, 2001. 342 с. Ссылка активна на 28.02.2020. [World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2001. 342 с. Accessed February 28, 2020. (In Russ.).] <https://www.who.int/classifications/icf/en/>
5. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. СПб.: Издательство СПбГУ, 2003. 288 с. Ссылка активна на 28.02.2020. [Mukhamedrakhimov R.Zh. Mother and baby: psychological interaction. SPb: Publishing house SPbSU, 2003. 288 p. Accessed February 28, 2020. (In Russ.).] <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=20076643>
6. Нефедьева Д.Л. Горюнова И.Г. Организация мультидисциплинарной реабилитации и абилитации недоношенных детей на основе определения реабилитационного потенциала. Практическая медицина, 2016. Т. 7, №99. С. 81-85. Ссылка активна на 28.02.2020. [Nefedieva D.L. Goryunova I.G. Organization of multidisciplinary rehabilitation and habilitation of premature babies based on the definition of rehabilitation potential. Practical Medicine, 2016;7(99):81-85. Accessed February 28, 2020. (In Russ.).] <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=27385176>
7. Пальчик А.Б., Федорова Л.А., Понятишин А.Е. Неврология недоношенных детей. М.: МЕДпресс-информ, 2010. 352 с. Ссылка активна на 28.02.2020. [Palchik A.B., Fedorova L.A., Ponyatishin A.E. Neurology of premature babies. M.: MEDpress-inform, 2010;353. Accessed February 28, 2020. (In Russ.).] <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=19552490>
8. Потапова М.В., Сафина А.И., Малова А.А., Шарипова О.В., Агапова И.В. Этапность оказания медицинской помощи недоношенным детям с экстремально низкой и очень низкой массой тела в условиях городской детской больницы. Вестник современной клинической медицины, 2013; 6: 1: 90-94. Ссылка активна на 28.02.2020. [Potapova M.V., Safina A.I., Malova A.A., Sharipova O.V., Agapova I.V. The stages of medical care for premature babies with extremely low and very low body weight in the conditions of the city children's hospital. Bulletin of modern clinical medicine, 2013; 6: 1: 90-94. Accessed February 28, 2020. (In Russ.).] <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=18954140>
9. Суренкова, И.Н., Скоромец А.П., Сулова Г. А. Практический опыт ведения недоношенных детей на этапе реабилитации в условиях амбулаторно-поликлинической службы, первые три года жизни. Нейрохирургия и неврология детского возраста, 2016;2:48:12-17. Ссылка активна на 28.02.2020. [Surenkova I.N., Skoromets A.P., Suslova G.A. Practical experience of managing premature infants at the stage of rehabilitation in the outpatient service of the first three years of life. Neurosurgery and Neurology of Children, 2016;2:48:12-17. Accessed February 28, 2020. (In Russ.).] <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29423550>
10. Blencowe H., et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. Lancet. 2012;379:2162–2172. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60820-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60820-4)
11. Elgen S. et al. Mental Health in Children Born Extremely Preterm Without Severe Neurodevelopmental Disabilities. PEDIATRICS, 2016;137:4:e20153002. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3002>
12. Liegl R., inc. all. Retinopathy of prematurity: the need for prevention. Eye and Brain. 2016;8:91-102. <https://doi.org/10.2147/EB.S99038>
13. Rogers E. et al. Survival and Major Morbidity of Extremely Preterm Infants: A Population-Based Study. Pediatrics. 2016;138:1:e20154434. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4434>
14. Siegert R. Theory development and a science of rehabilitation, Disability and Rehabilitation 27(24):1493-501, 2006. <http://dx.doi.org/10.1080/09638280500288401>
15. Simeonsson R. ICF-CY: A Universal Tool for Documentation of Disability, Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities Volume 6 Number 2 pp 70–72 June 2009. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2009.00215.x>
16. Taylor H. et al. Resilience in Extremely Preterm/Extremely Low Birth Weight Kindergarten Children. Journal of the International Neuropsychological Society, - April 2019, pp. 362-374. <https://doi.org/10.1017/S1355617719000080>

УДК 364.075.2

ПРИМЕНЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОБОРУДОВАНИЯ В РАБОТЕ ПЕДАГОГА-ПСИХОЛОГА С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ

Цинявская Т.В.

Государственное автономное учреждение социального обслуживания Свердловской области
«Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Талисман»
Екатеринбурга»
Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. В статье рассматриваются результаты применения реабилитационного оборудования в психолого-педагогической практике с детьми-инвалидами.

Цель. Создание оптимальных социально-психологических условий, необходимых для успешной интеграции ребенка-инвалида в социум является целью работы психолога.

Материалы и методы. Представлен опыт использования в практике интерактивного и сенсорного оборудования.

Результаты. В результате его применения специалист формирует базу для становления когнитивной, эмоциональной, коммуникативной сфер ребенка.

Заключение. Дается анализ и качественная оценка полученных результатов.

Ключевые слова: интерактивная песочница, сенсорное оборудование, эмоции, познавательные процессы, дети-инвалиды, дети с нарушениями жизнедеятельности, развитие когнитивных функций.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Цинявская Татьяна Валерьевна, к.п.н.; телефон 8 (922) 200-43-42; e-mail: ttsinyavskaya@mail.ru

APPLICATION OF REHABILITATION EQUIPMENT IN THE WORK OF A TEACHER-PSYCHOLOGIST WITH CHILDREN WITH DISABILITIES

Tsinyavskaya T.V.

Place of work: State Autonomous Social Service Institution of the Sverdlovsk Region "Rehabilitation center for children and adolescents with disabilities "Talisman" of the city of Yekaterinburg"
Yekaterinburg, Russia

Abstract

Background. The article discusses the results of the use of rehabilitation equipment in psychological and pedagogical practice with children with disabilities.

Aim. The creation of optimal social and psychological conditions necessary for the successful integration of a disabled child into society is the goal of a psychologist.

Materials and methods. The experience of using interactive and touch equipment in practice is presented.

Results. As a result of its use, the specialist forms the basis for the formation of the cognitive, emotional, communicative spheres of the child.

Conclusion. The analysis and qualitative assessment of the results are given.

Key words: interactive sandbox, sensory equipment, emotions, cognitive processes, children with disabilities, development of cognitive functions.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Tsinyavskaya Tatyana Valerievna, Ph.D.; telephone number 8 (922) 200-43-42; e-mail: ttsinyavskaya@mail.ru

Введение. Среди задач, которые призваны решать науки о человеке, одной из важнейших является разработка теории фундаментальной ценности здоровья. Человеческое здоровье составляет неотъемлемую часть общественного богатства, «здоровье населения, как зеркало отражает лицо общества» [1]. Здоровье отдельного человека зависит от множества социальных причин и условий: жилищно-бытовых, условий труда, качества питания, степени доступности медицинской помощи, состояния внешней окружающей среды и т.д.

Сегодня, в условиях системного кризиса, когда вышеперечисленные условия не соответствуют требованиям и дополняются нестабильностью социально-политической ситуации, социальным расслоением, морально-нравственным упадком, проблемы генофонда нации и выживания слабозащищенных категорий населения, среди которых дети – инвалиды и их семьи, стоят наиболее остро. В России, как и во всем мире, наблюдается тенденция роста детей с нарушениями жизнедеятельности. С конца XX столетия частота детской инвалидности в нашей стране увеличилась в 2 раза и по разным данным составляет от 6 до 9%. При сохранении этой тенденции прогноз будущего для населения нашей страны крайне пессимистичен. Для того, чтобы человек с ограничениями жизнедеятельности почувствовал себя полноценным членом общества

необходимо создать условия для преодоления ограничений, возникших в его жизни, предоставить ему равные со здоровыми людьми возможности участия в жизни общества [2]. Понятие «дети с ограниченными возможностями» охватывает категорию лиц, жизнедеятельность которых характеризуется какими-либо ограничениями или отсутствием способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека данного возраста. Это понятие характеризуется чрезмерностью или недостаточностью по сравнению с обычным в поведении или деятельности, может быть временным или постоянным, а также прогрессирующим и регрессивным [3]. В период кризиса, семьи, имеющие детей-инвалидов, нуждаются в особой поддержке. Осознание того факта, что человек является высшей ценностью и целью общественного развития, делают актуальной смену концепции социальной защиты. Приоритетные направления социальной политики в отношении инвалидов определены в Законе Российской Федерации «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», принятом в 1995 году [4], а так же в ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» (от 28 декабря 2013г.) [5]. Данные документы явились основанием для создания правового поля в сфере инвалидности и определили в законодательном порядке одним из основных направлений социальной политики государства реабилитацию инвалидов, как систему и процесс восстановления нарушенных связей индивидуума и общества, способов взаимодействия инвалида и социума.

Важная роль в этом процессе отводится учреждениям, непосредственно реализующим программу реабилитации, разрабатываемую, в соответствии с действующим законодательством.

В детском реабилитационном центре помимо врачей экспертов, в реабилитации и социализации детей с нарушениями жизнедеятельности принимают участие педагоги, психологи и специалисты по социальной работе. Такой тандем создает хорошую базу для реальной помощи детям и семьям, в которых они воспитываются. Совместное участие специалистов в судьбе ребенка с нарушениями жизнедеятельности отвечает современным гуманистическим концепциям помощи и ставит ее на качественно новую основу [6],[7].

Многолетний опыт организации реабилитационного процесса в государственном автономном учреждении социального обслуживания Свердловской области «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Талисман» города Екатеринбурга» (далее - РЦ «Талисман») дал возможность наблюдать психологические трудности множества семей имеющих ребенка – инвалида. Процесс адаптации такого ребенка к социальной среде занимает длительный период. В рамках комплексной реабилитации/абилитации детей, как системы специальных мероприятий, направленных на восстановление (развитие, формирование) психических функций, процессов, свойств, способностей, позволяющих ребенку максимально успешно адаптироваться в социуме, специалисты реабилитационного центра, осваивая новые реабилитационные и абилитационные технологии, отдают предпочтение взаимодействию с объемным, ярким оборудованием. [8]

Цель. Целью работы психолога является развитие адаптационного потенциала ребенка, а именно, создание оптимальных социально-психологических условий, необходимых для успешной интеграции ребенка в социум. Психологическая помощь, оказываемая ребенку с ограниченными возможностями, обусловленными спецификой нарушений функций и структур организма, предполагает восстановление активности и участия ребенка в социуме. Основываясь на этом, можно выделить принципы работы психолога: Формировать активную жизненную позицию ребёнка и его родителей. Учитывать в работе закономерности и последовательность развития ребёнка; Учитывать в работе индивидуальные особенности физического и психического развития детей; Формировать эмоциональное здоровье семьи и ребёнка. Задачи, которые стоят перед психологом: Адаптация существующих методов, средств, приёмов развития сенсорных функций для детей дошкольного возраста с нарушениями развития. Разработка и структуризация материалов для занятий, с использованием инновационных технологий, в т.ч интерактивной песочницы и сенсорного оборудования. Новые подходы к работе с детьми с нарушениями жизнедеятельности, а так же использование современного оборудования помогают достичь результатов в наиболее краткие сроки, в т.ч: повышается эмоциональный фон у детей; развивается восприятие, наблюдательность. Развиваются представления о цвете, форме, величине; развивается крупная и мелкая моторика; развивается память. Динамику изменений в формировании функции у ребенка удается фиксировать уже через 2 – 3 недели реабилитационного заезда. Ребенок учится интегрировать полученные навыки в повседневную жизнь, повышается уровень его осведомленности, повышается качество его взаимодействия с внешней средой. По результатам занятий семья ребенка получает рекомендации по способам наиболее эффективного закрепления полученных навыков в домашних условиях [9].

Материалы и методы. В соответствии с приказом от 23 апреля 2018 г. № 275 Министерств труда и социальной защиты Российской Федерации «Об утверждении примерных положений о многопрофильных реабилитационных центрах для инвалидов и детей-инвалидов, а также примерных перечней оборудования,

необходимого для предоставления услуг по социальной и профессиональной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов» [10], РЦ «Талисман» приобрел следующие материалы для оборудования кабинета психолога:

- оборудование для песочной терапии;
- оборудование для сенсорной комнаты;
- рабочие материалы для коррекции;
- средства для тренировки внимания;
- средства для тренировки памяти;
- средства обучения и развития способности понимать причину и следствие;
- средства обучения навыкам индуктивного/дедуктивного мышления;
- средства обучения навыкам умозрительного восприятия;
- средства обучения последовательности действий;
- средства обучения способности классифицировать;
- средства обучения способности решать проблемы;
- тестовые методики для психолого-педагогической диагностики и консультирования.

Применение комплекса материалов позволяет увеличить эффективность коррекционно-развивающего процесса. Но, в данном тексте представлена качественная и количественная оценка воздействия именно интерактивного и сенсорного оборудования.

В обычной жизни сложно объединить песок с подсветкой и интерактивными заданиями, воду со светящимися пузырьками, светящиеся нити, бесконечный коридор со сменой световых режимов, ночное небо с мягким мерцанием звезд. Интерактивное и сенсорное оборудование насыщает восприятие ребенка и зрительными, и аудиальными, и тактильными стимулами, позволяя ему погрузиться в новую насыщенную развивающую среду. И зрение, и слух — все чувства сосредотачиваются на восприятии новой необычной информации, вызывая интерес ребенка и желание насытиться сенсорными ощущениями. Наблюдается стабилизация эмоционального состояния и повышение эмоционального фона у ребенка. Под воздействием положительных эмоций дети быстрее усваивают когнитивный материал [11],[12]. Формируется зрительный гнозис: восприятие цвета, формы, величины. Благодаря специальным программам интерактивной песочницы развиваются функции зрительной и слухоречевой памяти; развиваются мыслительные операции классификации, анализа и синтеза.

Сенсорное оборудование само по себе насыщает ребенка визуальными, аудиальными и тактильными стимулами и привлекательно для его восприятия. Но основная идея занятий с использованием подобного оборудования состоит в том, что специалист, занимающийся с ребёнком, не просто сопровождает взаимодействие ребенка и технических устройств, а устанавливает особые доверительные отношения с подопечным, тем самым вызывая развитие его потенциала. Педагог должен сам проявить креативность, чтобы «вписать» возможности оборудования в контекст занятия, направленного на достижение определенных коррекционно-развивающих целей конкретно с этим ребенком.

Если занятия преследуют своей целью когнитивное развитие ребенка, педагогу важно правильно подобрать программы, заложенные в меню интерактивного оборудования. Дети, в ходе занятия, обучаются следовать инструкции и действовать по образцу, становятся более наблюдательными. У них расширяются представления об окружающем мире, повышается уровень общей осведомленности, развивается зрительное и слуховое восприятие, улучшаются показатели зрительной и слухоречевой памяти, развивается активная речь или звукоподражание, повышается уровень познавательной активности, способности использовать предыдущий опыт, формируется умение определять причинно-следственные связи, развивается крупная и мелкая моторика, формируется мотивация к познавательной деятельности. Так же наблюдается повышение эмоционального фона и стабилизация эмоционального состояния. Если занятия направлены на эмоциональное развитие ребенка, то оборудование помогает создать фоновую настройку, а специалист, «обыгрывая» ситуацию вовлекает ребенка в арт-терапевтическое взаимодействие. Спектр действий педагога-психолога достаточно широк: чтение детям персонализированных сказок, рисование, создание арт-продукта. В этом случае, оборудование выполняет функцию фона.

Итак, при использовании интерактивного и сенсорного оборудования очень важны не только функции технических устройств, но и творческий подход педагога, перед которым стоят задачи развития познавательной, эмоциональной или коммуникативной сфер ребенка.

Результаты исследования. За период (январь 2018 года - декабрь 2019 года) использования сенсорного оборудования и интерактивной песочницы в кабинете психолога РЦ «Талисман» коррекцию прошли 400 детей-инвалидов в возрасте от 2 до 9 лет. Из них 93,5% детей проходили курс по направлению развития когнитивно-интеллектуальной сферы; 6,5% - по направлению развития эмоционально-волевой сферы.

Анализируя данные мониторинга, отмечены следующие результаты: 95% детей-инвалидов прошли курс занятий педагога-психолога с улучшением в показателях сформированности когнитивной-интеллектуальной и эмоциональной-волевой сфер: дети начали больше использовать связующие слова, что говорит об улучшении словесно-логического мышления; 46% детей овладели представлениями о цвете, форме, величине; 38% детей научились находить и обобщать предметы в пары, подбирать им обобщающие слова, отгадывать предметы по признакам, выделять главное в вопросе, в задании, фокусироваться на заданной теме, что свидетельствует об улучшении понимания логико-грамматических конструкций и улучшении мыслительных операций в целом. У 86% детей-инвалидов в результате занятий снизилась тревожность, улучшились коммуникативные навыки, они стали лучше взаимодействовать в группе. В 77% случаев наблюдается повышение контроля своих эмоций.

Заключение. Таким образом, используя в своей практике интерактивное и сенсорное оборудование, специалист формирует базу для становления когнитивной, эмоциональной, коммуникативной сфер ребенка. При использовании интерактивного и сенсорного оборудования очень важны не столько функции технических устройств, а сколько профессиональный подход педагога, перед которым стоят задачи наиболее оптимального развития адаптационного потенциала ребенка для успешной интеграции его в социум.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

Благодарности. Ковровой Екатерине Анатольевне, зам. директору ГАУ «РЦ «Талисман» Екатеринбург» за помощь в редакции текста статьи.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Экхольм Э. Окружающая среда и здоровье человека. - М.: «Прогресс», 1980 Ekholm E. Environment and human health. - M.: "Progress", 1980
2. Андреева Г.М. Психология социального познания. - М., 2000. Andreeva G. M. Psychology of social cognition. - Moscow, 2000.
3. Актуальные проблемы специального образования и сопровождения лиц с ограниченными возможностями здоровья: материалы межрегион. науч.-практ. конф. / Отв. ред. Е.В. Кухтык. - Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2013. - с. 127-136. Actual problems of special education and support for persons with disabilities: materials Mezhrefion scientific-practical Conference / Ed. E. V. Kukhtyak. - Kostroma: KSU named after N. A. Nekrasov, 2013. - p. 127-136.
4. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 N181-ФЗ (последняя редакция) // http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (дата обращения: 25.02.2020) Federal law "on social protection of disabled persons in the Russian Federation" of 24.11.1995 N 181-FZ (last edition) // http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (accessed: 25.02.2020)
5. Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28.12.2013 N 442-ФЗ (последняя редакция) // http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/ (Дата обращения: 25.02.2020) Federal law "on the basics of social services for citizens in the Russian Federation" dated 28.12.2013 N 442-FZ (latest version) // http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/ (accessed: 25.02.2020)
6. Пермина С.В., Цинявская Т.В. Особенности психологического состояния женщины, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья. // Психология XXI столетия // Сб. по материалам ежегодного Конгресса «Психология XXI столетия» (Ярославль, 13-15 мая 2016) / Под ред. Козлова В.В. - Ярославль, ЯрГАУ, МАПН, 2016 — 570с., с.336-342. Permina S. V., Tsinyavskaya T. V. Features of the psychological state of a woman raising a child with disabilities. // Psychology of the XXI century // Collection of materials of the annual Congress "Psychology of the XXI century" (Yaroslavl, may 13-15, 2016) / Ed. Kozlov V. V.-Yaroslavl, YrGAY, MAPN, 2016-570s., p. 336-342.
7. Цинявская Т.В. Психологические особенности женщин, воспитывающих детей с ограниченными возможностями развития. // Психология XXI столетия // Сб. по материалам ежегодного Конгресса «Психология XXI столетия» (Ярославль, 13-15 мая 2016) / Под ред. Козлова В.В. - Ярославль, ЯрГАУ, МАПН, 2016 — 570с., с.515-519. Tsinyavskaya T. V. Psychological characteristics of women raising children with development disabilities. // Psychology of the XXI century // Collection of materials of the annual Congress "Psychology of the XXI century" (Yaroslavl, may 13-15, 2016) / Ed. Kozlov V. V.-Yaroslavl, YrGAY, MAPN, 2016-570s., p. 515-519.
8. Хомская Е.Д., Батова Н.Я. Мозг и эмоции. Нейропсихологическое исследование - Москва: Издательство Московского университета, 1992 — с.180 Chomskaya E. D., Batova N. Ya. Brain and emotions. Neuropsychological research - Moscow: Moscow University press, 1992-p. 180

9. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с., с. 107-110. International classification of functioning, disability and health. - Geneva: 2001. - 342 p., p. 107-110.

10. Приказ Минтруда России №275 от 23 апреля 2018 г.// <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/1291> (дата обращения: 25.02.2020) Order of the Ministry of labor of Russia No. 275 of April 23, 2018// <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/1291> (accessed: 25.02.2020)

11. Лабунская В.А. Экспрессия человека: общение и межличностное познание. Ростов н/Д, 1999. Labunskaya V. A. Human Expression: communication and interpersonal cognition. Rostov N/D, 1999.

12. Петрова Е.А. Визуальная психосемиотика общения. М., 1999 Petrova E. A. Visual psychosemiotics of communication. Moscow, 1999

УДК 159.952.6

СОВОПРАКТИКА КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ВНИМАНИЯ

Владыкина Н.П.

ООО «Сова-Нянька», научно-методический центр

Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Нарушение внимания это одно из самых распространенных нервно-психических нарушений детского возраста на сегодняшний день и одна из самых частых причин обращения за помощью.

Цель. Целью данной работы является описание нового подхода к реабилитации и абилитации детей – сенсомоторной интеграции, который отличается от классического подхода сенсорной интеграции по Джин Айрес.

Материалы и методы. Мы понимаем сенсомоторную интеграцию как психический процесс построения и развития смысловой структуры в потоке информации, поступающей от органов чувств. Подход сенсомоторной интеграции позволил создать метод психологической коррекции Совопрактика, позволяющий работать с нарушениями как сенсомоторного уровня, так и на уровне познавательных процессов. В методе используется подвесное оборудование в сенсорно-динамическом пространстве Дома Совы. Работая с детьми с нарушениями развития, мы работаем с их сенсомоторными образами — вначале расплывчатыми, нечеткими и неосознанными, постепенно начиная нагружать их категориями — словами. Предоставляя ребенку с нарушением внимания опыт ярких контрастных ощущений и относя их в разные категории, мы помогаем ему структурировать те ощущения, с которыми он сталкивается в своей обычной повседневной жизни. Постепенно выстраивая осмысленную структуру в хаотическом потоке информации, ребенок становится способен к произвольному управлению своим вниманием.

Результаты. Можно говорить о том, что неорганизованный и ранее неупорядоченный сенсомоторный опыт двух детей в результате занятий Совопрактикой начал включаться в определенную структуру, что позволило им развить произвольность поведения, а также улучшить внимание. Несмотря на то, что нарушение внимания у этих детей проявлялось по-разному, а их двигательная активность и поведение разительно отличались, занятия, построенные по методу сенсомоторной интеграции, смогли помочь скорректировать нарушение внимания в обоих случаях.

Заключение. Развиваемый нами подход сенсомоторной интеграции представляется нам крайне перспективным для реабилитации и абилитации детей с различными нарушениями развития, в том числе детей с нарушением внимания. Проверка положений сенсомоторного подхода и следствий из него в исследованиях является целью нашей последующей работы.

Ключевые слова: *сенсомоторная интеграция, сенсорная система, моторная система, детская реабилитация, психокоррекция, внимание, дефицит внимания*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Владыкина Наталья Петровна, к.пс.н.; телефон: 8 (921) 782-27-12; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4416-3245>; eLibrary SPIN: 5246-1864; e-mail: natalia.vladykina@gmail.com

THE REHABILITATION METHOD FOR CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT DISORDER (SOVOPRAKTIKA)

Vladykina N.P.

NannyOwl LLC

St.Petersburg, Russian Federation

Abstract

Background. Attention deficit disorder is one of the most common neuropsychiatric disorders of childhood and one of the most common reasons for seeking help.

Aim. The aim of this work is to describe a new approach to the rehabilitation of children - sensorimotor integration, which differs from the classical approach of sensory integration by A. Jean Ayres.

Materials and methods. We see the sensorimotor integration as a mental process of building and developing a meaningful structure from the information stream provided by the senses. The sensorimotor integration approach allowed us to create a method of psychological correction (Sovopraktika), which helps working with disorders of both the sensorimotor level and cognitive processes. This method uses suspended equipment in the sensory-dynamic space. We gradually connect children`s sensorimotor images - at first vague, fuzzy and unconscious, with categories - words. Children with attention deficit disorder are provided with the experience of distinct contrasting sensations. We help them to order these sensations to different categories and to structure their daily sensations. Children become able to control their arbitrary attention by gradually building a meaningful structure in a chaotic information stream.

Results. Practicing Sovopraktika already helped two children to develop arbitrary behavior and improve attention. Despite different ways of attention deficit disorder manifestation these children expressed, the sensorimotor integration approach helped to correct attention deficit disorder in both cases.

Conclusion. The sensorimotor integration approach we are developing seems extremely promising for the rehabilitation for children with disabilities, including children with attention deficit disorder. The verification of the assumptions of the sensorimotor approach and it's consequences is the subject for our subsequent work.

Key words: *sensorimotor integration, sensory system, motor system, rehabilitation for children, psychocorrection, attention, attention deficit disorder*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Natalia P. Vladykina, PhD; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4416-3245>; eLibrary SPIN: 5246-1864; e-mail: natalia.vladykina@gmail.com

Введение. Нарушение внимания это одно из самых распространенных нервно-психических нарушений детского возраста на сегодняшний день и одна из самых частых причин обращения за помощью (как правило, родители таких детей вначале обращаются к неврологу, и лишь затем к психологу) [9]. Чаще всего данное нарушение наибольшее внимание обращает на себя при поступлении ребенка в школу (или перед поступлением, когда присутствует явная неготовность ребенка к школе), хотя первые признаки можно отметить в возрасте 3-4 лет и ранее.

В России на сегодняшний день используется международная классификация болезней МКБ-10, где нарушение внимания относится к диагнозу «Нарушение активности и внимания» (F90.0), раздел «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» (гиперкинетические расстройства). В системе DSM-V, принятой в 2013 г. и используемой в США, выделяется три основных типа расстройства («Расстройства дефицита внимания/гиперактивности»: с преобладанием дефицита внимания, с преобладанием гиперактивности и импульсивности либо смешанный тип) и два дополнительных типа («Другое уточнённое расстройство дефицита внимания/гиперактивности» и «Неуточнённое расстройство дефицита внимания/гиперактивности»), раздел «Расстройства развития нервной системы».

Несмотря на то, что наиболее очевидным нарушение внимания становится в школьные годы, каждому возрасту соответствует своя картина данных нарушений [6, 7, 9]. Катамнестические исследования показывают, что нарушение внимания, недостаточная обучаемость, определенная личностная проблематика сохраняются и во взрослом возрасте [6, 10].

В связи с этим реабилитация детей с нарушением внимания представляется крайне важной практической задачей. Мы предлагаем новый подход к реабилитации детей, позволяющий взглянуть на эти и другие нарушения развития с единой теоретической позиции. Этот подход, как мы надеемся, будет интересен и полезен всем специалистам, которые работают с детьми с нарушением внимания.

Цель. Целью данной работы является описание нового подхода к реабилитации и абилитации детей – сенсомоторной интеграции, который отличается от классического подхода сенсорной интеграции по Джин Айрес. В рамках этого теоретического подхода нами разработан практический метод работы с детьми – Совопрaktика, который можно успешно использовать для реабилитации детей с нарушениями внимания.

Материалы и методы. Подход сенсомоторной интеграции, несмотря на схожесть названий, кардинально отличается от классического подхода сенсорной интеграции по Джин Айрес.

Сенсорная интеграция по Джин Айрес это «неврологический процесс, который организует ощущения как от собственного тела, так и ощущения, возникающие в результате внешних воздействий, и делает возможным использование тела в конкретной ситуации» [1, 3]. Мы же исходим из того, что сенсомоторная интеграция – это психический процесс, основная деятельность психики это познание [2], а основой познания является процесс категоризации.

Подход сенсорной интеграции по Айрес по своей сути является гуманистическим подходом, который базируется на ряде допущений, которые не могут быть проверены в исследованиях. Теория сенсорной интеграции исходит из того, что у ребенка есть внутренняя потребность и мотивация к развитию, при этом у ребенка может наблюдаться дисфункция сенсорной интеграции, т.е. присутствует либо недостаток, либо переизбыток сенсорных ощущений [5, 6, 8]. Банди, Лейн и Мюррей в своей книге «Сенсорная интеграция. Теория и практика» пишут: «Сенсорную интеграцию невозможно увидеть... хотя мы можем увидеть нарушение поведения, то, что это нарушение вызвано недостаточностью сенсорной интеграции, мы способны только предполагать» [3, с. 35-36]. Мы предлагаем естественно-научный подход, основанный на достижениях в области когнитивной психологии и нейронауки.

Подход сенсомоторной интеграции соответствует современным представлениям о взаимодействии сенсорной и моторной систем в процессе познания. На сегодняшний день можно уже с уверенностью говорить, что разделение перцептивных, когнитивных и моторных процессов носит в значительной мере искусственный характер [11]. Известно, что некоторые моторные нейроны отвечают и на зрительные стимулы [12, 14]. Исследования свидетельствуют о том, что внутренние представления сенсорной и моторной информации сходны, и моторная система отвечает не только за организацию моторных актов, но и включена в восприятие и распознавание других действий. Распознавание неизбежно включает в себя этап категоризации, «осмысления», который невозможно описать, не привлекая к помощи высшие психические функции человека.

O'Regan и Noë определяют сенсомоторный опыт как определенную структуру правил, которая определяет сенсорные изменения, вызванные различными моторными действиями [13]. Таким образом, сенсомоторная интеграция направлена на формирование навыка управления своим поведением на основе систематизации информации, поступающей от органов чувств и действий с объектами внешнего мира.

Мы понимаем сенсомоторную интеграцию как психический процесс построения и развития смысловой структуры в потоке информации, поступающей от органов чувств. Автоматическая обработка, происходящая на уровне органов чувств, не позволяет решать задачи познания окружающего мира. Уже на уровне сенсорной и моторной систем начинается работа с процессом категоризации, когда мы относим получаемые нами ощущения к той или иной категории: холодное-горячее, мягкое-твердое, тихое-громкое, яркое-темное, близко-далеко, высоко-низко и т.д. Далее процессы категоризации пронизывают всю нашу жизнь, позволяя нам понимать, что происходит с нами и с окружающими нас объектами (например, благодаря категоризации мы понимаем, что видим сейчас перед собой именно стол или картину, а не кровать или учебник). По сути процессы категоризации определяют наш способ взаимодействия с миром и окружающими нас предметами (например, на стол можно положить еду, а на картину еду лучше не класть, и т.д.).

При общем нарушении процессов категоризации возникают нарушения на всех уровнях познания. Внимание, являясь сквозным психическим процессом, также неизбежно страдает [5]. Для произвольного внимания на каком-либо объекте необходимо выделить фигуру из фона. Для этого мы должны наделить эту фигуру каким-то смыслом, то есть по сути поместить ее в определенную категорию. Если у ребенка есть трудности с категоризацией на сенсомоторном уровне, у него будут сложности с концентрацией внимания даже при выполнении простых сенсомоторных задач. При нарушении только лишь понятийной категоризации ребенок может успешно справляться с простыми сенсомоторными задачами (то есть способен произвольно удерживать внимание при такого рода задачах), однако его внимание будет ускользать при восприятии более сложной осмысленной информации. Проблемы с понятийной категоризацией сказываются на способности ребенка к обучению и его школьной успеваемости.

Неспособность ребенка к категоризации на сенсомоторном уровне приводит к тому, что ребенок в прямом смысле слова воспринимает вокруг себя неструктурированный хаос ощущений, с которым он не понимает, как справиться. Действия такого ребенка становятся хаотичными, беспорядочными, ему сложно контролировать себя. С такими детьми сложно или практически невозможно заниматься коррекционными занятиями, которые подразумевают движение «сверху-вниз»: от развития высших психических функций к саморегуляции и психомоторике. Но и работа «снизу», исключительно с сенсорной системой, как это предлагает основательница подхода сенсорной интеграции Джин Айрес, не даст больших результатов. Ведь проблема детей с нарушением внимания, как мы полагаем, заключается не просто в недостатке или переизбытке их сенсорных ощущений, но в неспособности категоризовать эти ощущения и интегрировать их сенсорную и моторную системы — что необходимо для формирования саморегуляции поведения и появления произвольности.

Описание практического метода реабилитации детей с нарушением внимания.

Подход сенсомоторной интеграции позволил создать метод практической работы с детьми, метод психологической коррекции, позволяющий работать с нарушениями как сенсомоторного уровня, так и на

уровне познавательных процессов. Этот подход мы назвали Совопрактикой. В СОВОПРАКТИКЕ используется подвесное оборудование в сенсорно-динамическом пространстве Дома Совы.

Для чего необходимо подвесное оборудование? Подвесное оборудование позволяет в прямом смысле слова создать шаткость и неустойчивость, тем самым требуя от ребенка нахождения баланса. Н.П. Вайзман полагал, что упражнения на равновесие помогают избавиться от мышечного «мусора». По его мнению, неустойчивое положение тела ведет к изменениям напряжения мускулатуры, мышечному «мусору», который в свою очередь может стать причиной падения или спрыгивания с опоры [4]. При тренировке эти функции совершенствуются, движения становятся более точными. Происходит не просто развитие общей моторики — информация, которую мы получаем от нашей сенсорной системы в процессе тренировки, становится все более понятной для нас (категоризуется), точность наших движений в ответ также повышается. Сенсорная и моторная системы начинают согласованно взаимодействовать друг с другом. Происходит сенсомоторная интеграция.

При этом подвесное оборудование, несомненно, является источником легкого стресса («почва уходит из-под ног»), что – вместе с непрерывной эмоциональной и физической поддержкой педагога – позволяет ребенку активнее включиться в работу и в результате занятий повысить уверенность в собственных силах. Решая задачи балансирования и нахождения равновесия, наше тело сразу же «подсобирается», приходит в нормальный тонус. Неслучайно дети с особенностями развития часто имеют нарушения мышечного тонуса. Для развития нужна не релаксация, а тонус, активное функционирование организма. Кроме того, рабочее состояние организма характеризуется бдительностью, то есть оптимальным уровнем функционирования внимания. Соответственно данное оборудование предоставляет возможности для корректировки внимания, позволяя достичь его оптимального уровня. Но мало одного оборудования. В процессе коррекционных занятий с детьми, имеющими какие-либо нарушения развития, в частности с выраженным нарушением внимания, необходима определенная структура работы.

Результаты исследования. Что необходимо для того, чтобы начать относить свои ощущения и сигналы от мышц к какой-либо категории? Во-первых, ребенок должен достаточно отчетливо воспринять эти ощущения. Во-вторых, необходима помощь педагога в отнесении этих ощущений к определенной категории. В-третьих, достаточное число повторений, желательно с небольшими вариациями — ведь в категорию всегда входит несколько объектов, в данном случае в одну категорию должны входить похожие друг на друга сенсомоторные образы, ощущения.

Чтобы обеспечить яркость и интенсивность ощущений, необходимо изменение этих ощущений. Как известно, любые монотонные стимулы со временем перестают нами ощущаться, происходит сенсорная адаптация. Так, например, со временем мы перестаем слышать монотонный стук, нами не ощущается постоянное положение тела и постоянная скорость. Чтобы мы восприняли объект, сенсорная информация об объекте должна находиться в потоке стимуляции, которая в чем-то неизменна (для того, чтобы мы смогли ее категоризовать), а в чем-то изменчива (для того, чтобы мы могли ее осознать). Использование подвесного оборудования позволяет задействовать одни из основных ощущений нашего тела — вестибулярные ощущения (именно с их помощью мы осуществляем ориентацию в пространстве), а также позволяет добиться постоянно изменчивой стимуляции.

Каким образом проходят наши занятия? Дети с выраженным нарушением внимания неспособны прислушиваться к заданиям педагога и выполнять их, они не включаются в совместную осмысленную игру, не наблюдают и не подражают за действиями других детей и взрослых, их деятельность носит неупорядоченный характер. Значительное нарушение внимания всегда сопутствует нарушению произвольности поведения. Даже если такие дети не гиперактивны, а спокойны и медлительны (к нам на занятия нередко приходят и такие дети), такой ребенок как бы не слышит педагога, не реагирует на его речь, выраженное нарушение внимания приводит к невозможности заниматься с таким ребенком, выстраивая определенную сюжетную линию. Однако всем детям без исключения интересно куда-то залезть, где-то просто полежать, покачаться, проползти (зависит от уровня активности каждого конкретного ребенка). Педагог включается в ту деятельность, которая заинтересовала ребенка, начиная создавать в этой деятельности структуру.

Например, ребенок залез на качающуюся Платформу Совы. Педагог может попробовать начать раскачивать платформу сильнее, произнося при этом определенные слова. Выбор слов зависит от возраста и уровня развития данного ребенка, например, это может быть «У-уух!», или «Но! Но! Поскакали», или «Сильно-сильно (качаю)!», или «Море волнуется!». Далее педагог начинает воздействовать на ощущения ребенка, способствуя их изменению. Педагог начинает качать Платформу медленнее, также связывая возникающие новые сенсомоторные образы ребенка с определенными словами, например, «Ш-шшш...», «Тише...», «Слабо (качаю)...», «Море успокаивается...». Может остановить платформу. Может создать определенный ритм качания. Ритм также нужно проговаривать, обращая на это внимание ребенка. Вообще

создание ритма тесно связано с процессами категоризации, ведь ритм это определенная временная структура, предполагающая как минимум категории «до» и «после». Таким образом, одновременно с получением ребенком новых и более интенсивных, по сравнению с его повседневной жизнью, ощущений, педагог начинает постепенно нагружать возникающие сенсомоторные образы детей словами – категориями.

Помощь педагога в отнесении этих ощущений к определенной категории проявляется в связывании определенных сенсомоторных образов одной категории вместе и выделении противоположных категорий: например, «высоко-низко», «громко-тихо», «сильно-слабо», «далеко-близко» и т. д. Предоставляя ребенку с нарушением внимания опыт ярких контрастных ощущений и относя их в разные категории, мы помогаем ему структурировать те ощущения, с которыми он сталкивается в своей обычной повседневной жизни. Постепенно выстраивая осмысленную структуру в хаотическом потоке информации, ребенок становится способен к произвольному управлению своим вниманием.

Понимая сенсомоторную интеграцию как психический процесс, на занятиях мы также создаем такие условия, которые способствуют развитию психики в целом. Известно, что побуждающим фактором для развития психики является создание проблемной ситуации. Нет проблемы – нет активности, нет моторной и мыслительной деятельности. Психика даже в патологических условиях остается живой системой, и все ее проявления направлены на разрешение определенных жизненных задач. Ребенок развивается только при условии решения различных двигательных и познавательных задач в проблемно-ориентированной среде. Соответственно необходимо создавать такие условия, при которых ребенок будет проявлять собственную познавательную активность для решения возникающих задач. На занятиях, построенных по методу сенсомоторной интеграции, посредством организации среды и поставленных задач мы пробуждаем в ребенке поисковую и исследовательскую активность, создаем «живую» проблемную среду. Активное познание окружающей среды учит ребенка мыслить. Ребенок учится устанавливать причинно-следственные связи, учится решать не только двигательные, но и когнитивные задачи.

Пример. К нам на занятия ходил мальчик в возрасте 9 лет. Он индивидуально занимался с учительницей по программе второго класса. Учиться он не хотел – на уроках бегал, задания не выполнял, мог проявлять агрессию по отношению к учительнице. Неврологи ставили диагноз СДВГ и нарушение поведения. Уже к третьему занятию этот мальчик проявил познавательно-исследовательскую активность, сообразительность и выдумку. На занятии он придумал элементарную, на первый взгляд, вещь. Он предложил изменить и преобразить сказочную среду, в которой в тот момент находился. А именно, предложил повесить Соволенту внутри тоннеля (спереди и сзади предложил сузить тоннель) и получился гамак внутри хижины – такое «свое» защищенное безопасное пространство, в котором можно спрятаться, быть. С одной стороны, что тут такого, изменил ребенок подвес снарядов. Но что этому предшествовало? Для того чтобы придумать что-то, нужно создать цель («Для чего я хочу это сделать?»), создать образ задумки («Как это будет выглядеть?»), затем реализовать и наконец проверить воплощенное на практике. Это сложный мыслительный процесс, который требует большой произвольности. А именно произвольности недостает детям с диагнозом СДВГ.

На последующих занятиях этому ребенку было гораздо легче слушать и слышать инструкции, проявлять целенаправленную инициативу. По словам родителей, поведение, успеваемость и эмоциональная регуляция этого мальчика значительно улучшились.

Второй пример. Мальчик 3 года. Медлителен, осторожен. Боялся высоко забираться, иногда это ему удавалось с папой. В Тоннель Совы стал забираться на 3-4 занятия. Плохо ловил и кидал мячи. На 7 занятии смог самостоятельно перебраться с наклонной качающейся платформы на бревно, подвешенное довольно высоко для его возраста, без помощи взрослых. Изначально у этого ребенка было много страхов и тревог. Он боялся высоты, забираться и спускаться на подвешенные поверхности – для него было невыполнимой задачей. Тем не менее, уже к 6 занятию он смог проявить свою самостоятельность и совершить такие движения, которые раньше вызывали у него массу негативных эмоций. Его родители отметили, что их сын стал более смелый и уверенный, стал меньше спотыкаться, раньше он не умел кидать и ловить мяч, в результате занятий улучшилась меткость броска обеими руками, научился падать, стал ловким и изобретательным, научился кататься на качелях. Стал четко произносить свое имя. Появилась усидчивость, осознание собственных эмоций. Его внимание также улучшилось.

Заключение. Можно говорить о том, что неорганизованный и ранее неупорядоченный сенсомоторный опыт этих двух детей в результате занятий Совопрактикой начал включаться в определенную структуру, что позволило им развить произвольность поведения, а также улучшить внимание. Изначальная несформированность процессов категоризации еще на сенсомоторном уровне неизбежно приводила к недостатку категоризации на уровне понятийном, что дополнительно мешало обучению в школе (в первом примере). Отсутствие сформированной сенсомоторной интеграции влияло на неспособность к регуляции

поведения, а также регуляции эмоций. Несмотря на то, что нарушение внимания у этих детей проявлялось по-разному, их двигательная активность и поведение разительно отличались (один ребенок был гиперактивным, импульсивным и склонным к агрессивным реакциям, в то время как другой медлительным, неловким и боязливым), занятия, построенные по методу сенсомоторной интеграции, смогли помочь скорректировать нарушение внимания в обоих случаях.

Развиваемый нами подход сенсомоторной интеграции представляется нам крайне перспективным для реабилитации и абилитации детей с различными нарушениями развития, в том числе детей с нарушением внимания. Проверка положений сенсомоторного подхода и следствий из него в исследованиях является целью нашей последующей работы.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Политика О.И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. М., Речь, 2005. [Politika O.I. Deti s sindromom defitsita vnimaniya i giperaktivnost'yu. M., Rech', 2005. (In Russ.)]
2. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания и гиперактивности: современные принципы диагностики и лечения. Вопросы современной педиатрии. 2014;13(4):48-53. [Zavadenko N.N. Attention deficit hyperactivity disorder: modern principles of diagnostics and treatment. Current Pediatrics. 2014;13(4):48-53. (In Russ.)] <https://doi.org/10.15690/vsp.v13i4.1084>
3. Глущенко В.В., Шабанов П.Д. Минимальная дисфункция мозга. М.: БИНОМ, 2013. [Glushchenko V.V., Shabanov P.D. Minimal'naya disfunktsiya mozga. M.: BINOM, 2013. (In Russ.)]
4. Пушкарева Д.В., Иванова Т.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у взрослых: причины возникновения, основные клинические проявления и коморбидные психические расстройства (литературный обзор). Омский психиатрический журнал. 2018;4(18):8-13. [Pushkareva D.V., Ivanova T.I. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. Reasons, main symptoms and comorbid mental disorders (A review). Omsk Journal of Psychiatry. 2018;4(18):8-13. (In Russ.)]
5. Айрес Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития. 5-е изд. М.: Теревинф, 2019. [Ayres A. J. Sensory Integration and the Child. 5-e izd. M.: Terevinf, 2019. (In Russ.)]
6. Банди А., Лейн Ш., Мюррей Э. Сенсорная интеграция: теория и практика. 2-е изд. М.: Теревинф, 2018. [Bundy A.C., Lane S.J., Murray E.A. Sensory Integration: Theory and Practice. 2-e izd. M.: Terevinf, 2018. (In Russ.)]
7. Аллахвердов В.М. Сознание как парадокс. СПб.: ДНК, 2000. [Allakhverdov V.M. Soznanie kak paradoks. SPb.: DNK, 2000. (In Russ.)]
8. Кислинг У. Сенсорная интеграция в диалоге: понять ребенка, распознать проблему, помочь обрести равновесие. 7-е изд. М.: Теревинф, 2019. [Kiesling U. Sensornaya integratsiya v dialoge: ponyat' rebenka, raspoznat' problemu, pomoch' obresti ravnovesie. 7-e izd. M.: Terevinf, 2019. (In Russ.)]
9. Риццоллатти Дж., Коррадо С. Зеркала в мозге: о механизмах совместного действия и сопереживания. М.: Языки славянских культур, 2012. [Rizzolatti G., Corrado S. Mirrors In The Brain: How Our Minds Share Actions and Emotions. M.: Yazyki slavyanskikh kul'tur, 2012. (In Russ.)]
10. Murata A., Gallese V, Luppino G, Kaseda M, Sakata H. Selectivity for the shape, size, and orientation of objects for grasping in neurons of monkey parietal area AIP. Journal of Neurophysiology. 2000;83(5):2580-601. <https://doi.org/10.1152/jn.2000.83.5.2580>
11. Rizzolatti G., Luppino G., Andmatelli M. The organization of the corticallmotor system: new concepts. Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol. 1998;106:283–296. [https://doi.org/10.1016/s0013-4694\(98\)00022-4](https://doi.org/10.1016/s0013-4694(98)00022-4)
12. O'Regan J.K., Noë A. A sensorimotor account of vision and visual consciousness // Behavioral and Brain Sciences. 2001;24:939–1031. <https://doi.org/10.1017/s0140525x01000115>
13. Гальперин П.Я. К проблеме внимания. В кн.: Хрестоматия по психологии. М., 1987. [Gal'perin P.Ya. K probleme vnimaniya. In: Khrestomatiya po psikhologii. M., 1987. (In Russ.)]
14. Вайзман Н.П. Психомоторика детей-олигофренов. М.: Педагогика, 1976. [Vaizman N.P. Psikhomotorika detei-oligofrenov. M.: Pedagogika, 1976. (In Russ.)]

ДЕТСКАЯ ЗАНИМАТЕЛЬНАЯ ПЛОЩАДКА: ПРОСТРАНСТВО ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОВЗ

Вечканова И.Г., Шемякина С.Д.

ГБДОУ №5 Невского района

Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. В статье представлена организация дизайна прогулочной площадки и активности детей с ОВЗ в условиях инклюзивного сада междисциплинарной командой специалистов как мотивирующей реабилитационной среды. В ходе событий и интеграционных проектов стимулировались досуги, образовательные ситуации и совместная деятельность, в которых при использовании в играх дети с разным уровнем развития речи и сенсо-моторики могли выбрать себе различные активности.

Цель. В пространстве детской площадки создавались игровые ситуации для выяснения показателей, заложенных в МКФ[2], и учитывались факторы окружающей среды до 2 лет - «Продукты и технологии, используемые для игровой деятельности» (e152) и с 3-х лет - «Дизайн...» (e150), «Восприятие сообщений при невербальном способе общения» (d315), с 6-ти лет «Управление собственным поведением» (d250), «Понимание значения невербальных сообщений через жесты тела, основные знаки и символы, рисунки и фотографии» (d320)). Затем осуществлялась работа по повышению уровня реабилитированности, развития представлений детей с ОВЗ на примере знакомства с игровой площадкой.

Материалы и методы. Ведущим методом являлся педагогический эксперимент (констатирующий, формирующий этапы эксперимента), а также метод экспертных оценок фокус-группы - междисциплинарной команды специалистов. В констатирующем эксперименте исследования, проведенном в 2018—2020 годах, приняли участие дети: с нормотипичным развитием — 19 человек раннего возраста с интегрированным ребенком с синдромом Нунан и Дауна, 22 ребенка младшего возраста с интегрированными двумя детьми с синдромом Дауна; с детским церебральным параличом (ДЦП) — 37 человек от 2 до 7 лет); 10 детей со сложным дефектом, посещающих Центр сопровождения ребенка с ОВЗ и его семьи. Проводилась оценка уровня физического развития по методике, рекомендованной кафедрой физкультуры РГПУ им. А.И. Герцена,[3] и выявлены у детей раннего возраста: низкий уровень – 15 чел., средний – 4 чел.; а у детей младшего возраста: низкий уровень -12 чел., средний – 10 чел. У детей с ДЦП зафиксированы особенности развития по классификации MACS (система классификации мануальных способностей)[1]: со II уровнем – 7 чел., с III уровнем – 15 чел., с IV уровнем – 14 чел., с V уровнем – 1 ребенок.

Результаты. После игр на площадках определена динамика развития мелкой моторики по классификации MACS - произошли изменения у 29 детей с ДЦП, из них: с V на IV уровень установлено улучшение у 1 чел., с IV на III уровень - у 7 чел., с IV на II - у 3 чел., с III на II уровень - у 14 чел., с II на I уровень - у 4 чел. В итоге с I уровнем – 1 чел., с II уровнем – 19 чел., с III уровнем – 9 чел., с IV уровнем – 5 детей с ДЦП. Контроль показателей позволил установить в итоге повышение уровня физического развития у детей с нормотипичным развитием: раннего возраста на среднем стало 11 чел., высокого достигли 4 чел., с низким уровнем осталось 4 чел.. У детей младшего возраста на высоком уровне - 5 чел., с низким уровнем осталось 6 чел., с средним –11 чел..

Заключение. В ходе проектов на площадках успешно стимулировались образовательные ситуации и досуговая совместная деятельность, в которых при использовании одного природного материала игры дети с разным уровнем развития речи и сенсо-моторики могли выбрать себе разные роли и пространства для взаимодействия, что позволило зафиксировать более высокие уровни реабилитированности.

Ключевые слова: дошкольники с нарушением опорно-двигательного аппарата, с ДЦП, с генетическими синдромами, факторы окружающей среды (дизайн, активности), игровые технологии реабилитации, проекты, инклюзия.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Вечканова Ирина Геннадьевна (С-Петербург) – кандидат педагогических наук, доцент, Государственное бюджетное дошкольное образовательное учреждение (ГБДОУ) детский сад №5 комбинированного вида Невского района С-Петербурга, 193232 С-Петербург пр. Большевиков 31 корп.2, заместитель заведующего, педагог-психолог, 8-921-305-46-39, <https://orcid.org/0000-0001-6024-7820>, SPIN-код 1975-2797, email: ivechkanowa@gmail.com

Шемякина Севиль Джалиловна – Государственное бюджетное дошкольное образовательное учреждение (ГБДОУ) детский сад №5 комбинированного вида Невского района С-Петербурга, 193232 С-Петербург пр. Большевиков 31 корп.2, инструктор по физкультуре

CHILDREN'S PLAYGROUND: SPACE FOR EDUCATION AND REHABILITATION OF DISABLED PRESCHOOLERS

Vechkanova I.G., Shemyakina S.D.
Preschool №5, Nevsky district,
St. Petersburg, Russia

Abstract

Background. The article presents the organization of the design of the Playground and the activity of children with disabilities in an inclusive garden by an interdisciplinary team of specialists as a rehabilitation environment. During events and projects, leisure activities, educational situations and joint activities were stimulated, in which children with different levels of speech and sensory-motor development could choose different activities when used in games.

Aim. In the space of the playground, game situations were created to find out the indicators laid down in the IFF, and environmental factors up to 2 years were taken into account – “Products and technologies used for playing activities” (e 152) and from 3 years old – “Design...” (e150), “Perception of messages in a non-verbal way of communication” (d315), from 6 years old “Managing your own behaviour” (d250), “Understanding the meaning of non-verbal messages through body gestures, basic signs and symbols, pictures and photographs” (d320)). Then, work was carried out to increase the level of rehabilitation, the development of representations of children with disabilities by the example of acquaintance with the playground.

Materials and methods. An assessment of the level of physical development was carried out according to the method recommended by the Department of Physical Education of Russian State Pedagogical University named after A.I. Herzen, and identified in young children: low - 15 people., Average - 4 people; and in young children: a low level of -12 people, average - 10 people. In children with cerebral palsy, developmental features were recorded according to the MACS classification (manual ability classification system): with level II - 7 people, with level III - 15 people, with level IV - 14 people, with level V - 1 child.

Results. After the games on the playgrounds, the dynamics of fine motor development according to the MACS classification was determined - there were changes in 29 children with cerebral palsy, of which: from V to IV level, improvement was found in 1 person, from IV to III level - in 7 people, from IV to II — 3 people, from III to II level — at 14 people, from II to I level — at 4 people. As a result, with I level — 1 people, with II level — 19 people, with III level - 9 people, with IV level - 5 children with cerebral palsy. Monitoring of indicators allowed us to establish as a result an increase in the level of physical development in children with normotypic development: early on average 11 people were reached, 4 people reached a high level, 4 people remained at a low level. 5 young people at a high level, with a low level of 6 people left, with an average of -11 people.

Conclusion. During the projects on the sites, educational situations and leisure joint activities were successfully stimulated, in which, using the same natural material of the game, children with different levels of speech development and sensory-motor skills could choose different roles and spaces for interaction, which allowed fixing higher levels of rehabilitation.

Key words: *preschool children with breach of the musculoskeletal system, cerebral palsy, genetic syndromes, environmental factors (design, activity), game technologies of rehabilitation, design activity, inclusion*

About the author:

Vechkanova I. G. (Saint Petersburg) – Candidate of Pedagogy, (Ph.D.), assistant professor, Preschool №5, Nevsky district, Saint Petersburg, 193232 Saint Petersburg, Bolshevnikov Ave. 31 Bldg. 2, Deputy Head, Psychologist,

Shemyakina S. D. Preschool №5, Nevsky district, Saint Petersburg 193232 Saint Petersburg, 193232 Saint Petersburg, Bolshevnikov Ave. 31 Bldg. 2, physical education instructor

Введение. В статье представлена организация дизайна прогулочной площадки и активности детей с ОВЗ в условиях инклюзивного сада междисциплинарной командой специалистов как мотивирующей реабилитационной среды. В ходе событий и интеграционных проектов стимулировались досуги, образовательные ситуации и совместная деятельность, в которых при использовании в играх дети с разным уровнем развития речи и сенсо-моторики могли выбрать себе различные активности.

Цель. В пространстве детской площадки создавались игровые ситуации для выяснения показателей, заложенных в МКФ, и учитывались факторы окружающей среды до 2 лет - «Продукты и технологии, используемые для игровой деятельности» (e 152) и с 3-х лет - «Дизайн...» (e150), «Восприятие сообщений при невербальном способе общения» (d315), с 6-ти лет «Управление собственным поведением» (d250), «Понимание значения невербальных сообщений через жесты тела, основные знаки и символы, рисунки и фотографии» (d320)). Затем осуществлялась работа по повышению уровня реабилитированности, развития представлений детей с ОВЗ на примере знакомства с игровой площадкой.

Материалы и методы. Ведущим методом являлся педагогический эксперимент (констатирующий, формирующий этапы эксперимента), а также метод экспертных оценок фокус-группы - междисциплинарной команды специалистов. В констатирующем эксперименте исследования, проведенном в 2018—2020 годах, приняли участие дети: с нормотипичным развитием — 19 человек раннего возраста с интегрированным ребенком с синдромом Нунан и Дауна, 22 ребенка младшего возраста с интегрированными двумя детьми с синдромом Дауна; с детским церебральным параличом (ДЦП) — 37 человек (от 2 до 7 лет); 10 детей со сложным дефектом, посещающих Центр сопровождения ребенка с ОВЗ и его семьи. Проводилась оценка уровня физического развития по методике, рекомендованной кафедрой физкультуры РГПУ им. А.И. Герцена, и выявлены у детей раннего возраста: низкий уровень – 15 чел., средний – 4 чел.; а у детей младшего возраста: низкий уровень - 12 чел., средний – 10 чел. У детей с ДЦП зафиксированы особенности развития по классификации MACS (система классификации мануальных способностей): со II уровнем – 7 чел., с III уровнем – 15 чел., с IV уровнем – 14 чел., с V уровнем – 1 ребенок.

Заключение о низком уровне реабилитированности с учетом показателей МКФ позволили выстроить рекомендации по развитию событийных мероприятий и улучшению мотивирующей полифункциональной развивающей предметно-пространственной среды. Результаты большей части детей (80% - с интеллектуальной недостаточностью, 60% - с ТНР в возрасте 3-3,5 лет, 90% - детей с ДЦП в возрасте 3 лет), отнесенных к 4-му низкому уровню реабилитированности (0-1 балл в каждой серии заданий), условно можно сопоставить с показателями возраста до 2 лет. В образовательном учреждении была создана реабилитационная среда на детской площадке для стимуляции двигательной активности детей с ОВЗ (ДЦП, НОДА, генетическими синдромами), осваивающих навык ходьбы с помощью взрослых.

В условиях развивающей работы, которая осуществлялась на базе игровых площадок ГБДОУ № 5 Невского района Санкт-Петербурга, участниками стали воспитатели групп, педагоги-психологи, инструктора по физической культуре, обучающиеся и их родители. Комплиментарность образовательных областей развития на площадке отмечалась: в организации среды (тактильные, визуальные среды, полисенсорные бизборды), развитии символизма, в проведении ярких интеграционных событий.

Проекты в рамках олимпийского образования как компонента образовательной области «Физическое развитие» проводились в соответствии с календарными событиями в стране: зимняя олимпиада 2014, 18 года, летняя олимпиада 2016 года, театральная олимпиада 2019 г., чемпионат мира по футболу ФИФА 2018. Игровое уличное оборудование создает мезансцены как декорации за счет интеграции с областью «Художественно-эстетическое развитие». Например, дети рисуют на асфальте транспорт воздушный, звезды, планеты, лабиринты облаков... И дети бегают, «летают» среди этих звезд и облаков, выше облаков, ощущая значимость своей роли. При изучении знаков «Азбуки железнодорожной безопасности» дети рисовали железную дорогу вокруг детского сада. Каждая группа становилась станцией, дети обустроивают свою станцию и табличку с названием, затем путешествуют по другим станциям вокруг детского сада, сами создают маршрут своего путешествия.

Таким образом происходит создание детьми собственного игрового пространства, в том числе при изучении лексических тем (область «Познавательное развитие»), где ребенок чувствует себя творцом, соиздателем, у детей возникают желания, мечты, способствующие развитию.

Повышение статуса родителя, в том числе ребенка с ОВЗ, отмечалось при проведении родительских мастер-классов в рамках проекта «Каждый родитель - добрый учитель» как «Музыкальная филармония на улице», когда исполняли для других родители, владеющие игрой на музыкальных инструментах.

Туризм предполагается по ФГОС ДО и осуществляется на прогулках по территории детского сада по проложенному маршруту с ориентировкой по карте. Ориентировка проходит по этапам: «Жилая зона» (знаки ПДД) «Малая Родина» (социализация в районе, МО), «Город мой над Невой» (патриотизм, гражданственность). Например, при играх в ПДД, созданных с помощью модулей «Азбуки дорожной безопасности», дети - ЮИД – юные инспектора движения «контролируют» действия взрослых.

Родительский клуб совместного туризма проходит как досуг по типу спортивного ориентирования: дети делятся на команды, получают карту маршрута, на котором помечены места, где спрятаны предметы (до 15 штук). Побеждает команда, собравшая все предметы.

При проведении туристических олимпиад совместные команды устанавливают палатки, проходят полосы препятствий при помощи туристического снаряжения (веревки, карабины, страховочные ремни). Безопасность жизнедеятельности осваивается в реальных условиях: как правильно оказать помощь сверстнику и самому не повредиться.

Предварительное обучение работы с веревками, т.к. дети не продемонстрировали при обследовании умение завязывать шнурки, проводится на физкультурных занятиях, на досугах «День изобретателя», «Китайский новый год» (соревнования по узелковому плетению). Также на занятиях предварительно дети

разбирают игру в деревянные «Городки» (что важно для снятия сенсорной депривации), чтобы участвовать в соревнованиях МО. На любых инклюзивных соревнованиях перед ребятами микрорайона выступает ансамбль танцев на колясках. В детском саду «Зеленый театр» - площадка уличных гуляний, где пандус используется как сцена – дети могут выезжать по пандусу как настоящие артисты.

Поисковая деятельность на площадке организуется как изучение повадок животных в разное время года. Например, осенью инструктор прячет игрушки – «зверей» в листьях, норках, корнях деревьев, на суках. Дети преодолевают препятствия, развивая наблюдательность. Зимой совместно со взрослым дети ищут следы, создают фотокнигу следов, а затем создают следы сами, путешествуют по следам. Тем самым в увлекательной деятельности дети развивают ловкость, математические навыки (у кого сколько ног, куда двигался зверь, птица), изучение схемы тела - правая, левая нога.

На площадке осуществляется экологическое и фенологическое воспитание- наблюдение за природой и добрые дела человека в природе. Проект «Чистый город: здоровый я, здоровая семья» осенью на субботнике, масленица зимой, квесты на фенологическом фестивале летом, - показали, что навыки общения со сверстниками, эмоциональный интеллект развивается с помощью природных элементов более естественно, позволяет ребенку использовать сенсорные каналы для дифференциации ощущений (для восприятия шума листвы, плеска воды при экспериментировании в выносных ваннах, запахов растений и фактуры растительного покрова на сенсорных клумбах).

В интегрированных группах в ходе совместной деятельности педагог организовывал среду «Археологических раскопок» для выбора дифференцированных заданий (различный уровень сложности подачи и выполнения инструкции, разный по цвету и размеру инвентарь (например, сачок, шумовка, скребок, лопатка), материал для поделок, дифференцированный материал по сложности и объему деталей для анализа).

Результаты исследования: после игр на площадках определена динамика развития мелкой моторики по классификации MACS - произошли изменения у 29 детей с ДЦП, из них: с V на IV уровень установлено улучшение у 1 чел., с IV на III уровень - у 7 чел., с IV на II - у 3 чел., с III на II уровень - у 14 чел., с II на I уровень - у 4 чел.. В итоге с I уровнем – 1 чел., с II уровнем – 19 чел., с III уровнем – 9 чел., с IV уровнем – 5 детей с ДЦП. Контроль показателей позволил установить в итоге повышение уровня физического развития у детей с нормотипичным развитием: раннего возраста на среднем стало 11 чел., высокого достигли 4 чел., с низким уровнем осталось 4 чел.. У детей младшего возраста на высоком уровне - 5 чел., с низким уровнем осталось 6 чел., с средним – 11 чел.

Заключение. В ходе проектов на площадках успешно стимулировались образовательные ситуации и досуговая совместная деятельность, в которых при использовании одного природного материала игры дети с разным уровнем развития речи и сенсо-моторики могли выбрать себе разные роли и пространства для взаимодействия, что позволило зафиксировать более высокие уровни реабилитированности.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Eliasson A.C., Krumlinde-Sundholm L., Rosblad B., Beckung E., Arner M., Ohrvall A.M., Rosenbaum P. The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. *Dev. Med. Child Neurol.* 2006; 48 (7): 549–554.

2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. - СПб.: Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей – экспертов Министерства труда и социального развития Российской Федерации, 2003. – 133 с. [International Classification of Functioning, Disability and Health, Short Version. *Mezhdunarodnaja klassifikacija funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja.* - SPb.: Sankt-Peterburgskij institut usovershenstvovanija vrachej – jekspertov Ministerstva truda i social'nogo razvitija RF, 2003. – 133 (In Russ.)].

3. Оценка физического и нервно-психического развития детей раннего и дошкольного возраста // Сост. Н.А. Ноткина, Л.А. Казьмина, Н.Н. Бойнович. – СПб., 1995. [Otsenka fizicheskogo i nervno-psikhicheskogo razvitiya detey rannego i doshkol'nogo vozrasta // Sost. N.A. Notkina, L.A. Kaz'mina, N.N. Boynovich. – SPb., 1995 (In Russ.)].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА, ОСОБЕННОСТИ ФОРМ И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Чеснокова Л.В., Соловьева О.О., Григорьева Н.Г., Леонтьева Л.А.

Автономное учреждение социального обслуживания Удмуртской Республики «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»
Ижевск, Россия

Аннотация

Введение. ДЦП является одним из самых тяжелых последствий Перинатального гипоксического поражения Центральной нервной системы (ППЦНС). Распространенность ДЦП значительно выше в группе недоношенных детей.

Под термином ДЦП подразумевается группа постоянно присутствующих расстройств движений и позы, приводящих к ограничению функциональной активности, что является следствием непрогрессирующих расстройств развивающегося мозга плода или новорожденного. ДЦП почти всегда сочетается с нарушениями сенсорных систем (зрения, слуха), когнитивными нарушениями, нарушениями речи, эпилепсией [3].

В Удмуртии по неполным сведениям годового отчета за 2018 год насчитывается 705 детей с диагнозом ДЦП.

В Автономном учреждении социального обслуживания Удмуртской Республики «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» (далее - реабилитационный центр «Адели») дети с ограниченными возможностями проходят реабилитацию 2 раза в год с целью восстановить утраченные функции или развить отсутствующие. На фоне реабилитации дети осматриваются врачом-неврологом [5].

Цель. Целью работы явилось выявление клинических форм ДЦП и соотношение форм друг к другу по количеству и по степени нарушения моторных функций. Так же выявить сочетание моторного дефицита с другими нарушениями ЦНС.

Материалы и методы. Было проведено проспективное исследование 119 пациентов с диагнозом ДЦП от 3 до 18 лет, проходивших реабилитацию в реабилитационном центре «Адели» в 2018 году, и проанализирована медицинская документация данных пациентов.

Результаты. Осмотр пациентов проводился в первые дни при поступлении, на фоне реабилитации и в последние дни пребывания в реабилитационном центре «Адели». Проводился опрос родителей и детей, анкетирование и тестирование в начале заезда и в конце.

Распределение детей-инвалидов по формам ДЦП выглядит следующим образом:

G80.0 Спастический церебральный паралич выявлен - 60 человек (50,4%);

G80.1 Спастическая диплегия диагностирована - 22 человека (18,4%);

G80.2 Детская гемиплегия – 31 человек (26%);

G80.3 Дискинетическая форма - 4 человека (3,36%);

G80.4 Атактическая форма выявлена - 2 человека (1,68%).

Заключение. Среди форм ДЦП по частоте выявляемости с огромным отрывом в 2 раза на первое место выходит G 80.0 Спастический церебральный паралич (50,4%), на второе место выходит G80.2 Детская гемиплегия (26%), третье место занимает G80.1 Спастическая диплегия (18,4%), четвертое место занимает G 80.3 Дискинетическая форма, и на пятом месте располагается G 80.4 Атактическая форма ДЦП (1,68%).

У ребенка с ДЦП отмечается сочетание поражения как белого, так и серого вещества головного мозга, что проявляется двигательными, когнитивными, поведенческими, сенсорными и судорожными расстройствами.

Ключевые слова: ДЦП, моторные функции, когнитивный дефицит

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Чеснокова Л.В., директор, врач-неонатолог, 426009, Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Ленина, д.108а, e-mail: mila-mila-ches@mail.ru

Соловьева О.О., врач по МСЭ высшей категории, офтальмолог

Леонтьева Людмила Андреевна; врач-невролог, вторая категория, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0337-4425>; 8 950 177 15 06, e-mail: mila-leontieva2011@yandex.ru

Григорьева Н. Г. зав. детским отделением, врач невролог высшей категории, 8 963 027 45 63, nellii0572@mail.ru

THE CLINICAL PICTURE OF CEREBRAL PALSY, FORM FEATURES AND ACCOMPANYING PATHOLOGY OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM

Chesnokova L.V., Solovieva O.O., Grigoryeva N.G., Leontyeva L.A.

Autonomous social service institution of the Udmurt Republic "Republican rehabilitation center for children and adolescents with disabilities"

Izhevsk, Russian

Abstract

Background. Cerebral palsy is one of the most severe consequences of Perinatal hypoxic lesions of the Central nervous system (CNS). The prevalence of cerebral palsy is significantly higher in the group of premature children.

The term cerebral palsy refers to a group of constantly present disorders of movement and posture that lead to restriction of functional activity, which is a consequence of non-progressive disorders of the developing brain of the fetus or newborn. Cerebral palsy is almost always combined with sensory system disorders (vision, hearing), cognitive disorders, speech disorders, and epilepsy.

In Udmurt Republic, according to incomplete data from the annual report for 2018, there are 705 children diagnosed with cerebral palsy.

Aim. The aim of the work was to identify clinical forms of cerebral palsy and the ratio of forms to each other by the number and degree of motor function disorders. It is also possible to identify a combination of motor deficits with other CNS disorders.

Materials and methods. A prospective study was conducted of 119 patients diagnosed with cerebral palsy from 3 to 18 years of age who underwent rehabilitation at the "Adeli" rehabilitation center in 2018. Medical documentation of these patients was analyzed.

Results. Patients were examined during the first days of admission, during rehabilitation, and during the last days of their stay at the rehabilitation center "Adeli". A survey of parents and children, questionnaires and testing were conducted at the beginning of the check-in and at the end.

The distribution of children with disabilities by forms of cerebral palsy is as follows:

G80. 0 Spastic cerebral palsy detected-60 people (50.4%);

G80. 1 Spastic diplegia diagnosed-22 people (18.4%);

G80. 2 Children's hemiplegia-31 people (26%);

G80. 3 Dyskinetic form - 4 persons (3,36%);

G80. 4 Ataxic form detected - 2 persons (1.68%).

Conclusion. Among the forms of cerebral palsy, g 80.0 Spastic cerebral palsy (50.4%) takes the first place in terms of detection frequency by a huge margin of 2 times, G80.2 Children's hemiplegia takes the second place (26%), G80.1 Spastic diplegia takes the third place (18.4%), g 80.3 Dyskinetic form takes the fourth place, and G 80.4 Atactic form of cerebral palsy takes the fifth place (1.68%).

A child with cerebral palsy has a combination of lesions of both white and gray matter of the brain, which is manifested by motor, cognitive, behavioral, sensory and convulsive disorders.

Key words: *Cerebral palsy (CP), forms of CP, degree of motor impairment, combination of motor and cognitive deficits*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Chesnokova L.V., Director of the Autonomous Social Service Institution of the Udmurt Republic "Republican Rehabilitation Center for Children and Adolescents with Disabilities", neonatologist, 426009, Udmurt Republic, Izhevsk, ul. Lenin, 108a, 8 919 919 64 17, e-mail: mila-mila-ches@mail.ru

Soloveva O.O., MSE doctor higher category, ophthalmologist, 8 919 910 53 58 e-mail: olgasolovevamse@mail.ru Autonomous social service institution of the Udmurt Republic "Republican rehabilitation center for children and adolescents with disabilities", Izhevsk, Russian Federation.

Ludmila A. Leonteva; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0337-4425>; 8 950 177 15 06, e-mail: mila-leontieva2011@yandex.ru Autonomous social service institution of the Udmurt Republic "Republican rehabilitation center for children and adolescents with disabilities", Izhevsk, Russian Federation.

Grigoryeva N.G. Children's department of Medservice LLC, neurologist of the highest category, 8 963 027 45 63, nellii0572@mail.ru

Введение. ДЦП является одним из самых тяжелых последствий Перинатального гипоксического поражения Центральной нервной системы (ПГПЦНС). Распространенность ДЦП значительно выше в группе недоношенных детей.

Под термином ДЦП подразумевается группа постоянно присутствующих расстройств движений и позы, приводящих к ограничению функциональной активности, что является следствием непрогрессирующих расстройств развивающегося мозга плода или новорожденного. ДЦП почти всегда сочетается с нарушениями сенсорных систем (зрения, слуха), когнитивными нарушениями, нарушениями речи, эпилепсией [3].

В Удмуртии по неполным сведениям годового отчета за 2018 год насчитывается 705 детей с диагнозом ДЦП.

В Автономном учреждении социального обслуживания Удмуртской Республики «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» (далее - реабилитационный центр «Адели») дети с ограниченными возможностями проходят реабилитацию 2 раза в год с целью восстановить утраченные функции или развить отсутствующие. На фоне реабилитации дети осматриваются врачом-неврологом [5].

Цель. Целью работы явилось выявление клинических форм ДЦП и соотношение форм друг к другу по количеству и по степени нарушения моторных функций. Так же выявить сочетание моторного дефицита с другими нарушениями ЦНС.

Материалы и методы. Было проведено проспективное исследование 119 пациентов с диагнозом ДЦП от 3 до 18 лет, проходивших реабилитацию в реабилитационном центре «Адели» в 2018 году, и проанализирована медицинская документация данных пациентов.

Результаты. Осмотр пациентов проводился в первые дни при поступлении, на фоне реабилитации и в последние дни пребывания в реабилитационном центре «Адели». Проводился опрос родителей и детей, анкетирование и тестирование в начале заезда и в конце.

Результаты:

Распределение детей-инвалидов по формам ДЦП выглядит следующим образом:

G80.0 Спастический церебральный паралич выявлен - 60 человек (50,4%);

G80.1 Спастическая диплегия диагностирована - 22 человека (18,4%);

G80.2 Детская гемиплегия – 31 человек (26%);

G80.3 Дискинетическая форма - 4 человека (3,36%);

G80.4 Атактическая форма выявлена - 2 человека (1,68%).

По степени тяжести нарушения моторных функций дети со спастической формой ДЦП (G80.0) GMFCS распределились следующим образом:

легкая степень GMFCS 1-2 уровня - 1 человек (1,6%);

умеренная степень GMFCS 3 уровня – 30 человек (50%);

тяжелая форма – 29 человек (48,3%), из них:

GMFCS 4 уровня – 15 человек (51,7%),

GMFCS 5 уровня- 14 человек (48,2%).

По степени тяжести среди спастической диплегии диагностированы:

легкая форма GMFCS 1-2 уровня у 5 человек (22,7%);

средняя степени GMFCS 3 уровня у 17 человек (37,4%).

Тяжелая форма GMFCS 4-5 уровня среди исследуемых не диагностирована.

По степени тяжести детской гемиплегии (G80.2) дети распределились следующим образом:

легкая степень GMFCS 1-2 уровня – 4 человека (12,9%);

средняя степень GMFCS 3 уровня - 27 человек (87%);

тяжелая степень GMFCS 4 уровня – 1 человек (3,2%).

Причем правосторонняя форма гемипареза диагностирована у 17 человек (54,8%), левосторонняя – у 14 человек (45,1%).

Среди дискинетической формы ДЦП (G80.3) детей с легкой формой GMFCS 1-2 уровня не выявлено – 0 человек (0%), умеренная степень GMFCS 3 уровня выявлена у 1 человека (25%), тяжелая степень GMFCS 5 уровня - у 3 человек (75%).

Среди атактической формы ДЦП (G80.4) детей с легкой формой GMFCS 1-2 уровня также не выявлено – 0 человек (0%), умеренная форма GMFCS 3 уровня и тяжелая GMFCS 4 уровня диагностирована по 1 человеку (50% и 50% соответственно).

У детей целевой группы выявлены следующие сопутствующие нарушения со стороны ЦНС.

1) Речевые нарушения. Нарушения артикуляции разной степени выявлено у всех обследуемых, что составило 119 человек (100%). Различные виды алалии диагностированы у 31 ребенка (26%), задержка речевого развития наблюдалась у 85 детей (71,4%).

2) Когнитивные нарушения. Из 119 человек когнитивный дефицит разной степени от легкой до тяжелой выявлен у 109 человек (91,5%).

3) Эпилепсия и судорожные синдромы. Фебрильные судороги диагностированы у 9 человек (7,56%). Симптоматическая эпилепсия выявлена у 8 человек (6,7%), причем, 6 человек (10%) из группы G80.0, 1 человек (3,2%) из группы G80.2 и 1 человек (25%) из группы G80.3, в группе G80.1 – эпилепсия не диагностирована.

4) Расстройства сна. Расстройства сна в виде нарушения засыпания и цикличности сна отмечалось у 109 пациентов (91,5%). Сногворение выявлено у 36 пациентов (30,2%).

5) Астения (церебрастения). Абсолютно у всех 119 детей и подростков (100%) отмечались явления астении в виде повышенной утомляемости после умственных и физических нагрузок, повышенной раздражительности или сонливости днем, реже – головные боли напряжения.

Заключение. 1) Среди форм ДЦП по частоте выявляемости с огромным отрывом в 2 раза на первое место выходит G 80.0 Спастический церебральный паралич (50,4%), на второе место выходит G80.2 Детская гемиплегия (26%), третье место занимает G80.1 Спастическая диплегия (18,4%), четвертое место занимает G 80.3 Дискинетическая форма, и на пятом месте располагается G 80.4 Атактическая форма ДЦП (1,68%).

2) По степени тяжести среди атактической и дискинетической форм отсутствуют легкие формы нарушения моторных функций GMFCS 1-2 уровня (0 %), среди диплегии и гемиплегии чаще выявляется умеренная степень GMFCS 3 уровня, а вот среди спастического паралича и дискинетической и атактической формы ДЦП, примерно одинаково диагностируются тяжелые формы GMFCS 4-5 уровня и умеренные GMFCS 3 уровня.

3) Правосторонние параличи в данной выборке доминируют над левосторонними параличами с небольшим отрывом: D -54,8%, S - 45,1%.

4) Речевые нарушения различной степени диагностируются в 100% случаев.

5) Когнитивные нарушения выявляются с большой частотой и составляют 91%.

6) Ребенок с ДЦП имеет еще одно тяжелое заболевание мозга – это эпилепсия или судорожный синдром. Встречаемость в данной выборке составила 14,26%.

7) Расстройства сна встречается у детей и подростков с ДЦП очень часто – в 91,59% случаев, что свидетельствует о тревожном психоэмоциональном фоне ребенка.

8) Астения (церебрастения) присутствует у каждого пациента в 100% случаев, что свидетельствует не только о нарушении психоэмоционального фона, но и об органической природе церебрастении.

9) У ребенка с ДЦП отмечается сочетание поражения как белого, так и серого вещества головного мозга, что проявляется двигательными, когнитивными, поведенческими, сенсорными и судорожными расстройствами.

**Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.
The authors declare no conflict of interest.**

ЛИТЕРАТУРА

1. Jesse, Russell Детский церебральный паралич: монография / Jesse Russell- М.: VSD, 2012.- 978с.
2. Семенова Е.В. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам / Е.В. Семенова, Е.В. Ключкина, А.В. Трухачева.-М.: Линия книги, 2018.-с584с.
3. И.Л. Иванова, Н.В. Комиссарова, А.С.Осетров, Р.Р.Кильдиярова: Детский церебральный паралич: клиническая и функциональная классификация, принципы лечения и реабилитации/ учебно-методическое пособие/ 2016.-с5-8с.
4. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю.: Неврастения у детей и подростков/ учебно-методическое пособие2017.-с4-8с.
5. Чеснокова Л.В., Соловьева О.О., Симонова М.Г.: Реабилитационный центр «Адели»/ методическое пособие 2018.- с.13-14с.

REFERENCES

1. Jesse, Russell Infantile cerebral palsy: monograph / Jesse Russell- М.: VSD, 2012.- 978с.
2. Semenova E.V. Rehabilitation of children with cerebral palsy: a review of modern approaches to help rehabilitation centers / E.V. Semenova, E.V. Klochkina, A.V. Trukhacheva.-M.: Line of books, 2018.-s584s.
3. I.L. Ivanova, N.V. Komissarova, A.S. Osetrov, R.R. Kildiyarova: Cerebral palsy: clinical and functional classification, principles of treatment and rehabilitation / teaching aid / 2016.-s5-8s.
4. Chutko L.S., Surushkina S.Yu.: Neurasthenia in children and adolescents / teaching aid 2017.- p4-8s.
5. Chesnokova L.V., Solovyova O.O., Simonova M.G.: Rehabilitation center “Adele” / methodical manual 2018.- p.13-14s.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Арустамян Э.Э.¹, Кузнецова Г.П.²

¹ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ООО «Реацентр Астрахань»

Астрахань, Россия

Аннотация

Введение. Детский церебральный паралич стоит на первом месте среди причин инвалидности детей с ортопедо-неврологической патологией.

Цель. Целью данной работы является повышение эффективности реабилитационных мероприятий детям страдающим детским церебральным параличом путем применения различных методик мануальной терапии.

Материалы и методы. В основу работы положены материалы реабилитационного центра ООО «Реацентр Астрахань», в котором за 2017-2019 год прошли курсы реабилитации 204 ребенка с ДЦП.

Результаты. Отмечена специфика ортопедического сопровождения, а также указаны особенности мануальной терапии маленьких пациентов.

Заключение. Положительные результаты были получены в 93,6% случаев.

Ключевые слова: ДЦП, мануальная терапия, ортопед, реабилитация.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Арустамян Э.Э. - ассистент кафедры травматологии и ортопедии Астраханского медицинского университета, кандидат медицинских наук, врач ортопед-травматолог, врач мануальный терапевт

Кузнецова Г.П. - врач невролог, заведующая отделением восстановительного лечения ООО «Реацентр Астрахань»

MANUAL THERAPY AND ORTHOPAEDIC SUPPORT IN INTEGRATED REHABILITATION OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Arustamyan E.E.¹, Kuznetzova G.P.²

¹Astrakhan state medical university of the Ministry of Health of Russia

²ООО "Reacentre Astrakhan"

Astrakhan, Russia

Abstract

Background. Cerebral palsy is the first cause of disability of children with orthopedic-neurological pathology.

Aim. The aim of this work is to increase the efficiency of rehabilitation measures for children with cerebral palsy by applying various techniques of manual therapy.

Materials and methods. The work is based on the materials of the rehabilitation center "Reacentre Astrakhan" where 204 children with CP were rehabilitated from 2017 till 2019.

Results. The specifics of orthopedic support are noted, as well as the peculiarities of manual therapy of small patients are indicated.

Conclusion: Positive results were obtained in 93.6% cases.

Key words: CP, Manual Therapy, orthopedic, rehabilitation

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Arustamyan E.E. Assistant of the Department of Traumatology and Orthopaedics of Astrakhan Medical Derogacy, Candidate of Medical Sciences, Doctor of Orthopaedic Traumatologists, Doctor Manual Therapist

Kuznetzova G.P. Neurologist, head of the department of rehabilitation treatment of LLC "Reacentre Astrakhan"

Введение. Согласно определению ВОЗ – детский церебральный паралич (ДЦП) – не прогрессирующее заболевание головного мозга, поражающее его отделы, которые ведают движениями и положением тела, заболевание приобретает на ранних этапах развития головного мозга.

В настоящее время ДЦП рассматривается как заболевание, возникшее в результате поражения мозга, перенесенного в пренатальном периоде или в периоде незавершенного процесса формирования основных структур мозга, что обуславливает сложную сочетанную структуру неврологических и психических расстройств.

Детский церебральный паралич развивается, по разным данным, в 2-3,6 случаях на 1000 живых новорожденных и является основной причиной детской неврологической инвалидности в мире. Среди недоношенных детей частота ДЦП составляет 1%. У новорожденных с массой тела менее 1500 г распространённость ДЦП увеличивается до 5-15%, а при экстремально низкой массе тела — до 25-30%. Многоплодная беременность повышает риск развития ДЦП: частота ДЦП при одноплодной беременности составляет 0,2%, при двойне — 1,5%, при тройне — 8,0%, при четырёхплодной беременности — 43%.

В Российской Федерации распространённость зарегистрированных случаев ДЦП составляет 2,2-3,3 случая на 1000 новорождённых[1-3].

Большое разнообразие патологических проявлений статико-динамических функций у ребенка, индивидуальность восстановительного потенциала, необходимость ежедневной работы с пациентом обуславливают сложность реабилитации больных с ДЦП.

Цель. Целью данной работы является повышение эффективности реабилитационных мероприятий детям страдающим детским церебральным параличом путем применения различных методик мануальной терапии.

Материалы и методы. В основу работы положены материалы реабилитационного центра ООО «Реацентр Астрахань» за 2017-2019 год. За указанный период реабилитационное лечение получили 2165 детей, среди них 204 ребенка с диагнозом – ДЦП, что составило 9.4% от всех детей. Наиболее частым видом паралича была спастическая диплегия (более 70%).

По возрасту, пациенты распределились следующим образом: до 3 лет – 15.3%; от 3 до 5 лет – 37.9; от 5 до 10 лет – 39.2%; старше 10 лет – 7,6%. Распределение по полу было приблизительно одинаковым.

Результаты исследования. Основное направление реабилитационного лечения, это разнообразная стимуляция, коррекция и развитие двигательных навыков согласно этапам развития двигательных навыков у ребенка.

В процессе реабилитации пациенты получали: медикаментозную терапию (по показаниям), рефлексотерапию, психолого-педагогическую коррекцию, различные виды кинезиотерапии (ЛФК, Бобат-терапию, Войта терапию), функциональное позиционирование конечностей, постуральную терапию (ортопедические изделия), мануальную терапию.

Принцип действия функциональной терапии определяют следующим образом: - использование физических методов реабилитации (мануального, физиотерапевтического и др. типов воздействия), акцентированных на решение конкретной задачи. Показания – все уровни двигательного нарушения. Цель – снижение тонуса, подавление патологических рефлексов, профилактика вторичных деформаций, улучшение функции.

В Клинических рекомендациях «Детский церебральный паралич у детей» от 2016 года в разделе «Диагностика» есть следующие записи:

– Инструментальная диагностика: «рентгенография костей скелета необходима для выявления и оценки деформаций структур костно-суставной системы, возникающих вторично при спастичности мышц»;

– Иная диагностика: «консультация ортопеда показана всем пациентам с установленным диагнозом ДЦП с периодичностью, определяемой тяжестью двигательного дефекта и скоростью прогрессирования мышечно-скелетной патологии»;

Врач ортопед в обязательном порядке должен уметь оценить состояние опорно-двигательной системы у пациента с ДЦП. Для этого классический ортопедический осмотр с измерениями окружности сегментов, анатомической и относительной длины конечности, величины углов движения в суставах недостаточен. Доктор в обязательном порядке должен уметь определить и оценить основные синдромы и симптомы, специфичные для церебрального паралича: позотонические рефлексы: (симметричный шейный тонический рефлекс, ассиметричный шейный тонический рефлекс, лабиринтный тонический рефлекс, тонический рефлекс с головы на туловище, тонический рефлекс с таза на туловище; трицепс синдром, аддукторный синдром, Rectus-синдром, Hamstring-синдром и т.д.).

Для оценки уровня спастичности также используют ряд специальных шкал. Одна из наиболее простых и удобных в работе – Шкала Ashworth – шкала оценки тяжести спастического синдрома от 1 до 5 баллов:

1. движения в полном объеме;
2. небольшое сопротивление пассивным движениям, при форсированном движении феномен схватывания;
3. выраженное сопротивление пассивным движениям;
4. сильное сопротивление пассивным движениям, ограничение объема движений;
5. невозможность активных и пассивных движений.

Широкое распространение получает система классификации больших моторных функций при церебральном параличе, основанная на оценке самопроизвольных движений, с акцентом на умении сидеть, перемещаться и передвигаться (GMFCS).

Определяют пять уровней в классификации, нашим основным критерием является различие между уровнями, которое должно быть значимым в повседневной жизни. Различия основаны на функциональных ограничениях, на необходимости использования ручных приспособлений для передвижения (таких как ходунки, костыли, трости) или колесных средств передвижения, и в меньшей степени на качестве движений [4,5].

Классифицирование возможностей ребенка по шкале GMFCS позволяет прогнозировать возможное развитие двигательных навыков, а также определиться с необходимыми для данного ребенка вспомогательными ортопедическими принадлежностями.

За указанный период было произведено 85 первичных приемов детей с полной оценкой опорно-двигательной системы, с назначением и работой в ортезах или планированием этапного гипсования. В обязательном порядке проводится оценка статуса ребенка при поступлении на реабилитацию и на момент окончания курса.

В литературе встречается достаточное количество данных, говорящих о том, что ведущим причинным механизмом, запускающим нарушения, является повреждение центральной нервной системы, а именно – головного мозга. Большинство методик реабилитации направлены на стимуляцию головного мозга путем прямого воздействия или опосредовано через движения.

Однако существует ряд работ, которые доказывают влияние спинного мозга и периферической нервной системы. Спастические изменения, патологические установки, формирующиеся функциональные блоки со временем нарушают иннервацию и на сегментарном уровне, т.е. наблюдается нарушение механизмов реципрокной иннервации.

Также в литературе встречаются работы, говорящие о том, что патологически протекающие роды затрудняют нормальный запуск врожденных рефлексов, что в свою очередь нарушает нормальное развитие ребенка [6].

В связи с вышесказанным становится понятна необходимость построения реабилитационной программы таким образом, чтобы максимально воздействовать не только на изменения, вызванные повреждениями головного мозга, но и на указанные механизмы. Именно здесь очень важна роль мануального воздействия.

Мануальная терапия детей с ДЦП имеет ряд четких задач: снижение спастичности мышц, устранение функциональных блоков позвоночника, особенно в шейном отделе, уменьшение напряжения фасциальных структур.

Мануальная терапия ребенка с ДЦП это трудная, но в тоже время очень интересная в профессиональном плане работа.

Во-первых – это ребенок – а это свой особенный внутренний мир, с необходимостью подбора индивидуального «ключика» со стороны врача.

Во-вторых, специалист имеет дело со спастичными мышцами, имеющими свой особенный ответ на раздражение, свои «триггеры», требующие плавного, медленного воздействия. Резкие манипуляции исключаются.

В-третьих помимо спастичных мышц, обязательно прорабатываются перерастянутые ослабленные мышцы-антагонисты. Воздействие на них должно быть интенсивнее, с обязательной проработкой фасциальных структур.

В-четвертых, у значительного числа детей имеются десмо-тендогенные и миогенные контрактуры, значительно реже артрогенные контрактуры. Поэтому манипуляции должны быть направлены на увеличение пассивного и активного объемов движения, с тенденцией к максимальному достижению анатомического объема движения в суставе[7].

За указанный период было произведено 8517 сеансов мануальной терапии с применением различных мягких методик воздействия.

В 100% случаев специалистами по кинезиотерапии отмечалось, более успешное освоение предлагаемых практик после выполнения мануальной терапии.

Оценка результатов комплексной реабилитации пациентов по используемой нами методике проводилась путем сравнения объективного статуса пациента в начале реабилитации и после ее завершения, а также достижения поставленных краткосрочных целей на момент окончания курса.

В ходе проводимой нами реабилитационной программы выраженная положительная динамика наблюдалась в 93,6%, без изменений – в 6,4%.

Заключение. Таким образом, для более эффективной работы во время реабилитационного процесса врач ортопед-травматолог должен владеть более широкими навыками диагностики патологии опорно-двигательной системы у детей и использовать в своей работе современные шкалы и схемы. Это позволяет более индивидуально и точно расписать планируемые реабилитационные мероприятия.

При составлении реабилитационной программы ребенка с ДЦП следует учитывать и патологическое воздействие сегментарной иннервации на мышцы.

Проведение мануальной терапии в комплексной реабилитации позволяет уменьшить спастические проявления, а также улучшить двигательную адаптацию, проведение ортезирования и эффективность кинезиотерапевтических мероприятий.

Мануальная терапия детей ДЦП имеет ряд своих особенностей и нюансов, которые важно учитывать, зная степень тяжести вид поражения, и в комплексной терапии оказывает значительное положительное воздействие и облегчает дальнейшее проведение двигательной реабилитации.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/ REFERENCES

1. Батышева Т.Т., Гузева В.И., Гузева О.В., Гузева В.В. Совершенствование доступности и качества медицинской помощи и реабилитации детей с детским церебральным параличом / Т.Т. Батышева и др.// Педиатр. – 2016. – Т. VII. - № 1. – С. 65-72; [Batysheva T.T., Guzeva V.I., Guzeva O.V., Guzeva V.V. Sovershenstvovanie dostupnosti i kachestva medicinskoj pomoshhi i reabilitacii detej s detskim cerebral'nyj paralichom / T.T. Batysheva i dr.// Pediatr. – 2016. – Т. VII. - № 1. – С. 65-72; <https://doi.org/10.17816/ped7165-72>]
2. Детский церебральный паралич у детей (клинические рекомендации Союза педиатров России) / под редакцией А.А. Баринаова. – МЗ РФ, 2016 г. – 36с.; [Detskij cerebral'nyj paralich u detej (klinicheskie rekomendacii Sojuza pediatrov Rossii) / pod redakciej A.A. Barinova. – MZ RF, 2016 g. – 36s.]
3. Куренков, А.Л., Батышева, Т.Т., Виноградов, А.В., Зюзяева, Е.К. Спасительность при детском церебральном параличе: диагностика и стратегии лечения/ А.Л. Куренков// Журнал неврологии и психиатрии. — 2012. — т. 7. — №2. — С. 24-28; [Kurenkov, A.L., Batysheva, T.T., Vinogradov, A.V., Zjuzjaeva, E.K. Spastichnost' pri detskom cerebral'nom paraliche: diagnostika i strategii lechenija/ A.L. Kurenkov// Zhurnal nevrologii i psihiatrii. — 2012. — t. 7. — №2. — S. 24-28;]
4. Комплексная оценка двигательных функций у пациентов с детским церебральным параличом [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие/ А.А. Баранов [и др.].— Электрон. текстовые данные.— Москва: ПедиатрЪ, 2014.— 84 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/70512.html>.— ЭБС «IPRbooks»; [Kompleksnaja ocenka dvigatel'nyh funkcij u pacientov s detskim cerebral'nyj paralichom [Jelektronnyj resurs]: uchebno-metodicheskoe posobie/ A.A. Baranov [i dr.].— Jelektron. tekstovye dannye.— Moskva: Pediatr##, 2014.— 84 s.— Rezhim dostupa: <http://www.iprbookshop.ru/70512.html>.— JeBS “IPRbooks”]
5. Лечение и реабилитация детей со спастическими формами церебрального паралича (методические рекомендации № 26) / под редакцией Т.Т. Батышевой. – Департамент Москвы – 2016 г. – 24 с.; [Lechenie i reabilitacija detej so spasticheskimi formami cerebral'nogo paralicha (metodicheskie rekomendacii № 26) / pod redakciej T.T. Batyshevoj. – Departament Moskvu – 2016 g. – 24 s.]
6. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации. ДЦП. / В.А. Качесов. – ЭЛБИ-СПб, С.-Петербург. – 2005. – 112с. [Kachesov V.A. Osnovy intensivnoj reabilitacii. DCP. / V.A. Kachesov. – JeLBI-SPb, S.-Peterburg. – 2005. – 112s]
7. Арустамян Э.Э. Место мануальной терапии в реабилитации детей с ДЦП VIII междисциплинарный научно-практический конгресс с международным участием. ДЦП и другие нарушения движения у детей. Материалы конгресса (Москва, 1-2 ноября 2018г) / Э.Э. Арустамян. - М., - 2018. - С.16-17. [Arustamjan Je.Je. Mesto manual'noj terapii v reabilitacii detej s DCP VIII mezhdisciplinarnyj nauchno-prakticheskij kongress s mezhdunarodnym uchastiem. DCP i drugie narusheniya dvizhenija u detej. Materialy kongressa (Moskva, 1-2 nojabrja 2018g) / Je.Je. Arustamjan. - M., - 2018. - S.16-17.]

РАЗДЕЛ 4 МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ. САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

SECTION 4 MEDICAL REHABILITATION. SANATORIUM AND RESORT REHABILITATION

УДК 614.2:616.23 -036.86

ОЦЕНКА ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ (МКФ)

Ишутина И.С., Кантемирова Р.К., Шабанова О.А.
ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. По крайней мере, 300 млн. пациентов во всем мире страдают БА [1,5]. По данным Европейского сообщества пульмонологов, распространенность бронхиальной астмы (БА) в России составляет 5–8 % в общей популяции, причем 20 % больных страдают этим заболеванием в тяжелой форме [1,2,3]. По данным некоторых прогностических аналитических исследований, к 2025 г. в том случае, если

процесс урбанизации будет продолжаться теми же темпами и городское население во всем мире увеличится с 45 до 59%, БА разовьется дополнительно у 100–150 млн. человек [2,5]. Основную роль в патогенезе БА играют хронические воспалительные процессы. Прослеживается четкая связь воспалительных изменений слизистой оболочки дыхательных путей с бронхиальной гиперреактивностью и степенью обструкции бронхов[3].

Цель. Целью данного исследования является разработка методики описания объективного статуса инвалида в процессе экспертно-реабилитационной диагностики с использованием категорий МКФ для принятия экспертного решения на примере бронхиальной астмы (БА).

Материалы и методы. Оценка ограничений жизнедеятельности в группе инвалидов вследствие БА в соответствии с базовым набором МКФ [4,6] для БА с использованием первого измерителя. В рамках конкретных категорий МКФ степень нарушения функций и структур организма определялась по классическим клиническим методам обследования. Описание объективного статуса инвалида проводилось на основе индивидуального профиля ограничений жизнедеятельности. Групповая оценка показателей ограничений жизнедеятельности производилась на основании индивидуальных оценок. Показатели ограничений жизнедеятельности (ОЖ) оценивались внутри категорий. Учитывая то, что индивидуальные профили ограничений жизнедеятельности отличаются друг от друга у разных пациентов, что зависит от набора сопутствующих заболеваний, спектр показателей весьма широк.

Результаты. Показатели ОЖ, специфичные для основного заболевания, как правило, встречаются у всех пациентов, отобранных в группу по нозологическому принципу. Групповой анализ позволяет выделить для конкретной нозологической формы заболевания присущие ей ограничения жизнедеятельности. В результате проведенной апробации МКФ при принятии экспертного решения у инвалидов вследствие БА, путем обобщения данных индивидуальных профилей «ограничения жизнедеятельности» по составляющим нарушения функций организма и ограничения активности, удалось выявить обобщенный перечень «ограничений жизнедеятельности».

Заключение. В результате проведенной апробации МКФ при принятии экспертного решения у инвалидов вследствие БА путем обобщения данных индивидуальных профилей «ограничения жизнедеятельности» по составляющим нарушения функций организма и ограничения активности удалось выявить обобщенный перечень «ограничений жизнедеятельности».

Ключевые слова: *Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, ограничения жизнедеятельности, бронхиальная астма, реабилитация.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Шабанова Оксана Антоновна, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации инвалидов, Института реабилитации и абилитации инвалидов, ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, ул. Бестужевская, дом 50, Санкт-Петербург, 195067, Российская Федерация, Тел.: +7(911)-257-42-64, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8019-8963> ResearcherID: O-3246-2014 Elibrary SPIN-код: 3085-5255 E-mail: expert-oksana@mail.ru

Ишутина Инна Сергеевна, кандидат медицинских наук, руководитель отдела медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации инвалидов, Института реабилитации и абилитации инвалидов, ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, ул. Бестужевская, дом 50, Санкт-Петербург, 195067, Российская Федерация, тел.8-905-266-83-54, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6640-904X> Elibrary SPIN-код: 3433-3029 e.mail: in.ishutina@yandex.ru

Кантемирова Раиса Кантемировна — доктор медицинских наук, заведующая терапевтическим отделением, главный научный сотрудник Института реабилитации и абилитации инвалидов, заведующая кафедрой терапии Института подготовки специалистов по медицинской и социальной реабилитации ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, 195067 г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, д.50, телефон раб. (812) 543-65-05, дом.– (812) 764-96-69, моб.921 9330799, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1287-486X> Elibrary SPIN-код: 4074-4522 e-mail: terapium@yandex.ru

ASSESSMENT OF LIFE LIMITATIONS FOR DISABLED PEOPLE AS A RESULT OF BRONCHIAL ASTHMA USING THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING (ICF)

Ishutina I.S., Kantemirova R.K., Shabanova O.A.

Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
St. Petersburg, Russian Federation

Abstract

Background. At least 300 million patients worldwide suffer from AD [1,5]. According to the European Community of Pulmonologists, the prevalence of bronchial asthma in Russia is 5–8% in the general population, with 20% of patients suffering from this disease in severe form [1]. According to some prognostic analytical studies, by

2025, if the urbanization process continues at the same pace and the urban population worldwide increases from 45 to 59%, BA will develop an additional 100-150 million people [2,5]. The main role in the pathogenesis of BA is played by chronic inflammatory processes [3].

Aim. The purpose and objectives of this study is to develop a methodology for describing the objective status of a disabled person in the process of expert rehabilitation diagnostics using ICF categories for making an expert decision on the example of bronchial asthma (BA).

Materials and methods. Assessment of disability in the group of people with disabilities in accordance with the basic set of ICF [4, 6] for asthma using the first meter. The degree of impaired function and structure of the body is determined by classical clinical research methods. A description of the objective status of a disabled person was carried out on the basis of an individual profile of disability. Group assessment of indicators of disability was based on individual assessments. Indicators of disability were evaluated within the categories. Considering that individual profiles of disability differ from one another in different patients, which depends on the set of concomitant diseases, the range of indicators is very wide.

Results. Indicators of disability specific for the underlying disease, as a rule, occur in all patients selected in the group according to the nosological principle. Group analysis allows us to identify for a specific nosological form of the disease its inherent limitations of life. As a result of testing the ICF when making an expert decision for people with disabilities due to asthma, by summarizing the data of individual profiles of “disability” on the components of impaired body functions and activity limitations, a generalized list of “vital functions” was revealed. were able to identify a generic list of “disabilities”.

Conclusion. The individual profile of disability described in the article is not complete, but covers only those sections of the classification that relate to the “area of responsibility” of the therapist as a specialist who makes an expert decision in determining disability in patients with BA.

Key words: *International classification of functioning, disability and health, bronchial asthma, disability, bronchial asthma, rehabilitation.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Shabanova Oksana Antonovna – Candidate of Medical Sciences, Leading Researcher at the Department of Medical and Social Expertise and Medical Rehabilitation of Disabled Persons, Institute for Rehabilitation and Abilitation of Disabled Persons, Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, ul. 50 Bestuzhevskaya, St. Petersburg, 195067, Russian Federation, tel.: +7-911-257-42-64, e-mail: expert-oksana@mail.ru ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8019-8963> ResearcherID: O-3246-2014 Elibrary SPIN-код: 3085-5255;

Ishutina Inna Sergeevna, Candidate of Medical Sciences, head at the Department of Medical and Social Expertise and Medical Rehabilitation of Disabled Persons, Institute for Rehabilitation and Abilitation of Disabled Persons, Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, ul. 50 Bestuzhevskaya, St. Petersburg, 195067, Russian Federation, tel.: 8-905-266-83-54, e-mail: in.ishutina@yandex.ru ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6640-904X> Elibrary SPIN-код: 3433-3029

Kantemirova Raisa Kantemirovna - doctor of medical sciences, head of the therapeutic department, Chief Researcher, Institute for the Rehabilitation and Habilitation of Persons with Disabilities, head of the department of therapy at the Institute for the Training of Specialists in Medical and Social Rehabilitation, Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, 195067 St. Petersburg, ul. Bestuzhevskaya, d.50, tel. (812) 543-65-05, (812) 764-96-69, mob. 921 9330799, e-mail: terapium@yandex.ru ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1287-486X> Elibrary SPIN-код: 4074-4522

Введение. По данным Европейского сообщества пульмонологов, распространенность бронхиальной астмы (БА) в России составляет 5–8 % в общей популяции, причем 20 % больных страдают этим заболеванием в тяжелой форме [1].

В настоящее время, по данным ВОЗ, бронхиальной астмой в мире страдают 360 миллионов человек [1,6]. К 2025 году это количество может увеличиться до 400 миллионов. Заболевание нередко становится причиной инвалидизации, и от бронхиальной астмы ежегодно продолжают умирать около 250 тысяч человек [1,2,5].

Основную роль в патогенезе БА играют хронические воспалительные процессы. Прослеживается четкая связь воспалительных изменений слизистой оболочки дыхательных путей с бронхиальной гиперреактивностью и степенью обструкции бронхов [3].

Ключевым в новых подходах в ведении бронхиальной астмы можно считать отношение к данному заболеванию как к гетерогенной патологии. В последнем пересмотре международного согласительного документа по диагностике, лечению и профилактике бронхиальной астмы (GINA, 2019) она определена как гетерогенное заболевание, которое характеризуется наличием хронического воспаления дыхательных путей [5]. Основную роль в патогенезе БА играют хронические воспалительные процессы. Реализация повышенной

чувствительности трахеобронхиального дерева проявляется характерной триадой - бронхоспазмом, отеком слизистой и гиперсекрецией, и может быть вызвана как иммунологическими, так и неиммунологическими механизмами [1].

Цель. Целью данного исследования является разработка методики описания объективного статуса инвалида в процессе экспертно-реабилитационной диагностики с использованием категорий МКФ [4,6] для принятия экспертного решения на примере бронхиальной астмы (БА).

Материалы и методы. В группу инвалидов вследствие бронхиальной астмы (БА) вошли 30 пациентов трудоспособного возраста. При клиническом обследовании пациентов, прежде всего, мы обращали внимание на их общее состояние, характер нарушений функции дыхательной системы, изучали семейный анамнез, социальный статус инвалида.

Группа обследованных состояла из лиц мужского и женского пола в возрасте 20-54 лет (средний возраст 43,2 года). Инвалидность 3 группы была у 26 обследованных (86,7%), 2 группу имели 4 обследованных (13,3%) На момент обследования продолжали трудовую деятельность 60% пациентов.

Инвалидов мужского пола – 8 чел., что составило 26,7% (от 20 до 52 лет, средний возраст – 36,5 лет), из них инвалиды 3 й группы составили 100%, 50% продолжали трудовую деятельность. Женского пола – 22 пациентки (73,3%) (от 25 до 54 лет, средний возраст – 45,6 лет), из них 3 группы инвалидности составили 81,8%, продолжали трудовую деятельность 63,6%. По уровню образования пациенты распределились следующим образом: средне-специальное – 66,7%, высшее у 40%, среднее у 20% и один (6,6%) обследованный являлся студентом.

Результаты исследования. Бронхиальная астмы (БА) в основном была средней степени тяжести (86,7%), тяжелой степени в 13,3% случаев, БА легкой степени отсутствовала. Все обследованные получали базисную противовоспалительную терапию. БА у всех обследованных носила смешанный генез.

Нарушения функций организма описываются в МКФ для данной группы инвалидов в нескольких разделах.

Болевые ощущения оценивались по субъективным оценкам самого пациента. Пациенту предлагалось оценить болевые ощущения по 100 бальной шкале. Боли различных локализаций определялись в связи с наличием сопутствующих заболеваний. Боль в грудной клетке определялась в связи с наличием кардиомиопатии и сопутствующего заболевания позвоночника. Боли в голове и шее определялись в связи с наличием артериальной гипертензии и сопутствующих заболеваний.

В разделе 4 МКФ, описывающем нарушения функций сердечно-сосудистой системы, крови, иммунной и дыхательной систем два блока посвящены функциям дыхательной системы:

- функции сердечно-сосудистой системы (b410-b429);
- функции системы крови и иммунной системы ((b430-b439);
- функции дыхательной системы (b440-b449);
- дополнительные функции и ощущения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем (b450-b469).

Данные о нарушениях функций дыхательной и сердечно-сосудистой системы в категориях МКФ, для группы инвалидов с БА кодировались в соответствии с данными обследования (спирография, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, ЭХО-кардиографическое исследование, мониторинг артериального давления).

При осмотре определяли статические и динамические характеристики грудной клетки, а также внешние показатели дыхания. Для этого определяли форму грудной клетки (правильная или неправильная); тип грудной клетки; симметричность обеих половин грудной клетки; симметричность дыхательных экскурсий обеих половин грудной клетки; искривление позвоночника (кифоз, лордоз, сколиоз, кифосколиоз); дыхательную экскурсию грудной клетки на уровне IV ребра.

При оценке симметричности дыхательных экскурсий грудной клетки обращали внимание на движение углов лопатки во время глубокого вдоха и выдоха. Измерение максимальной окружности и оценка дыхательных экскурсий грудной клетки проводили путем измерения сантиметровой лентой окружности грудной клетки на высоте максимального вдоха, при этом лента сзади располагалась на углах лопаток. Дыхательную экскурсию грудной клетки определяли путем измерения окружности грудной клетки на высоте вдоха и выдоха.

Измерение частоты дыхания проводили путем подсчета числа дыхательных движений в 1 мин незаметно для больного. Категорию «темп дыхания» оценивали по числу дыхательных движений (ЧДД), категория «ритм дыхания» нарушена не была.

Категорию «глубина вдоха» (b 4402) оценивали по данным спирографии – ЖЕЛ вдоха.

Категории в блоке функции дыхательной системы (b440-b449): b 445 «функции дыхательных мышц» (функции мышц, участвующих в акте дыхания), b 4450 «функции грудных дыхательных мышц» (функции грудных мышц, участвующих в акте дыхания), b 4451 «функции диафрагмы» (функции диафрагмы при её

участии в акте дыхания), b 4452 «функции дополнительных дыхательных мышц» (функции дополнительных мышц, участвующих в акте дыхания) не оценивались, т.к. пациенты находились в ремиссии и эти функции дыхательной системы нарушены не были.

Категории «темп сердечных сокращений» (b4100), «ритм сердечных сокращений» (b4101) кодировались на основании данных суточного мониторинга ЭКГ.

Категория «повышенное артериальное давление» кодировалась в соответствии с клинической классификацией артериальной гипертензии.

Необходимо отметить, что в МКФ в рамках блоков для каждой из систем организма выделены категории под общей рубрикой «дополнительные функции и ощущения», что расширяет возможности для кодирования субъективных ощущений пациента в рамках клинических классификаций. Категория «дополнительные дыхательные функции» - дополнительные функции, связанные с дыханием, такие как кашель, чихание, зевота (включено: функции выдувания, свиста, дыхания ртом) оценивались на основании субъективных ощущений пациента.

Так категория «общая физическая выносливость» - функции, связанные с общим уровнем толерантности или переносимости физической нагрузки, оценивались при использовании стандартизированного опросника для определения функционального класса состояния пациента.

В блоке функции системы крови и иммунной системы (b430-b439) нами оценивалась категория «реакция гиперчувствительности» - функции чрезмерного ответа организма сенсбилизацией на чужеродные субстанции, например, чувствительность к различным антигенам. Включено: нарушения, такие как гиперчувствительность или аллергия. Исключено: переносимость пищи (b5153).

По разделу 5 МКФ нарушения функций отмечены в блоках:

- функции, связанные с пищеварительной системой (b510-569);
- функции, относящиеся к метаболизму и эндокринной системе (b570);

Ограничение активности в группе инвалидов вследствие БА вошли нижеперечисленные разделы МКФ:

- раздел 4 – мобильность;
- раздел 5 – самообслуживание;
- раздел 6 – бытовая жизнь.

Оценка ограничения активности проводилась путем опроса пациента (опросник на основе МКФ в подробной версии). Оценка являлась субъективной. Участие специалиста заключалось лишь в объяснении, в случае необходимости, содержательной части конкретной категории.

Выявлено, что у пациентов БА отмечалось ограничение активности в блоке «ходьба и передвижение» и было более изменено в следующих категориях: «ходьба на дальние расстояния», «бег», передвижение вне своего дома и вне других зданий.

Категория «использование общественного транспорта» оценивалась с учетом категории «ходьба и передвижение» в сочетании с наличием реакции гиперчувствительности на запахи.

Ограничение активности по разделу 5 МКФ – Самообслуживание, в группе инвалидов вследствие БА. Этот раздел относится к осуществлению заботы о себе, мытью и вытиранию, уходу за своим телом и его частями, одеванию, приему пищи и питью, заботе о своем здоровье.

По разделу 5 в группе пациентов с БА ограничений активности выявлено не было, но следует учесть, что пациенты находились в клинике в период ремиссии. При обострении самообслуживание в той или иной степени нарушается.

Ограничение активности по разделу 6 МКФ – Бытовая жизнь, в группе инвалидов вследствие БА. Этот раздел относится к занятию бытовой и повседневной деятельностью, выполнению связанных с этим задач. Бытовые сферы жизни включают поиск и обеспечение жильем, продовольствием, одеждой и другими потребностями; уборку и ремонт жилья, заботу о личном и другом домашнем имуществе и помощь другим. Он включает следующие блоки:

- приобретение предметов первой необходимости (d610-d629);
- ведение домашнего хозяйства (d630-d649);
- забота о домашнем имуществе и помощь другим (d650-d669).

При опросе пациентов учитывалась не актуальность того или иного вида деятельности для конкретного пациента, а самооценка пациента на основании предыдущего жизненного опыта, без учета факторов внешней среды и личностных факторов, таких как состав семьи и т.п. Следует отметить, что некоторые виды деятельности в настоящее время не актуальны - это такие, как «стирка белья вручную», «мытьё посуды», «удаление мусора», «обеспечение повседневными потребностями натурального хозяйства», так как у большинства имеются стиральные машины - автоматы (большую трудность вызывает глажение белья), посудомоечные машины, мусоропровод, и нет приусадебных участков (а при их наличии данным видом деятельности не занимаются, предпочитая отдыхать).

В категории «осуществление покупок» нарушена только одна составляющая – доставка покупок, которая у пациентов с БА нарушена в той или иной степени.

В результате проведенной апробации МКФ при принятии экспертного решения у инвалидов вследствие БА путем обобщения данных индивидуальных профилей «ограничения жизнедеятельности» по составляющим нарушения функций организма и ограничения активности удалось выявить обобщенный перечень «ограничений жизнедеятельности», рассмотренный выше.

Протокол индивидуального профиля нарушений в категориях активность и участие составляется по результатам опроса пациента с использованием подробной версии МКФ по разделам классификации на уровне отдельных категорий с использованием первого измерителя. Протокол отражает субъективную оценку пациентом степени ограничений в определенных видах деятельности.

Не актуальные виды деятельности для каждого конкретного пациента не учитываются (пациентка не стирает, мусор не выносит, не плавает и в магазин не ходит, на приусадебном участке не работает, транспортом не управляет). Протокол может оформляться в виде текстового заключения с указанием кодов категорий или только в виде набора кодов:

Функции организма - b440.2, b 4550.2, b 4551.2, b 4552.2, b4351.2, b5153.2

Структуры организма - s4301.2

Активность и участие - d 4501.2; d 4502.2; d 4551.2; d 4601.2; d 4602.2; d 4702.2; d 850.2.

Заключение. Методика использования МКФ для принятия экспертного решения основывается на данных протокола индивидуального профиля ограничений жизнедеятельности инвалида в зоне ответственности терапевта с использованием категорий МКФ и правил кодирования, принятых в классификации.

В методическом плане эти принципы могут использоваться любым специалистом и являются универсальными, отличающимися по содержанию в зависимости от принадлежности конкретным разделам МКФ. В результате проведенной апробации МКФ при принятии экспертного решения у инвалидов вследствие БА, путем обобщения данных индивидуальных профилей «ограничения жизнедеятельности» по составляющим нарушения функций организма и ограничения активности, удалось выявить обобщенный перечень «ограничений жизнедеятельности», рассмотренный выше.

Протокол индивидуального профиля нарушений в категориях активность и участие составляется по результатам опроса пациента с использованием подробной версии МКФ по разделам классификации на уровне отдельных категорий с использованием первого измерителя. Протокол отражает субъективную оценку пациентом степени ограничений в определенных видах деятельности.

Источник финансирования: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Бронхиальная астма. Современный взгляд на проблему / Н. М. Ненашева. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 304 с.: ил. – (Серия «Библиотека врача специалиста»).

2. Ненашева, Н. М. Тяжелая бронхиальная астма: особенности течения и фенотипы / Н. М. Ненашева // Consilium medicum. Приложение. Болезни органов дыхания. – 2018. – №1. – С. 7–14.

3. Оценка эффективности санаторно-курортной медицинской реабилитации больных бронхиальной астмой с использованием международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья / Л. Ш. Дудченко [и др.] // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2018. – Т. 17, №3. – С.133– 140.

4. Шошмин, А. В. МКФ в реабилитации / А. В. Шошмин, Г. Н. Пономаренко. – Санкт-Петербург: ООО «ЦИАЦАН»; ООО «Р-КОПИ», 2018. – 238 с.

5. GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990-2015; a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 // The Lancet Respiratory Medicine. – 2017. – № 5(9). – P. 691– 706.

6. International Classification of Functioning, Disability and Health. – Geneva: WHO, 2001. – 105 p.

References

1. Bronchial asthma. A modern look at the problem / N. M. Nenasheva. - Moscow: GEOTAR-Media, 2018. - 304 p.: Ill. - (Series “Library of a specialist doctor”).

2. Nenasheva, N. M. Severe bronchial asthma: features of the course and phenotypes / N. M. Nenasheva // Consilium medicum. Application. Respiratory diseases. - 2018. - No. 1. - S. 7-14.

3. Evaluation of the effectiveness of health resort medical rehabilitation of patients with asthma using the international classification of functioning, disability and health / L. Sh. Dudchenko [et al.] // Physiotherapy, balneology and rehabilitation. - 2018. - T. 17, No. 3. - S.133-140.

4. Shoshmin, A. V. ICF in rehabilitation / A. V. Shoshmin, G. N. Ponomarenko. - St. Petersburg: Sankt-Peterburg: ООО "TSIATSAN"; ООО "R-KOPI", 2018. – 238 p.
5. GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990–2015; a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 // The Lancet Respiratory Medicine. – 2017. – № 5(9). – P. 691– 706.
6. International Classification of Functioning, Disability and Health. – Geneva: WHO, 2001.– 105 p.

УДК 616.12-008.331.1+616-037

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МКФ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Родионова А.Ю., Сергеева В.В.
ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Наличие метаболического синдрома обуславливает повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Доминирующим компонентом метаболического синдрома во многих случаях является артериальная гипертензия. Реабилитация больных артериальной гипертензией в сочетании с метаболическими нарушениями является актуальной проблемой современной медицины.

Цель. Проанализировать эффективность реабилитации больных артериальной гипертензией с метаболическим синдромом на основе положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Материалы и методы. В исследование включены 363 пациента с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом, направленные на медико-социальную экспертизу. Проанализированы индивидуальные программы реабилитации/абилитации больных, признанных инвалидами. Профиль функционирования пациентов и оценка эффективности реабилитации изучены с использованием доменов МКФ.

Результаты. Больные артериальной гипертензией с метаболическим синдромом нуждаются в комплексе реабилитационных мер, основу которых составляет медицинский аспект (лекарственная терапия и санаторно-курортное лечение). Больные артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями, имеющие в анамнезе острый инфаркт миокарда и/или острое нарушение мозгового кровообращения, достоверно чаще нуждаются в мероприятиях социально-психологической и профессиональной реабилитации. Оценка профиля функционирования пациентов с применением МКФ показала широкий разброс от отсутствия расстройств до абсолютных нарушений у одного и того же пациента. Показана динамика изучаемых доменов до и после проведения реабилитационных мер.

Заключение. Результаты исследования демонстрируют возможность применения категорий МКФ для оценки профиля функционирования больных артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями на фоне реабилитационных мероприятий, что позволяет оценить эффективность программы реабилитации и при необходимости своевременно ее скорректировать.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, метаболический синдром, реабилитация, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Родионова Анна Юрьевна, кандидат медицинских наук, доцент; адрес: Россия, Санкт-Петербург, 194044, Большой Сампсониевский проспект, д. 11/12 литер А; тел.89215639893; <http://orcid.org/0000-0002-0186-7621>; eLibrary SPIN: 3758-3196; e-mail: a.rod84@mail.ru

Сергеева Вера Владимировна, доктор медицинских наук, профессор; адрес: Россия, Санкт-Петербург, 194044, Большой Сампсониевский проспект, д. 11/12 литер А; тел.89219922235; e-mail: vera.sergeeva.208@mail.ru

USE OF IFF FOR EVALUATION OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION WITH METABOLIC SYNDROME

Rodionova A.Y., Sergeeva V.V.

FGBU DPO SPbIUVEK Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation St.Petersburg, Russia

Abstract

Background. The presence of metabolic syndrome leads to a high risk of cardiovascular diseases and their complications, especially in the elderly. The dominant component of metabolic syndrome is often arterial

hypertension. Rehabilitation of patients with arterial hypertension in combination with metabolic disorders is an urgent problem of modern medicine.

Aim. Analyze the effectiveness of the rehabilitation of arterial hypertension patients with metabolic syndrome based on the provisions of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Materials and methods. The study included 363 patients with arterial hypertension and metabolic syndrome, aimed at medical and social examination. We analyzed individual rehabilitation/habilitation programs for patients recognized as disabled. The profile of patient functioning and assessment of the effectiveness of rehabilitation were studied using ICF domains.

Results. Patients with arterial hypertension with metabolic syndrome need a set of rehabilitation measures, the basis of which is the medical aspect (drug therapy and spa treatment). Patients with hypertension with metabolic syndrome MS who have a history of acute myocardial infarction and/or acute cerebrovascular accident significantly more often require measures of socio-psychological and professional rehabilitation. Assessment of the functioning profile of patients using ICF showed a wide spread from the absence of disorders to absolute disorders in the same patient. The dynamics of the studied domains before and after rehabilitation measures is shown.

Conclusion. The results of the study demonstrate the possibility of using the ICF categories to assess the profile of functioning of patients with arterial hypertension with metabolic disorders against the background of rehabilitation measures, which makes it possible to evaluate the effectiveness of the rehabilitation program and correct it in a timely manner.

Key words: *Arterial hypertension, metabolic syndrome, rehabilitation, International Classification on Functioning, Disability and Health (ICF).*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Rodionova Anna Yuryevna, MD, Associate Professor, address: Russia, St. Petersburg, 194044, Bolshoy Sampsonievsky Prospect, 11/12 letter A; tel. 89215639893 <http://orcid.org/0000-0002-0186-7621>; eLibrary SPIN: 3758-3196; e-mail: a.rod84@mail.ru

Sergeeva Vera Vladimirovna, MD, Professor; address: Russia, St. Petersburg, 194044, Bolshoy Sampsonievsky Prospect, 11/12 letter A; tel. 89219922235; e-mail: vera.sergeeva.208@mail.ru

Введение. Медико-социальная значимость метаболического синдрома (МС) определяется его высокой распространенностью и повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний, которые являются ведущими причинами инвалидизации и смертности в Российской Федерации. В Санкт-Петербурге распространенность МС среди жителей 25-74 лет составляет 39,6-48,1% [1]. Установлено, что среди лиц с МС риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) и смертность от нее выше в 3-4 раза и в целом все причины смерти в 2 раза выше по сравнению с пациентами без метаболических нарушений [2]. Особенно тяжелые последствия МС возникают у пациентов пожилого и старческого возраста [3]. Наиболее ранним и частым клиническим проявлением МС является артериальная гипертензия (АГ) [4-6]. Реабилитация больных с МС, особенно старшей возрастной группы, является актуальной задачей современной медицины. В этой связи представляется перспективным изучение эффективности реабилитации пациентов с АГ и МС на основе оценки профиля функционирования, в том числе у лиц пожилого и старческого возраста.

Цель. Проанализировать эффективность реабилитации больных АГ с МС на основе положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Материалы и методы. В исследование включены 363 больных АГ в сочетании с МС, направленных в бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) Санкт-Петербурга. Основная группа представлена 117 пациентами с АГ и поражением органов-мишеней (группа неосложненной АГ) в сочетании с МС; средний возраст пациентов – 57,7±0,9 года. Контрольная группа – 66 больных, имеющих в анамнезе острый инфаркт миокарда и/или острое нарушение мозгового кровообращения, в сочетании с МС (АГ осложненного течения); средний возраст – 59,4±1 года. Группу сравнения составили 90 пациентов пожилого и старческого возраста – жителей блокадного Ленинграда с АГ и МС, средний возраст – 74,8±3,6 года. Наличие МС устанавливалось на основе критериев Всероссийского научного общества кардиологов (2009). У всех больных, признанных инвалидами при освидетельствовании в БМСЭ, проанализированы аспекты индивидуальной программы реабилитации/абилитации (ИПРА). Количественная оценка нарушений проводилась по универсальной шкале МКФ с использованием определителей при первичном и повторном (через год) освидетельствовании больного в БМСЭ. Для оценки профиля функционирования изучены следующие категории (домены) МКФ: b4200 – повышение артериального давления; b4150 – функции артерий; b4101 – ритм сердечных сокращений; b4102 – сократительная сила миокарда; b4550 – общая физическая выносливость – функции, связанные с общим уровнем толерантности или переносимости физической нагрузки; b460 – ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой системы: ощущения перебоев в работе сердца, сердцебиения, затруднения дыхания, тяжести в груди, диспноэ,

нехватки воздуха, удушья, комка в горле, спазма и хрипов. Выраженность нарушений по каждому домену кодировалась с использованием количественной оценки от 0-4% до 96-100%. Практический материал сведен в разработанную нами анкету. Статистическую обработку данных производили с использованием пакета программ Excel и Statistica ver. 10.0.

Результаты исследования. При освидетельствовании в БМСЭ в основной группе первично признаны инвалидами 96,1% пациентов, основное большинство составили инвалиды III группы (69,6%). Пациенты в контрольной группе с одинаковой частотой признаны инвалидами III и II группы (по 48,7%, соответственно), при этом инвалидов II группы было больше по сравнению с больными в основной группе (48,7 против 26,5%, соответственно, р

Заключение. Больные АГ, имеющие метаболические нарушения, нуждаются в комплексной реабилитации. Приоритетным направлением у всех инвалидов вследствие АГ с МС является медицинская реабилитация (лекарственная терапия и санаторно-курортное лечение). У пациентов с АГ осложненного течения (имеющих в анамнезе острый инфаркт миокарда и/или острое нарушение мозгового кровообращения) с МС высока нуждаемость в мероприятиях социально-психологической и профессиональной реабилитации. Основным направлением реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста является медикаментозная терапия, кроме того, достаточно часто в этой группе пациентов применяются методы физиотерапии и лечебной физкультуры. Результаты исследования подтверждают возможность применения категорий МКФ для оценки профиля функционирования больных АГ с МС в ходе выполнения реабилитационных мероприятий, что позволяет оценить эффективность реабилитации и своевременно скорректировать при необходимости программу реабилитации.

**Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.
The authors declare no conflict of interest.**

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ротарь О.П., Либис Р.А., Исаева Е.Н., Ерина А.М., Шавшин Д.А., Могучая Е.В., Колесова Е.П., Бояринова М.А., Морошкина Н.В., Яковлева О.И., Солнцев В.Н., Конради А.О., Шляхто Е.В. Распространенность метаболического синдрома в разных городах РФ. Российский кардиологический журнал. 2012; 2 (94): 55-62. [Rotar' O.P., Libis R.A., Isaeva E.N., Erina A.M., Shavshin D.A., Moguchaya E.V., Kolesova E.P., Boyarinova M.A., Moroshkina N.V., Yakovleva O.I., Solntsev V.N., Konradi A.O., Shlyakhto E.V. Rasprostranennost' metabolicheskogo sindroma v raznykh gorodakh RF. Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal. 2012; 2 (94): 55-62. (In Russ.)] <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2012-2-55-62>
2. Lakka H.M., Laaksonen D.E., Lakka T.A. et al. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. JAMA. 2002; 288(21): 2709-2716. <https://doi.org/10.1001/jama.288.21.2709>
3. Комиссаренко И.А. Полиморбидность и метаболический синдром у пожилых. Клиническая геронтология. 2009; 15(1): 29-38. [Komissarenko I.A. Polimorbidnost' i metabolicheskii sindrom u pozhilykh. Klinicheskaya gerontologiya. 2009; 15(1): 29-38. (In Russ.)]
4. Оганов Р.Г., Александров А.А. Инсулин и артериальная гипертензия: роль гиперсимпатокотонии. Терапевтический архив. 2002; 12: 5-7. [Oganov R.G., Aleksandrov A.A. Insulin i arterial'naya gipertoniya: rol' gipersimpatokotonii. Terapevticheskii arkhiv. 2002; 12: 5-7. (In Russ.)]
5. Соколов Е.И., Симоненко В.Б., Зыкова А.А., Средняков А.В. Клиническое значение выявления инсулинорезистентности у женщин с метаболическим синдромом. Кардиология. 2006; 4: 24-29. [Sokolov E.I., Simonenko V.B., Zyкова A.A., Srednyakov A.V. Klinicheskoe znachenie vyyavleniya insulinorezistentnosti u zhenshchin s metabolicheskim sindromom. Kardiologiya. 2006; 4: 24-29. (In Russ.)]
6. Чернавский С.В., Потехин Н.П., Фурсов А.Н. Метаболический синдром. От полиметаболических нарушений к нозологическим формам заболеваний. М.: Медпрактика-М, 2013. [Chernavskii S.V., Potekhin N.P., Fursov A.N. Metabolicheskii sindrom. Ot polimetabolicheskikh narushenii k nozologicheskim formam zabolevanii. M.: Medpraktika-M, 2013. (In Russ.)]
7. Сергеева В.В., Родионова А.Ю. Артериальная гипертензия, ассоциированная с метаболическим синдромом: клинико-экспертные параметры, категории ограничения жизнедеятельности и аспекты реабилитации. Артериальная гипертензия. 2018; 24(3): 321-330. [Sergeeva V.V., Rodionova A.Yu. Arterial'naya gipertenziya, assotsiirovannaya s metabolicheskim sindromom: kliniko-ekspertnye parametry, kategorii ogranicheniya zhiznedeyatel'nosti i aspekty reabilitatsii. Arterial'naya gipertenziya. 2018; 24(3): 321-330. (In Russ.)] <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2018-24-3-321-330>
8. Рекомендации по ведению больных с метаболическим синдромом (клинические рекомендации). Москва, 2013. [Rekomendatsii po vedeniyu bol'nykh s metabolicheskim sindromom (klinicheskie rekomendatsii). Moskva, 2013. (In Russ.)]

9. Лобыкина Е.Н., Салмина-Хвостова О.И., Колтун В.З., Рузаев Ю.В. Научно-организационные подходы в области пропаганды знаний о рациональном питании. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2007; 1: 32-36. [Lobykina E.N., Salmina-Khvostova O.I., Koltun V.Z., Ruzaev Yu.V. Nauchno-organizatsionnye podkhody v oblasti propagandy znaniy o ratsional'nom pitanii. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii*. 2007; 1: 32-36. (In Russ.).]
10. Екушева Е.В. Пожилой пациент с коморбидной патологией в практике кардиолога. *РМЖ. Медицинское обозрение*. 2018; 11: 26-29. [Ekusheva E.V. Pozhiloi patsient s komorbidnoi patologiei v praktike kardiologa. *RMZh. Meditsinskoe obozrenie*. 2018; 11: 26-29. (In Russ.).]

УДК 616.4

ПРИМЕНЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ГЛИКЕМИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОГЛИКЕМИЙ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В СТРАТИФИКАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ

Светлова О.В., Гурьева И.В., Морозова Е.В., Дымочка М.А.

Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение «Федеральное Бюро Медико-Социальной Экспертизы» Министерства Труда и Социальной Защиты Российской Федерации
Москва, Россия

Аннотация

Введение. Пациенты с сахарным диабетом характеризуются снижением когнитивной функции (памяти, внимания, мышления). Гипогликемии усугубляют когнитивные нарушения, вызванные основным заболеванием. Однако связь между степенью гипогликемии и когнитивным статусом остается неясной. Страх гипогликемии является одним из важнейших факторов, прямо или косвенно влияющих на качество жизни и влияющих на все аспекты жизни пациента. Помимо тяжести гипогликемии и ее негативных последствий, качество жизни является одним из основных критериев оценки физической, психологической и социальной составляющих жизни пациента в целом. Диабетическая автономная нейропатия, вероятно, может вызывать или оказывать влияние на развитие бессимптомных гипогликемий, но это влияние до сих пор остается предметом изучения.

Цель. Изучить особенности гипогликемических состояний при проведении непрерывного мониторинга гликемии и выраженность когнитивных нарушений у пациентов с сахарным диабетом, а также предложить программу реабилитации пациентов с высоким риском развития гипогликемий.

Материалы и методы. Было проведено комплексное клинично-инструментальное обследование 80 пациентов с СД 1 типа, проходивших стационарное, амбулаторное лечение и наблюдение в отделении эндокринологии клиники ФГБУ ФБ МСЭ: 28 мужчин и 52 женщины в возрасте от 19 до 59 (35,7±1,3) лет, с длительностью СД 1 типа от 5 до 37 (13,9±1,0) лет. Исследовались особенности гипогликемических состояний с помощью системы непрерывного мониторинга гликемии (iPro2 Medtronic MiniMed, США) и специального опросника. Бессимптомные гипогликемии определялись при отсутствии нейрогликопенических симптомов: тревога, беспокойство, головная боль, головокружение, слабость, голод, тремор, повышенное потоотделение, учащенное сердцебиение и др. (нейрогликопенический счет). Оценивалась выраженность автономных нарушений (автономная невропатия, кардиальная форма - КАН) с помощью пяти стандартных кардиоваскулярных тестов (по J. Ewing) на электрокардиографическом комплексе «Поли-Спектр» («Нейрософт», Россия): тест с глубоким дыханием, тест 30:15, тест Вальсальвы, ортостатический, тест с изометрическим напряжением. Был исследован уровень гликированного гемоглобина (HbA1c).

Результаты. Пациенты были разделены на 3 группы: 1-я-с симптомными гипогликемиями (42,5%), 2 – й-с 1-2 эпизодами бессимптомных гипогликемий (35%), 3-й-с 3 и более эпизодами бессимптомных гипогликемий (22,5%). При проведении кардиоваскулярного тестирования у 91,25% пациентов были выявлены аномальные вегетативные тесты. Выраженность КАН статистически различалась между 1 и 2(3) группами (P

Заключение. Пациенты с бессимптомными гипогликемиями (особенно с 3 и более бессимптомными эпизодами в течение периода непрерывного мониторинга гликемии) характеризовались значительными когнитивными нарушениями. Тяжелые вегетативные нарушения с суммой баллов ≥ 7 позволяют спрогнозировать бессимптомные гипогликемии с высокой специфичностью и чувствительностью. Пациенты с высоким риском развития бессимптомных гипогликемий характеризовались выраженными автономными нарушениями. Непрерывные системы мониторинга глюкозы, включая системы мониторинга глюкозы в режиме реального времени, позволяющие оценивать и проводить коррекцию гипо- и гипергликемических пиков, можно рассматривать как новые реабилитационные технологии в области медико-социальной

экспертизы. Полученные результаты определяют необходимость разработки комплексной программы реабилитации, основной целью которой должно являться улучшение качества жизни больных с ограничениями различных видов жизнедеятельности с автономной невропатией и гипогликемическими состояниями.

Ключевые слова: гипогликемия, непрерывное мониторирование гликемии, сахарный диабет

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Светлова Ольга Владимировна, к.м.н., ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5146-2032>; eLibrary SPIN: 9741-5538, e-mail: merylan@yandex.ru

Гурьева Ирина Владимировна, д.м.н., eLibrary SPIN: 9376-7686

Морозова Елена Валерьевна, к.психол.н., eLibrary SPIN: 5261-3551

Дымочка Михаил Анатольевич, д.м.н., eLibrary SPIN: 2883-4392

THE USE OF CONTINUOUS MONITORING OF GLYCEMIA FOR RISK ASSESSMENT AND PREVENTION OF HYPOGLYCEMIA AND COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS IN THE STRATIFICATION OF A COMPREHENSIVE REHABILITATION PROGRAM

Svetlova O.V., Gurieva I.V., Morozova E.V., Dymochka M.A.

Federal state budget institution "Federal bureau of medical and social expertise" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation
Moscow, Russia

Abstract

Background. Diabetic patients are associated with cognitive decline. Hypoglycemia aggravates critical illness-induced neurocognitive dysfunction. However, the relationship between the degree of hypoglycemia and cognitive status remains unclear. Fear of hypoglycemia is one of the most important factors; it either directly or indirectly affects quality of life and influences all aspects of the patient's life. In addition to the severity of hypoglycemia and its negative consequences, quality of life is one of the main criteria for evaluating the physical, psychological and social components of patient's life as a whole. Cardiovascular autonomic neuropathy (CAN) plausibly may cause or contribute to hypoglycemia unawareness, but this association is complex.

Aim. To study the features of hypoglycemic conditions during continuous glucose monitoring and the severity of cognitive impairment in patients with diabetes mellitus, as well as to propose a rehabilitation program for patients with high risk of hypoglycemia.

Materials and methods. The 80 patients of type 1 diabetes mellitus (mean age 35,7±1,3 y.o., HbA1c 9,2±1,4%) of 13,9±1,0 years duration were examined. These patients were submitted to continuous glucose monitoring (iPro2, Medtronic MiniMed, USA) within 72-hours. Hypoglycemia was defined as lower 3,9 mmol/l and measured as ≥ 3 consecutive readings CGM. Hypoglycemia unawareness was defined using special questionnaires and was scored as points (1-3 or more points). Hypoglycemia unawareness was evaluated as an absence of neuroglycopenic symptoms: alarm, anxiety, head-aches, giddiness, weakness, hunger, tremor, enhanced sweating, frequent heart rate and others (neuroglycopenic score -NGS). The presence of CAN was estimated by five autonomic cardiovascular tests by Ewing's methodology (Valsalva maneuver, deep breathing test, response to standing, blood pressure response to standing sustained, handgrip test) and scored (maximum 10) as being normal, parasympathetic (CANp), sympathetic (CANs) and combined lesion (CANps). Diabetic patients were designated CAN+ when two or more tests were abnormal or CAN-score ≥ 4 .

Results. Patients were divided into 3 groups: 1st - with symptomatic hypoglycemia (42,5%), 2nd - with 1-2 episodes of hypoglycemia unawareness (35%), 3rd – with 3 and more episodes of hypoglycemia unawareness (22,5%). The 91,25% of patients had abnormal autonomic tests. CAN differed statistically between 1 and 2(3) groups (p

Conclusion. Patients with hypoglycemia unawareness (especially with 3 and more unawareness events during CGM-time) were characterized considerable cognitive disorders. Severe autonomic failures evaluated by Ewing cardiovascular reflex tests ≥ 7 points (max 10) can predict hypoglycemia unawareness with high specificity and sensitivity. Patients with high risk of hypoglycemia unawareness is associated with significant autonomic failures. Continuous glucose monitoring systems, including real-time systems that allow correction of hypo- and hyperglycemic peaks, can be considered as new rehabilitation technologies in the field of medical and social expertise. The results obtained determine the need to develop a comprehensive rehabilitation program, the main goal of which should be to improve the quality of life of patients with disabilities of various types of life with autonomic neuropathy and hypoglycemic conditions.

Key words: hypoglycemia, continuous glucose monitoring, diabetes mellitus

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

O.V.Svetlova, MD, PhD, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5146-2032>; eLibrary SPIN: 9741-5538, e-mail: merylan@yandex.ru

I.V.Gurieva, MD, PhD, eLibrary SPIN: 9376-7686

E.V.Morozova, MD, PhD, eLibrary SPIN: 5261-3551

M.A.Dymochka, MD, PhD, eLibrary SPIN: 2883-4392

Введение. Пациенты с сахарным диабетом, особенно с гипогликемиями различной частоты и длительности, характеризуются когнитивными нарушениями различной степени выраженности. Гипогликемии являются наиболее частым побочным эффектом лечения сахарного диабета и одним из ограничивающих факторов при достижении целевого уровня гликемии. Гипогликемии могут возникать в любое время суток, порой вмешиваясь непредсказуемо в повседневную жизнь пациента, влияя на интеллектуальную и физическую деятельность. Независимо от причин и факторов риска развития гипогликемий, их проявления крайне неблагоприятны и вызывают страх и другие отрицательные эмоции, приводящие к негативным последствиям. Полученный опыт тяжелой гипогликемии, потребовавший вмешательства помощи окружающих, может повлиять на поведение пациента в будущем, на его попытки избегать подобных ситуаций, на достижение оптимального гликемического контроля [1, 2].

Частые гипогликемии и страх их развития создают внутренний конфликт, снижая мотивацию к использованию интенсивных режимов инсулинотерапии, а также средств высокотехнологичной медицинской помощи – инсулиновых помп, даже несмотря на признаваемую многими пациентами пользу такой стратегии в отношении профилактики поздних осложнений сахарного диабета.

Легкие гипогликемии, купируемые пациентом самостоятельно, могут существенно различаться по выраженности симптоматики.

Интересен тот факт, что в среднем пациенты с СД 1 типа переносят две симптомные гипогликемии в неделю, тысячи эпизодов в течение жизни; ежегодно в одном случае происходит потеря сознания и требуется посторонняя помощь; 2-4% случаев смертельных исходов при сахарном диабете имеет связь с гипогликемией.

Распространенность тяжелых гипогликемий по результатам DCCT (Diabetes Control and Complications Trial – исследование по контролю диабета и его осложнений) составляет 36% в год, что соотносится с результатами, полученными в других крупных исследованиях – 30-40%. Также по данным DCCT основным барьером для достижения строго гликемического контроля является 3-х кратный риск тяжелой гипогликемии [1,3]. При этом предиктором тяжести гипогликемии служит частота гипогликемических состояний и синдром нераспознавания гипогликемии (СНГ), который определяется при повышении порога возникновения автономных симптомов гипогликемии при индуцировании гипогликемии методом гипогликемического клэмпа. Нарушение распознавания гипогликемий характеризуется развитием гипогликемических эпизодов без типичной клинической симптоматики, т.н. малосимптомных и бессимптомных гипогликемий. Опасность бессимптомных гипогликемий очевидна, поскольку в таких случаях и пациентов может развиться гипогликемическая кома без соответствующих предшественников. Это связано с нарушением секреции катехоламинов, в первую очередь адреналина, вследствие диабетической автономной невропатии, а также с нарушением реакции на выброс адреналина в ответ на гипогликемию, т.е. отсутствием симпатoadреналового ответа на гипогликемическое состояние. Многие исследователи признают, что автономная невропатия может быть причиной или фактором риска гипогликемических состояний, в том числе протекающих бессимптомно [2, 4].

В связи с этим важной остается разработка критериев профессиональной ориентации и трудовых рекомендаций для пациентов с сахарным диабетом, особенно при нарушенной способности распознавать гипогликемии. Это касается работы в тех областях, где велик риск для жизни больного и окружающих, например, работа с движущимися механизмами, виды трудовой деятельности, требующие психического напряжения и концентрации внимания.

Специфическими для пациентов с СД являются фобии гипогликемии, фобии инъекций или игл, т.е. есть выраженный, чрезмерный страх перед конкретными предметами (иглы, ланцеты, шприц-ручки) или ситуациями (гипогликемии), сопровождающийся психическими и вегетативными симптомами. Для страха гипогликемии характерна тревога ожидания и избегания ситуаций, вызывающих гипогликемию. Часто эти страхи ведут к поддержанию завышенного уровня гликемии путем неадекватного снижения дозы инсулина, к перееданию, к отказу от инъекций или самоконтроля гликемии, непосредственно и резко снижая комплаентность пациента.

Исследование психических особенностей при СД 1 типа имеет существенное значение и для решения задач медико-социальной экспертизы, поскольку, с одной стороны, больные имеют положительную социально-трудовую установку, а с другой стороны, органические изменения психики, даже умеренно

выраженные, могут служить критерием для признания больных частично или полностью нетрудоспособными с учетом психического состояния. При этом играет роль не столько уже свершившийся факт развития инвалидности, сколько перспектива ее, состояние неуверенности и неопределенности. Поэтому психологическая реабилитация играет важную роль в принятии болезни [2, 5, 6].

Появление инновационных технологий, позволяющих проводить непрерывное мониторирование уровня глюкозы в течение нескольких суток, дает возможность точно обнаруживать изменения гликемии, выявлять бессимптомные и ночные гипогликемии. Применение данных способов диагностики колебаний уровня глюкозы крови особенно важно для лиц, ведущих активный образ жизни, работающих, занимающихся спортом, т.к. профилактика гипогликемических состояний может стать основополагающим фактором расширения профессиональных сфер деятельности и позволит улучшить качество жизни больных сахарным диабетом.

Цель. Изучить особенности гипогликемических состояний при проведении непрерывного мониторирования гликемии и выраженность когнитивных нарушений у пациентов с сахарным диабетом, а также предложить программу реабилитации пациентов с высоким риском развития гипогликемий.

Материалы и методы. Непрерывное мониторирование гликемии проводилось с помощью системы iPro2 (Medtronic MiniMed, США) 80 пациентам в течение 3-7 дней. Оценивались амплитуда колебаний глюкозы, количество экскурсий глюкозы (общее, гипер- и гипогликемических эпизодов), продолжительность экскурсий. Диапазон нормогликемии соответствовал интервалу 3,9 – 10,0 ммоль/л. За гипергликемию принималось значение уровня глюкозы $\geq 10,0$ ммоль/л, за гипогликемию – значение уровня глюкозы $\leq 3,9$ ммоль/л.

За гипогликемию при самоконтроле принимали состояние, при котором появлялись какие-либо адрэнергические или нейрогликопенические симптомы при уровне глюкозы

Результаты исследования. В зависимости от наличия и частоты гипогликемических состояний, выявленных с помощью системы iPro в течение 3-7 дней, пациенты были разделены на 3 группы: с распознаваемыми гипогликемиями (группа 1) 34 (42,5%) человека, с 1-2 эпизодами бессимптомных гипогликемий (группа 2) – 28 (35%), с 3 и более эпизодами бессимптомных гипогликемий (группа 3) – 18 человек (22,5%).

Группы пациентов не различались по возрасту, но различались по длительности сахарного диабета. В группе 1 длительность заболевания составила $10,7 \pm 1,3$ года, в группе 2 – $14,5 \pm 1,6$ лет (р

Заключение. Полученные результаты определяют необходимость разработки комплексной программы реабилитации, основной целью которой должно являться улучшение качества жизни больных с ограничениями различных видов жизнедеятельности с автономной невропатией и гипогликемическими состояниями посредством решения следующих задач:

- проведение мероприятий, направленных на профилактику и предупреждение гипогликемических состояний;
- проведение мероприятий, направленных на восстановление и длительное поддержание способности к передвижению;
- проведение мероприятий, направленных на восстановление функциональных нарушений (диабетической периферической сенсо-моторной и вегетативной, автономной невропатии, диабетической макроангиопатии нижних конечностей; диабетической микроангиопатии: ретинопатии, нефропатии);
- проведение мероприятий социальной защиты, компенсирующих или замещающих ограничения жизнедеятельности.

На основании вышеизложенного предложено добавить в индивидуальную программу реабилитации для каждого больного с СД I типа с учетом различной степени выраженности автономной невропатии, наличия, частоты и длительности гипогликемических состояний, в том числе и бессимптомных, следующие консультативно-диагностические исследования:

- консультация эндокринолога, исследование уровня глюкозы, в том числе с помощью системы постоянного подкожного мониторирования гликемии и с использованием специального опросника, исследование HbA_{1c}, липидного спектра и уровня холестерина с целью определения потребности в коррекции метаболических нарушений; применение современных систем постоянного дозированного введения инсулина – инсулиновых дозаторов (помп); проведение патогенетической терапии автономной невропатии; обучение больного;
- проведение кардиоваскулярного тестирования с целью выявления КАН;
- консультация психолога, проведение психологического тестирования для определения качества жизни больных и необходимости соответствующей психотерапии.

Проведение индивидуальной программы реабилитации больных сахарным диабетом с автономной невропатией и гипогликемиями позволит предупредить или отсрочить развитие автономных нарушений,

снизить риск развития повторных, тяжелых, бессимптомных гипогликемических состояний, восстановить способности к передвижению, самообслуживанию, труду, а также в значительной степени повысить качество жизни больных с бессимптомными гипогликемиями.

На основании углубленного клинико-инструментального исследования больных, а также с учетом психофизиологических факторов предложены основные позиции профессиональной реабилитации больных СД 1 типа с гипогликемическими состояниями.

Предложен перечень противопоказанных профессий для больных с частыми и бессимптомными гипогликемическими состояниями: работа в заданном ритме (конвейер); работа, требующая непрерывного слежения за монитором (экраном); работа по найму, связанная с движением транспорта; работа возле движущихся механизмов; работа на высоте или связанная с подъемом на высоту; работа по обслуживанию действующих электроустановок.

Помимо средств самоконтроля для исследования гликемии целесообразно использование специальных опросников, позволяющих субъективно выявлять особенности длительности, частоты гипогликемий, степень выраженности или отсутствие симптомов, а также связь с другими факторами: погрешностями в диетотерапии, инсулинотерапии или физическими нагрузками.

На сегодняшний день непрерывный мониторинг гликемии находит всё более широкое применение, как в научной сфере, так и в ежедневной клинической практике врачей. Этот революционный метод измерения сахара крови позволяет более быстро достигать компенсации углеводного обмена, являясь неотъемлемым инструментом оптимизации управления сахарным диабетом 1 и 2 типов.

Данные системы непрерывного мониторинга уровня глюкозы, в том числе в режиме реального времени, позволяющие проводить коррекцию гипо- и гипергликемических пиков, могут рассматриваться как новые реабилитационные технологии и в сфере медико-социальной экспертизы.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. [Svetlova O.V., Gur'eva I.V., Puzin S.N., Vasilenko O.YU., Orlova E.V. Relationship between autonomic neuropathy and hypoglycaemia unawareness in patients with type 1 diabetes. *Saharnyj diabet.* 2008;11(4):76-79. (In Russ.)] <https://doi.org/10.14341/2072-0351-5596>
2. [Svetlova O.V., Gur'eva I.V. New means for monitoring glucose levels in the framework of medical and social rehabilitation of patients with type 1 diabetes. *Mediko-social'nye problemy invalidnosti.* 2011; 1:78-82. (In Russ.)] <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-4-30-33>
3. [Patrakeeva E.M., Dunicheva M.N., Zalevskaya A.G. Fear of hypoglycaemia in patients with type 1 diabetes. *Saharnyj diabet.* 2014;(2):66-75 (In Russ.)] <http://doi.org/10.12341/DM2014266-75>
4. [Svetlova O.V., Gur'eva I.V., Savchenko L.S. Modern strategies for self-monitoring: new era of effective diabetes management. *Meditinskiy sovet.* 2019;(4):30-33.(In Russ.)] <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-4-30-33>
5. [Starostina E.G., Moshnyaga E.N. Hypoglycaemia phobias and their clinical significance: a case - control study. *Saharnyj diabet.* 2013;(3):46-51 (In Russ.)] DOI: <http://dx.doi.org/10.14341/2072-0351-817>
6. Morozova O.V., Svetlova O.V. Osobennosti ekspertno-reabilitacionnoj psihodiagnostiki bol'nyh saharnym диабетом 1 типа s gigoplikiemicheskim sindromom. *Vestnik vsrossijskogo obshchestva specialistov po mediko-social'noj ekspertize, reabilitacii i reabilitacionnoj industrii: M.; 2010.* (In Russ.).

УДК 616-008.63:616.24-007.271-036.12]-07

ОЦЕНОЧНЫЕ КОДЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Кускова С.П.

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

Минск, Республика Беларусь

Аннотация

Введение. Медико-социальная значимость медицинской реабилитации пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) обусловлена распространенностью патологии среди лиц трудоспособного возраста, длительной нетрудоспособностью и тяжелой инвалидностью. МКФ предлагает новый подход к проведению медицинской реабилитации, направленный на максимальную адаптацию реабилитантов в реальной жизненной ситуации с учетом активности и возможности участия пациентов в контексте с окружающей средой. Для описания здоровья и связанных с ним реальных проблем МКФ

рекомендует использовать коды доменов. Коды МКФ для оценки функционирования систем организма у пациентов с ХОБЛ не разработаны в настоящее время.

Цель. Определить оценочные коды функционирования систем организма у пациентов хронической обструктивной болезнью легких с применением Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Материалы и методы. Обследовано 60 пациентов в возрасте от 45 до 60 лет (мужчин 37, женщин 23 с ХОБЛ. Средний возраст 52.17 ± 0.43 года. Выделены наиболее значимые коды МКФ для объективизации критериев нарушений функций органов и систем, вовлеченных в патологический процесс при ХОБЛ. Разработаны критерии оценки отклонений или утрат функций и структур организма, ранжированные по 5-ти бальной шкале в зависимости от степени выраженности проблем в функционировании, выявленных при экспертно-реабилитационной диагностике состояния организма пациентов с ХОБЛ.

Результаты. Определены коды доменов МКФ для оценки нарушенных функций организма, вовлеченных в патологический процесс при ХОБЛ, а именно: b 440, b 445, b 450, b 455, b 460, b 498. В категории b 440 (функция дыхания) оценивали число дыхательных движений (ЧД), жизненную емкость легких (VC), скорость воздушного потока (FEV), форсированную жизненную емкость легких (FVC), индекс Тиффно, (FEV/FVC), наличие (отсутствие) одышки, цианоза; в категории b 445 - функции дыхательных мышц, диафрагмы, дополнительных дыхательных мышц; b 450-дополнительные дыхательные функции, связанные с дыханием; в категории b455-функции толерантности к физической нагрузке оценивали переносимость нагрузки и утомляемость; в категории b460-ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем оценивали частоту пульса, парциальное давление кислорода в крови (РаО_а), уровень кислорода в крови (SaO₂); в категории b 498-функции сердечно-сосудистой, системы крови, иммунной и дыхательной, другие уточненные – оценивали функции сердца (b 410), функции артериального давления (b 420), функцию крови (b 430). Разработаны критерии отклонений функций и структур организма по результатам экспертно-реабилитационной диагностики. Критерии отклонений функций организма ранжированы по 5-ти бальной шкале в зависимости от степени выраженности нарушений функций по функциональному классу (ФК): ФК0 – нормальное состояние, ФК1 – легкие нарушения функций (от 1 до 25%), ФК2 – умеренные нарушения функций (от 26 до 50%), значительно выраженные нарушения (от 51 до 75%), резко выраженные нарушения (от 76 до 100%).

Заключение. Разработанные оценочные коды функционирования будут использованы реабилитологами при верификации реабилитационного диагноза и оценке эффективности медицинской реабилитации пациентов с ХОБЛ.

Ключевые слова: Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, функции организма, экспертно-реабилитационная диагностика, оценка, реабилитация, хроническая обструктивная болезнь легких.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Кускова Светлана Петровна, кандидат медицинских наук, доцент [Svetlana P. Kuskova, Candidate of Medical Sciences]; адрес: (223027, д. Юхновка, Колодищанский с/с, 93 Минский р-н, Минская обл. [address: (223027, district of Yukhnovka village, Kolodishchansky s / s, 93 Minsk region, Minsk region)]; телефон: (+375293532465); www.meir.by; terapia@meir.by

EVALUATION CODES FOR THE FUNCTIONING OF BODY SYSTEMS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Kuskova S.P.

State Institution "Republican Scientific and Practical Center for Medical Expertise and Rehabilitation".

Minsk, Republic of Belarus

Abstract

Background. The medical and social significance of the medical rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is due to the prevalence of pathology among people of working age, long-term disability and severe disability. ICF offers a new approach to medical rehabilitation aimed at the maximum adaptation of rehabilitation in a real life situation. The ICF recommends using domain codes to describe health and its real problems. ICF codes for assessing the functioning of body systems in patients with COPD have not been developed at present.

Aim. to determine the estimated functioning codes of the body systems in patients with chronic obstructive pulmonary disease using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Materials and methods. We examined 60 patients aged 45 to 60 years (men 37, women 23 with COPD. Average age 52.17 ± 0.43 years. The most significant ICF codes were identified to objectify the criteria for impaired organs and systems involved in the pathological process in COPD. Evaluation criteria were developed. deviations or loss of body

functions and structures, ranked on a 5-point scale, depending on the severity of functional problems identified during expert rehabilitation diagnostics of the state of the body of patients with COPD

Results. The ICF domain codes were determined to assess the impaired body functions involved in the pathological process in COPD, namely: b 440, b 445, b 450, b 455, b 460, b 498. In the category b 440 (respiratory function), the number of respiratory movements was evaluated (BH), vital lung capacity (VC), airflow velocity (FEV), forced vital lung capacity (FVC), Tiffno index, (FEV / FVC), presence (absence) of shortness of breath, cyanosis; in category b 445 - the functions of the respiratory muscles, diaphragm, additional respiratory muscles; b 450 - additional respiratory functions associated with respiration; in the b455 function category of exercise tolerance, exercise tolerance and fatigue were evaluated; in category b460, sensations associated with the functioning of the cardiovascular and respiratory systems evaluated heart rate, partial pressure of oxygen in the blood (PaOa), blood oxygen level (SaO₂);

in category b 498-functions of the cardiovascular, blood, immune and respiratory systems, others specified - heart functions (b 410), blood pressure functions (b 420), blood function (b 430) were evaluated. Criteria for deviations of the functions and structures of the body based on the results of expert rehabilitation diagnostics are developed. Criteria for deviations of body functions are ranked on a 5-point scale, depending on the severity of functional disorders by functional class (FC): FC0 - normal state, FC1 - mild functional impairment (1 to 25%), FC2 - moderate functional impairment (from 26 to 50%), significantly expressed violation (from 51 to 75%), pronounced violations (from 76 to 100%).

Conclusion. The developed evaluation codes of functioning will be used by rehabilitologists to verify the rehabilitation diagnosis and evaluate the effectiveness of medical rehabilitation of patients with COPD.

Key words: *International classification of functioning, disability and health, body functions, expert rehabilitation diagnostics, assessment, rehabilitation, chronic obstructive pulmonary disease.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Kuskova Svetlana Petrovna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor [Svetlana P. Kuskova, Candidate of Medical Sciences]; address: (223027, district of Yukhnovka village, Kolodishchansky s / s, 93 Minsk district, Minsk region [address: (223027, district of Yukhnovka village, Kolodishchansky s / s, 93 Minsk region, Minsk region]; phone: (+375293532465); www.meir.by; terapia@meir.by

Введение. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – это системное заболевание, характеризующееся ограничением скорости воздушного потока вследствие бронхиальных и/или альвеолярных нарушений, вызываемым дыхательной ингаляционной экспозицией поллютантов. Ограничение скорости воздушного потока обычно прогрессирует в связи с воспалительным ответом легких на компоненты загрязнения, что в значительной степени снижает качество жизни заболевших [1]. ХОБЛ чаще страдают лица трудоспособного возраста, что приводит к длительной нетрудоспособности и инвалидности. По прогнозам ВОЗ уже в 2020г. ХОБЛ будет занимать пятое место среди всех причин нетрудоспособности, станет к 2040г. третьей наиболее распространенной причиной смерти в экономически развитых странах после сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2 типа [2]. В условиях демографического кризиса вследствие старения населения возрастет роль медицинской реабилитации. В настоящее время основополагающими медицинской реабилитации являются медикаментозные меры, что не способствует самореализации реабилитантов в восстановлении и/или компенсации здоровья. Поэтому Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья предлагает иной подход в восстановлении и/или компенсации утраченных функций, направленный на максимальную адаптацию реабилитантов в реальной жизненной ситуации, учитывая их активность и возможности участия, а также взаимоотношения с окружающей средой [3]. МКФ предложена в качестве стандарта для описания здоровья и связанных с ним реальных проблем, ограничивающих функционирование пациента, возможности и действия его в контакте с факторами окружающей среды.

МКФ рекомендует использовать наиболее значимые коды, отражающие аспекты функционирования человека в установленной временной рамке. У пациентов с ХОБЛ оценочные коды функционирования систем организма не разработаны [4].

Цель. Разработать оценочные коды функционирования систем организма у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких с применением Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

Материалы и методы. Объект исследования – пациент с ХОБЛ. Обследовано 60 человек (мужчин 37, женщин 23). Средний возраст 52.17±0.43 года.

Методы. экспертных оценок, выкопировки данных из медицинских документов, аналитический, статистический. Клинико-функциональное состояние обследованных пациентов с позиции медико-социальной экспертизы и реабилитации определено при оценке критериев клинических, инструментальных и лабораторных. Применены наиболее информативные методы исследования, используемые в практической

деятельности, позволяющие получить исчерпывающую информацию об отклонениях функций организма вовлеченных в патологический процесс при ХОБЛ.

Алгоритм экспертно-реабилитационной диагностики для пациентов с ХОБЛ включал анамнез, спирометрию, пикфлоуметрию, рентгенографию органов грудной клетки, клинический анализ крови, пульсоксиметрию, электрокардиографию, эхокардиографию, нагрузочные тесты.

Результаты исследования. Определены коды доменов МКФ для оценки нарушенных функций организма, вовлеченных в патологический процесс при ХОБЛ, а именно: b 440, b 445, b 450, b 455, b 460, b 498. В категории b 440 (функция дыхания) оценивали число дыхательных движений (ЧД), жизненную емкость легких (VC), скорость воздушного потока (FEV), форсированную жизненную емкость легких (FVC), индекс Тиффно, (FEV/FVC), наличие (отсутствие) одышки, цианоза; в категории b 445 - функции дыхательных мышц, диафрагмы, дополнительных дыхательных мышц; b 450-дополнительные дыхательные функции, связанные с дыханием; в категории b455-функции толерантности к физической нагрузке оценивали переносимость нагрузки и утомляемость; в категории b460-ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем оценивали частоту пульса, парциальное давление кислорода в крови (PaO_a), уровень кислорода в крови (SaO₂); в категории b 498-функции сердечно-сосудистой, системы крови, иммунной и дыхательной, другие уточненные – оценивали функции сердца (b 410), функции артериального давления (b 420), функцию крови (b 430). Разработаны критерии отклонений функций и структур организма по результатам экспертно-реабилитационной диагностики. Критерии отклонений функций организма ранжированы по 5-ти бальной шкале в зависимости от степени выраженности нарушений функций по функциональному классу (ФК): ФК0 – нормальное состояние, ФК1 – легкие нарушения функций (от 1 до 25%), ФК2 – умеренные нарушения функций (от 26 до 50%), значительно выраженные нарушения (от 51 до 75%), резко выраженные нарушения (от 76 до 100%).

Заключение. Разработанные коды доменов выявляют проблемы, возникшие в функциях организма, как существенное отклонение, позволяют сформулировать по МКФ реабилитационный диагноз. Использование валидизированных категорий МКФ при оценке в динамике результатов экспертно-реабилитационной диагностики функционирования органов и систем, вовлеченных в патологический процесс у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, позволит доказательно оценить эффективность различных реабилитационных технологий путем универсальной объективизации функции.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.
The author declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Чучалин А.Г., Овчаренко С.И. Современный взгляд на обструктивную болезнь легких. Врач. 2004; (5): 4-9. [Chuchalin A.G., Ovcharenko S.I. Modern view of obstructive pulmonary disease. *Doctor*. 2004; (5): 4-9. (in Russ)]
2. Верткин А.Л., Шпакина Л.А. Хроническая обструктивная болезнь легких. Руководство для практических врачей. М.:Эксмо, 2018. 110с. [Vertkin A.L., Shpakina L.A. Chronic obstructive pulmonary disease. Guide for practitioners. M.: Eksmo, 2018.110s].
3. Смычек В.Б., Кускова С.П., Рябцева Т.Д. Новые подходы к проведению реабилитации в свете основных положений Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья. Медицинские новости; 2015 (4):10-13 [Smychek VB, GLEBOSUS SP Riabtseva etc. New approaches to rehabilitation in the light of the main provisions of the International Classification of Functioning, Disability and Health. Medical news; 2015 (4): 10-13 (in Russ)]
4. Международная классификация нарушений, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Женева, ВОЗ, 2001: 342с. [International classification of disorders, disabilities and health. Geneva, WHO, 2001: 342 pp.]

УДК 616.12.-008331.1-036.8:615.83

СТАНДАРТИЗАЦИЯ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ежов В.В., Мизин В.И., Царев А.Ю., Ежов А.В.

ГБУЗ РК «Академический научно-исследовательский институт физических методов лечения,
медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова»

Ялта, Россия

Аннотация

Введение. Преимуществами санаторно-курортного этапа реабилитации пациентов с цереброваскулярной патологией является возможность проведения восстановительного лечения природными физиологическими

методами и иными способами активной рекреации. Подобная физиопрофилактика способствует замедлению развития болезни и предупреждению её осложнений. Однако, до настоящего времени отсутствуют объективные данные об эффективности лечебных мероприятий, проводимых у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями на санаторно-курортном этапе реабилитации, основанные на применении международных инструментов оценки жизнедеятельности.

Цель. Проанализировать базовые информационные источники и современную нормативно-правовую базу, провести непосредственные наблюдения эффективности восстановительного лечения и обосновать разработку регионального стандарта санаторно-курортного этапа медицинской реабилитации больных с цереброваскулярными заболеваниями.

Материалы и методы. 445 пациентов с цереброваскулярными заболеваниями. Клинико-неврологические, психологические, лабораторные, инструментальные методы, реабилитационные шкалы. Домены «функции организма» Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Информационные источники по проблеме проведения медицинской реабилитации на курорте у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями, включая применение международных инструментов оценки жизнедеятельности.

Результаты. Изучены общие результаты санаторно-курортной реабилитации у 445 пациентов с цереброваскулярными заболеваниями. Подготовлены материалы к обоснованию регионального стандарта санаторно-курортного этапа медицинской реабилитации больных данной клинической группы. Его разработка представляет практический интерес в связи с возможностью расширения объема физиологически обоснованных реабилитационных подходов, сочетающихся с различными формами активной рекреации и методами климатолечения, бальнеотерапии, пелоидотерапии, применяемыми на курорте. В формируемом региональном стандарте представлены виды, формы, условия оказания медицинской помощи пациентам с цереброваскулярными заболеваниями, подтвержденные результатами доказательных исследований, ведущих мировых, российских и крымских реабилитационных центров. Конкретизированы шкалы международных инструментов оценки жизнедеятельности, ориентированные на определение клинико-функциональных нарушений пациентов с цереброваскулярными заболеваниями.

Заключение. Проанализированные информационные материалы и результаты собственных клинических наблюдений положены в основу формирования концепции регионального стандарта санаторно-курортного этапа медицинской реабилитации больных цереброваскулярными заболеваниями. Разработка данного регионального стандарта способствует достижению более стойкого лечебно-реабилитационного эффекта с положительной динамикой клинико-функциональных показателей и тем самым, влияет на повышение результативности восстановительного лечения больных цереброваскулярными заболеваниями.

Ключевые слова: региональный стандарт, курорт, медицинская реабилитация, цереброваскулярные заболевания, оценка результатов, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, функции организма.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Ежов Владимир Владимирович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий научно-исследовательским отделом физиотерапии, медицинской климатологии и курортных факторов ГБУЗРК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М.Сеченова», главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Республики Крым по физиотерапии, 298600, Россия, Республика Крым, г. Ялта, ул. Мухина, 10/3. тел.раб +7 3654 235-191, тел. моб.+79787606903, эл. почта: atamur@mail.ru. orcid.org/0000-0002-1190-967X. SPIN-код: 6266-7728, AuthorID: 760028.

Мизин Владимир Иванович - доктор медицинских наук, старший научный сотрудник, заместитель директора по научной работе ГБУЗ РК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова», главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Республики Крым по санаторно-курортному лечению, 298600, Россия, Республика Крым, г. Ялта, ул. Мухина, 10/3. тел.раб +7 3654 235-191, тел. моб. +79787075330, эл. почта: yaltamizin@mail.ru. orcid.org/0000-0001-9121-8184. SPIN-код: 6948-5931, AuthorID: 777822

Царев Александр Юрьевич - кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, заведующий научно-исследовательским отделом неврологии и кардиологии ГБУЗРК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М.Сеченова», 298600, Россия, Республика Крым, г. Ялта, ул. Мухина, 10/3. тел.раб +7 3654 235-191, эл. почта: niisechenova@mail.ru eLibrary SPIN

Ежов Антон Владимирович – врач-психиатр, кандидат медицинских наук, ООО «Консультационно-тренинговый центр «ГЕШТАЛЬТ-АНАЛИЗА», 121108, Россия, г. Москва, ул. Кастанаевская, 52, кв 22. тел.раб +7 3654 235-191, тел. моб.+79787606903, эл. почта: ejov.therapist@gmail.com

STANDARDIZATION OF CLINICAL AND FUNCTIONAL EVALUATION OF RESULTS OF THE SANATORIUM-RESORT STAGE OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR DISEASES

Ezhov V.V., Mizin V.I., Tsarev A. Yu., Ezhov A.V.

State Budgetary Institution of Healthcare of the Republic of Crimea “Academic scientific-research Institute of physical treatment methods, medical climatology and rehabilitation named after I. M. Sechenov”
Yalta, Russian Federation

Abstract

Background. The advantages of the sanatorium-resort phase of rehabilitation of patients with cerebrovascular pathology is the possibility of conducting rehabilitation treatment with natural physiological methods and other methods of active recreation. Such physio-prophylaxis helps to slow down the development of the disease and prevent its complications. However, to date, there are no objective data on the effectiveness of treatment measures carried out in patients with cerebrovascular diseases at the spa resort stage of rehabilitation, based on the use of international life assessment tools.

Aim. To analyze the basic information sources and the current regulatory framework, conduct direct observations of the effectiveness of rehabilitation treatment and justify the development of a regional standard for the sanatorium-resort phase of medical rehabilitation of patients with cerebrovascular diseases.

Materials and methods. 445 patients with cerebrovascular disease. Clinical and neurological, psychological, laboratory, instrumental methods, rehabilitation scales. Domains of the “body function” of the International Classification of Functioning, Disability and Health. Information sources on the issue of medical rehabilitation at the resort for patients with cerebrovascular diseases, including the use of international life assessment tools.

Results. The general results of sanatorium-resort rehabilitation in 445 patients with cerebrovascular diseases were studied. Materials have been prepared to justify the regional standard of the sanatorium-resort phase of medical rehabilitation of patients of this clinical group. Its development is of practical interest in connection with the possibility of expanding the scope of physiologically justified rehabilitation approaches, combined with various forms of active recreation and the methods of climatotherapy, balneotherapy, peloid therapy used in the resort. The emerging regional standard presents the types, forms, conditions for the provision of medical care for patients with cerebrovascular diseases, confirmed by the results of evidence-based studies, leading world, Russian and Crimean rehabilitation centers. The scales of international instruments for assessing vital functions focused on the determination of clinical and functional disorders of patients with cerebrovascular diseases are specified.

Conclusion. The analyzed information materials and the results of our own clinical observations form the basis for the formation of the concept of a regional standard for the sanatorium-resort phase of the medical rehabilitation of patients with cerebrovascular diseases. The development of this regional standard contributes to the achievement of a more stable therapeutic and rehabilitation effect with positive dynamics of clinical and functional indicators and, thereby, affects the increase in the effectiveness of rehabilitation treatment of patients with cerebrovascular diseases.

Key words: regional standard, resort, medical rehabilitation, cerebrovascular disease, assessment of results, International classification of functioning, disability and health, body functions.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Ezhov Vladimir Vladimirovich - Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Research Department of Physiotherapy, Medical Climatology and Resort Factors, State Budgetary Institution of Healthcare of the Republic of Crimea “Academic scientific-research Institute of physical treatment methods, medical climatology and rehabilitation named after I. M. Sechenov”, Chief freelance specialist of the Ministry of Health of the Republic of Crimea for physiotherapy, 298600, Russia, Republic of Crimea, Yalta, ul. Mukhina, 10/3. phone +7 3654 235-191, +79787606903, E-mail: atamur@mail.ru. orcid.org/0000-0002-1190-967X. SPIN-код: 6266-7728, AuthorID: 760028.

Mizin Vladimir Ivanovich - Doctor of Medical Sciences, Senior Researcher, Deputy Director for Research, State Budgetary Institution of Healthcare of the Republic of Crimea “Academic scientific-research Institute of physical treatment methods, medical climatology and rehabilitation named after I. M. Sechenov”, chief freelance specialist of the Ministry of Health of the Republic of Crimea for spa treatment, 298600, Russia, Republic of Crimea, Yalta, ul. Mukhina, 10/3. phone +7 3654 235-191, +7 978 7075330, E-mail: yaltamizin@mail.ru. orcid.org/0000-0001-9121-8184. SPIN-код: 6948-5931, AuthorID: 777822

Tsarev Alexander Yuryevich - candidate of medical sciences, senior researcher, head of the research department of neurology and cardiology, State Budgetary Institution of Healthcare of the Republic of Crimea “Academic scientific-research Institute of physical treatment methods, medical climatology and rehabilitation named after I. M. Sechenov”, 298600, Russia, Republic of Crimea, Yalta, ul. Mukhina, 10/3. phone +7 3654 235-191, E-mail: niisechenova@mail.ru Ezhov Anton Vladimirovich - psychiatrist, candidate of medical sciences, Consulting and

Введение. Результативность медицинской реабилитации пациентов с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) является центральной задачей современной медицины. Распространенность данной патологии, её прогрессирующее течение, высокий уровень смертности и инвалидности являются предпосылками к совершенствованию реабилитационной помощи пациентам с ЦВЗ [1]. Для отбора пациентов на санаторно-курортный этап реабилитации важно определение их реабилитационного потенциала и соответственно - степени функциональных нарушений. Согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» разработаны рекомендации для деятельности центров реабилитации больных с заболеваниями центральной нервной системы. В соответствии с данным порядком, для эффективного проведения реабилитационных мероприятий у пациентов с хроническими ЦВЗ предполагается объективная оценка клинико-функциональных данных пациента. Оценка этих показателей лежит в основе решения основных реабилитационных задач реабилитации: активации защитно-приспособительных реакций организма и замедлении развития болезни для предупреждения мозговых катастроф у пациентов с хроническими цереброваскулярными заболеваниями; восстановлении или компенсации нарушенных функций организма. Указанные в Приказе № 1705н признаки оценки состояния больных оформлены в соответствии с методологией Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) – мирового стандарта оценки качества жизни, оказываемых медицинских услуг и эффективности реабилитации пациентов [2 – 4]. МКФ рекомендована для внедрения в отечественных организациях здравоохранения, но не вошла пока полностью в медицинский документооборот. Между тем, необходимым компонентом маршрутизации пациента на этапах медицинской реабилитации является установление не только клинического, но и реабилитационного диагноза, соответствующего критериям МКФ – «функции организма», «структуры организма», «активность» и «участие». В настоящее время, среди наиболее важных проблем реформирования курортной сферы наиболее актуальна разработка рекомендаций для создания в санаториях центров и отделений, осуществляющих мероприятия второго (стационарного) и третьего (амбулаторного) этапов медицинской реабилитации для различных категорий пациентов, включая лиц с ЦВЗ. При этом, санаторий может осуществлять как стационарную помощь по регламенту «путевки» (лечение, проживание, питание), так и амбулаторную помощь, по принципу «курсовки» (только лечение в виде программ или отдельных реабилитационных услуг). В курортной системе Российской Федерации действует стандарт 21-дневного санаторно-курортного лечения больных хроническими формами ЦВЗ (коды МКБ I 69.0-I69.4, I 69.8). Его содержание определено Приказом МЗиСР РФ от 23.11.2004 г. № 276. Определен и стандарт специализированной медицинской помощи при острой стадии инфаркта мозга, вне зависимости от осложнений (код – I 63). В данный 30-дневный стандарт, наряду с другими лечебными мероприятиями, включены различные виды немедикаментозных методов профилактики, лечения и медицинской реабилитации. Однако, до настоящего времени не определен порядок проведения санаторного этапа медицинской реабилитации пациентов с ЦВЗ. Не разработаны конкретные рекомендации для определения реабилитационного потенциала к направлению пациентов с клиническими проявлениями ЦВЗ в санаторий, не детализировано содержание и объем диагностических и лечебных мероприятий, методы оценки результативности санаторного этапа реабилитации, основанные на применении международных инструментов оценки жизнедеятельности. Преимуществами санаторно-курортного этапа реабилитации пациентов с цереброваскулярной патологией является возможность проведения восстановительного лечения природными физиологичными методами и иными способами активной рекреации. Подобная физиопрофилактика способствует замедлению развития болезни и предупреждению её осложнений. Разработка регионального стандарта может способствовать достижению более стойкого лечебно-реабилитационного эффекта, положительной динамике клинико-функциональных показателей и повышению результативности восстановительного лечения на курорте больных с ЦВЗ.

Цель. Проанализировать базовые информационные источники и современную нормативно-правовую базу, провести непосредственные наблюдения эффективности восстановительного лечения и обосновать разработку регионального стандарта медицинской реабилитации больных с цереброваскулярными заболеваниями на санаторно-курортном этапе.

Материалы и методы. Работа проведена в ГБУЗ РК «АНИИ им.И.М.Сеченова» в рамках выполнения научно-исследовательской темы «Разработка регионального стандарта санаторно-курортной медицинской реабилитации больных цереброваскулярными заболеваниями» (2019). У 445 пациентов с ЦВЗ исследованы в динамике показатели клинико-неврологических, психологических, лабораторных, инструментальных

методов и реабилитационных шкал [5]. Проанализированы 237 информационных источников по проблеме проведения медицинской реабилитации на курорте у пациентов с ЦВЗ, включая применение международных инструментов оценки жизнедеятельности. Общий перечень методов исследования включил 60 контролируемых параметров, исследуемых в динамике, в том числе: клинко-неврологическое исследование больных, антропометрия (рост, вес, динамометрия, линейные измерения); лабораторные клинические (общий анализ крови и мочи, показатели) и биохимические (углеводный и липидный обмен, коагулограмма) исследования; функциональные исследования кардио-респираторной (спирография, электрокардиография, фитнес-тест, гипоксический тест Генчи) и нервной систем (профильные опросники Хачинского, Бартела, MMSE, MFI-20, проба Шульте), выраженности метеопатических реакций (индекс метеочувствительности), приверженности к здоровому образу жизни; психологические исследования (тест тревоги Спилбергера-Ханина, тест оценки психоэмоционального стресса Ридера, тест депрессии Бека) и оценка качества жизни (опросник SF36); комплексный фитнес-тест для лиц пожилого возраста» (Senior Fitness Test Brief Summary); индекс коморбидности (Comorbidity index). Оценка общей эффективности проведена по 4 категориям («значительное улучшение», «улучшение», «без перемен», «ухудшение») а также по динамике показателей, относящихся к доменам «функции организма» МКФ. Методы лечения назначались в соответствии с состоянием больных, нозологической формы заболевания, по индивидуальным показаниям и в соответствии со стандартами санаторно-курортной помощи, утвержденными приказами Минздрава России и «Порядком организации медицинской реабилитации», утвержденным приказом Минздрава России от №1705н от 29.12.2012 г. Общий перечень методов лечения включал: климатотерапию (в зависимости от сезона, воздушные ванны круглогодично, солнечные ванны и морские купания в теплый период года); пелоидотерапию, сухие углекислые ванны, электросветолечение; лечебную физкультуру (утренняя гимнастика, классический массаж, дозированные пешеходные прогулки); диетотерапию; тренинг психофизической релаксации в сочетании с ароматерапией; базисную фармакотерапию (антиагреганты, гипотензивные препараты, ноотропы). Наряду с базовым комплексом санаторно-курортной реабилитации применялись методы восстановительного лечения, разрабатываемые в ГБУЗ РК «АНИИ имени И.М.Сеченова - 60 пациентам дополнительно назначались процедуры лечебной гимнастики с тренировкой дыхательных мышц в движении при помощи тренажера «Новое дыхание», № 12-14; у 25 пациентов проводились процедуры магнитолазерофореза милдроната, № 10.

Результаты исследования. В соответствии Приказа Минздрава России №321н от 07.06.2018 г., регламентирующего медицинские показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения ЦВЗ, была выделена группа из 445 пациентов. Среди них, с диагнозом «I67.2 церебральный атеросклероз, 2-я стадия» - 216 (48,5%) больных, «I67.4 гипертензионная энцефалопатия» - 16 (3,6%) больных, «I11.0 гипертоническая болезнь, 2 ст.» - 76 (17,1%) больных, «I69.0 последствия острого нарушения мозгового кровообращения» - 137 (30,8%) больных. Тем самым, преобладающей группой являлись пациенты с проявлениями церебрального атеросклероза 2-ой (умеренной) стадии сосудистой мозговой недостаточности с умеренно выраженными интеллектуально-мнестическими, аффективными, поведенческими и двигательными нарушениями. Значительную долю составляли также пациенты с последствиями мозгового инсульта в виде парезов, параличей, чувствительности, при общем удовлетворительном состоянии, стабилизации показателей церебральной и общей гемодинамики. Проявления артериальной гипертензии отмечались у подавляющего числа пациентов (83%), и лишь у 17% пациентов регистрировалась клиническая картина гипертонической болезни без четких проявлений сосудистой мозговой недостаточности. У них преобладали преимущественно кардиальные нарушения. Гипертензионная энцефалопатия с легкими или с умеренно выраженными интеллектуально-мнестическими, аффективными, поведенческими и двигательными нарушениями регистрировалась в меньшей степени, по сравнению с другими клиническими синдромами. Ведущими факторами риска, по клинко-анамнестическим и лабораторным данным, являлись: хроническое психоэмоциональное перенапряжение (48%), артериальная гипертензия (44%), ишемическая болезнь сердца (44%), сахарный диабет (28%), ожирение (40%), низкая физическая активность (68%). Преобладающими у наблюдаемых больных являлись вестибуло-атактический (47,7%) и тревожно-депрессивный (32%), астенический (30%) синдромы. В меньшей степени выявлялись астено-невротический (18%), и синдром вегетативной дисфункции (12 %). В результате проведенного лечения у пациентов с ЦВЗ, наблюдались изменения ряда клинко-функциональных показателей. Со стороны жалоб и неврологической симптоматики отмечались улучшения общего самочувствия (у 57% больных), урежение или исчезновение головных болей (у 46% больных) и головокружений (у 59% больных). Различий динамики этих показателей между группами наблюдений не отмечалось. Статистический характер распределения полученных данных по всем группам обследованных больных был близок к нормальному. Проведена оценка общей эффективности лечения по комплексу клинко-лабораторных показателей. Не наблюдалось ухудшение состояния здоровья, они были выписаны с улучшением. У пациентов с ЦВЗ, принимавших процедуры

магнитолазерофореза милдроната отмечалось улучшение состояния жизнедеятельности в виде положительной динамики выраженности нарушений по доменам МКФ «ощущение боли» (b280), «функции сердца» (b410), «функции артериального давления» (b420), «утомляемость» (b4552), «ощущения, связанные с сердечно-сосудистой и дыхательной системой» (b4601), «преодоление стресса» (d 240), «головокружение» (b2401), «функции толерантности к физической нагрузке» (b455). По другим функциональным доменам изменения были статистически недостоверными. В группе пациентов у которых в реабилитационный комплекс были включены физические упражнения с тренажером «Новое дыхание» регистрировалось статистически достоверные позитивные изменения выраженности нарушений по доменам МКФ «головокружение» (b240), «ощущение боли» (b280), «функции системы крови» (b430), «кислородные транспортные функции крови» (b4301), «функции толерантности к физической нагрузке» (b455), «общая физическая выносливость» (b4550), «утомляемость» (b4552), «общие метаболические функции» (b5408) «преодоление стресса и других психологических нагрузок» (d240). Отрицательное влияние проводимых интервенций проявлялось в виде ухудшение показателей «функции сердца» (b410), «функции иммунной системы» (b435), «ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем» (b4601) в виде одышки, перебоев в сердце. Тем самым, данные подход позволил представить картину функциональных сдвигов, происходящих в ходе восстановительного лечения на курорте пациентов с ЦВЗ при назначении различных лечебно-реабилитационных комплексов.

Заключение.

1. Проанализированы информационные материалы и результаты собственных клинических наблюдений для формирования концепции регионального стандарта санаторно-курортного этапа медицинской реабилитации больных с ЦВЗ.

2. Выявлены соответствия между критериями отечественной клинко-функциональной классификации ЦВЗ и доменами МКФ. Определены ведущие клинко-функциональные признаки и синдромы ЦВЗ, методы их верификации и критерии установления степени нарушений соответствующих функций. Конкретизированы шкалы международных инструментов оценки жизнедеятельности, ориентированные на определение клинко-функциональных нарушений пациентов с ЦВЗ.

3. Предложена методика комплексной клинко-функциональной оценки пациентов с хроническими формами ЦВЗ на основе критериев МКФ для объективного выявления нарушений функций при проведении у них реабилитационных медицинских мероприятий. Подготовлены материалы к обоснованию регионального стандарта санаторно-курортного этапа медицинской реабилитации больных с ЦВЗ.

Источник финансирования. Государственное бюджетное финансирование

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

Благодарности. Выражаем благодарность за консультативную и методическую поддержку: главному специалисту-неврологу Министерства здравоохранения Республики Крым, доктору медицинских наук, профессору Корсунской Ларисе Леонидовне (Симферополь)

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Разумов А.Н., Мельникова Е.А. Индивидуальные подходы к контролю реабилитационных мероприятий и прогнозированию восстановления больных, перенесших инсульт. *Вопр. курортол.* 2014; 88(6):4-8. Ссылка активна на 16.02.2020. [Razumov A.N., Mel'nikova E.A. Individual'nye podhody k kontrolyu reabilitacionnyh meropriyatij i prognozirovaniyu vosstanovleniya bol'nyh, perenesshih insul't. *Vopr. kurortol.* 2014; 88(6): 4-8. Accessed February 16.2020. (in Russ.)]. URL: <https://www.mediasphera.ru/issues/voprosy-kurortologii-fizioterapii-i-lechebnoj-fizicheskoj-kultury/2014/6/030042-8787201461/annotation>

2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Женева: ВОЗ; 2001:342. [Mezhdunarodnaya klassifikaciya funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya. Zheneva: VOZ; 2001: 342. (in Russ.)].

3. Шошмин А.В., Пономаренко Г.Н., Бесстрашнова Я.К., Черкашина И.В. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: методология, практика, результаты. *Вопр. курортол.* 2016;93(6):12-20. Ссылка активна на 16.02.2020. [Shoshmin A.V., Ponomarenko G.N., Besstrashnova YA.K., SHERkashina I.V. Primenenie Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya: metodologiya, praktika, rezul'taty. *Vopr. kurortol.* 2016;93(6):12-20. Accessed February 16.2020. (in Russ.)]. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=27682636>

4. Голик В.А., Мороз Е.Н., Погорелова С.А. Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в экспертной неврологической практике. *Международный неврологический журнал.* 2011; 43(5):104-110. Ссылка активна на 16.02.2020. [Golik V.A.,

Moroz E.N., Pogorelova S.A. Ispol'zovanie Mezhdunarodnoj klassifikatsii funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya v ekspertnoj nevrologicheskoy praktike. Mezhdunarodnyj nevrologicheskij zhurnal. 2011; 43(5):104-110. Accessed February 16.2020. (in Russ.)]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ispolzovanie-mezhdunarodnoj-klassifikatsii-funktsionirovaniya-ogranicheniy-zhiznedeyatel'nosti-i-zdorov'ya-v-ekspertnoj>

5. Ежов В.В., Мизин В.И., Царёв А.Ю., Платунова Т.Е., Колесникова Е.Ю., Шилина Д.А. Оценка функционального состояния пациентов с хронической ишемией мозга по критериям «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья». Вестник физиотерапии и курортологии. 2017;4:26-38. Ссылка активна на 16.02.2020. [Ezhov V.V., Mizin V.I., Tsarev A.Yu., Platonova T.E., Kolesnikova E.Yu., Shilina D.A. Otsenka funktsionalnogo sostoyaniya patsiyentov s khronicheskoy ishemiyey mozga po kriteriyam "Mezhdunarodnoy klassifikatsii funktsionirovaniya, ogranicheniy zhiznedeyatel'nosti i zdorovia". Vestnik fizioterapii i kurortologii. 2017;23(4):26-38. Accessed February 16.2020. (in Russ.)]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-funktsionalnogo-sostoyaniya-patsiyentov-s-hronicheskoy-ishemiyey-mozga-po-kriteriyam-mezhdunarodnoj-klassifikatsii>

УДК 616.831-005.4—036.12—08-031.81-085.214.31+537.531

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МИЛДРОНАТА И МАГНИТОЛАЗЕРОТЕРАПИИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ежов В.В., Царев А.Ю., Куницына Л.А., Александров В.В., Ежова Л.В.

ГБУЗ РК «Академический научно-исследовательский институт физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова»

Ялта, Россия

Аннотация

Введение. Разработаны базовые методические подходы к применению магнитолазерофореза милдроната в клинической практике. Предложена методика проведения данной процедуры у пациентов с хронической ишемией мозга, проходящих санаторно-курортное лечение, включающая внутримышечные инъекции данного препарата с последующим воздействием магнитолазеротерапии на область его введения.

Цель. Оценить эффективность и разработать показания для включения технологии применения магнитолазерофореза милдроната на этапе санаторно-курортного лечения пациентов с хронической ишемией мозга.

Материалы и методы. 190 больных с хронической ишемией мозга, обусловленной церебральным атеросклерозом (70 больных) и кардиальной патологией (120 больных). Клинико-неврологические, психологические. Лабораторные и инструментальные показатели в динамике.

Результаты. Применение у больных церебральным атеросклерозом с хронической ишемией мозга инъекций милдроната оказывает достоверное положительное влияние на динамику функций головокружение, ощущение боли, утомляемость. Применение магнитолазерофореза милдроната, дополнительно к указанным эффектам инъекций, оказывает достоверное положительное влияние на функции артериального давления, ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем. У пациентов с хронической ишемией мозга, обусловленных кардиальной патологией магнитолазерофорез милдроната оказывает достоверное положительное влияние на динамику головокружений, ощущений боли, уровень артериального давления, утомляемость, ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Инъекции милдроната, кроме этого, дополнительно оказывают положительное влияние на общие метаболические функции у больных с проявлениями метаболического синдрома. Разработанная методика МЛФМ применяется в лечебных комплексах клиники ГБУЗ РК «АНИИ им.И.М.Сеченова».

Заключение. Проведенное лечение оказывает положительное влияние на основные клинико-функциональные показатели пациентов с хронической ишемией мозга.

Ключевые слова: курорт, медицинская реабилитация, цереброваскулярные заболевания, хроническая ишемия мозга, милдронат, магнитолазеротерапия.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Ежов Владимир Владимирович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий научно-исследовательским отделом физиотерапии, медицинской климатологии и курортных факторов ГБУЗ РК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М.Сеченова», главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Республики Крым по физиотерапии, 298600, Россия, Республика Крым, г. Ялта, ул. Мухина, 10/3. тел. раб +7 3654 235-191, тел. моб. +79787606903, эл. почта: atamur@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-1190-967X>, Author ID (РИНЦ): 760028

Царев Александр Юрьевич - кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, заведующий научно-исследовательским отделом неврологии и кардиологии ГБУЗРК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М.Сеченова», 298600, Россия, Республика Крым, г. Ялта, ул. Мухина, 10/3. тел.раб +7 3654 235-191, эл. почта: niisechenova@mail.ru

Куницына Людмила Александровна - доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник научно-исследовательского отдела физиотерапии, медицинской климатологии и курортных факторов ГБУЗРК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М.Сеченова», 298600, Россия, Республика Крым, г. Ялта, ул. Мухина, 10/3. тел.раб +7 3654 235-191, эл. почта: niisechenova@mail.ru

Александров Вячеслав Васильевич -- доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН, засл. работник высшей школы России, председатель правления Севастопольской ассоциации специалистов медицинской реабилитации, косметологии, директор учебного центра повышения квалификации кадров, 297549, Россия, Республика Крым, Симферопольский район, с. Раздолье, ул. Мира, 16, тел +79780729358, эл.почта: akoofk@yandex.ru

Ежова Людмила Валентиновна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела неврологии и кардиологии ГБУЗРК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М.Сеченова», 298600, Россия, Республика Крым, г. Ялта, ул. Мухина, 10/3. тел.раб +7 3654 235-191, эл. почта: niisechenova@mail.ru

COMBINED USE OF MILDRONATE AND MAGNETOLASEROTHERAPY AT THE SANATORIUM-RESORT STAGE OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC CEREBROVASCULAR PATHOLOGY

Ezhov V.V., Tsarev A.Yu., Kunitzina, Alexandrov V.V., Ezhova L.V.

State Budgetary Institution of Healthcare of the Republic of Crimea “Academic scientific-research Institute of physical treatment methods, medical climatology and rehabilitation named after I. M. Sechenov”
Yalta, Russian Federation

Abstract

Background. Basic methodological approaches to the use of magnetolaserophoresis of mildronate in clinical practice have been developed. A technique is proposed for carrying out this procedure in patients with chronic cerebral ischemia undergoing spa treatment, including intramuscular injections of this drug with the subsequent effect of magnetolaserotherapy on the area of its administration.

Aim. To evaluate the effectiveness and develop indications for including the technology for the use of mildronate-magnetolaserophoresis.

Materials and methods. 190 patients with chronic cerebral ischemia due to cerebral atherosclerosis (70 patients) and cardiac pathology (120 patients). Clinical and neurological, psychological, laboratory and instrumental indicators in dynamics.

Results. The use of injections of mildronate in patients with cerebral atherosclerosis with chronic cerebral ischemia has a significant positive effect on the dynamics of the functions of dizziness, sensation of pain, and fatigue. The use of magnetolaserophoresis of mildronate, in addition to the indicated effects of injections, has a significant positive effect on the function of blood pressure, sensations associated with the functioning of the cardiovascular and respiratory systems. In patients with chronic cerebral ischemia due to cardiac pathology, Mildronate magnetolaserophoresis has a significant positive effect on the dynamics of dizziness, pain, blood pressure, fatigue, sensations associated with the functioning of the cardiovascular and respiratory systems. Mildronate injections, in addition, additionally have a positive effect on the overall metabolic functions in patients with manifestations of the metabolic syndrome. The developed MLFM technique is used in medical complexes of the clinic SBIH RC “ASRI named after IM Sechenov”.

Conclusion. The treatment has a positive effect on the main clinical and functional parameters of patients with chronic cerebral ischemia.

Key words: *spa-resort, medical rehabilitation, cerebrovascular disease, chronic cerebral ischemia, mildronate, magnetic laser therapy.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Ezhov Vladimir Vladimirovich - Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Research Department of Physiotherapy, Medical Climatology and Resort Factors, State Budgetary Institution of Healthcare of the Republic of Crimea “Academic scientific-research Institute of physical treatment methods, medical climatology and rehabilitation named after I. M. Sechenov”, Chief freelance specialist of the Ministry of Health of the Republic of Crimea for physiotherapy, 298600, Russia, Republic of Crimea, Yalta, ul. Mukhina, 10/3. phone +7 3654 235-191, +79787606903, E-mail: atamur@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-1190-967X>, Author ID (РИИЛ): 760028

Tsarev Alexander Yuryevich - candidate of medical sciences, senior researcher, head of the research department of neurology and cardiology, State Budgetary Institution of Healthcare of the Republic of Crimea "Academic scientific-research Institute of physical treatment methods, medical climatology and rehabilitation named after I. M. Sechenov", 298600, Russia, Republic of Crimea, Yalta, ul. Mukhina, 10/3. phone +7 3654 235-191, E-mail: niisechenova@mail.ru

Aleksandrov Vyacheslav Vasilievich - Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician of the Russian Academy of Natural Sciences, Merit. Worker of a higher school of Russia, Chairman of the Board of the Sevastopol Association of Medical Rehabilitation, Cosmetology Specialists, Director of the Training Center for Advanced Studies, 297549, Russia, Republic of Crimea, Simferopol District, Razdolie, st. Mira, 16, tel +79780729358, e-mail: akoofk@yandex.ru

Ezhova Liudmila Valentinovna - Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher at the Research Department of Neurology and Cardiology, State Budgetary Institution of Healthcare of the Republic of Crimea "Academic scientific-research Institute of physical treatment methods, medical climatology and rehabilitation named after I. M. Sechenov" 298600, Russia, Republic of Crimea, Yalta, ul. Mukhina, 10/3. tel.rab +7 3654 235-191, e-mail mail: niisechenova@mail.ru

Введение. В последние годы существенно изменилась эпидемиологическая структура цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ). Наблюдается рост числа пациентов с хронической ишемией мозга (ХИМ) — прогрессирующего хронического заболевания церебральных сосудов, проявляющегося общемозговыми, когнитивными, статико-координаторными, двигательными, чувствительными и другими расстройствами функций организма. В результате дисрегуляции мозгового кровообращения возникает гипоксия мозга, сопровождающаяся необратимыми метаболическими нарушениями, что приводит к биопсихосоциальной дизадаптации и инвалидизации пациентов. В связи с этим ведется постоянный поиск новых лечебных методов, благоприятно влияющих на значимые патогенетические механизмы формирования ХИМ [1, 2]. Среди лекарств, применяемых в настоящее время в лечении ЦВЗ, заметную роль играют метаболические средства (код АТХ: С01ЕВ). К ним относится милдронат — препарат нормализующий энергетический метаболизм клеток, подвергшихся гипоксии или ишемии, поддерживающий энергетический метаболизм сердца и других органов. Выявлена его эффективность при нарушениях мозгового кровообращения и функций центральной нервной системы в виде повышения работоспособности и выносливости, уменьшения проявлений психологического стресса и физического перенапряжения [3,4]. Итоги исследований в области физиофармакологии — технологии современной медицины, использующей лечебные физические факторы для управления фармакокинетикой и фармакодинамикой лекарств, отражены в работах В.С. Улащика, В.М. Боголюбова, Г.Н. Пономаренко. Среди современных физико-фармакологических методов в последние годы получены новые данные о лечебных возможностях магнитолазерной терапии, проведение которой повышает тканевую биодоступность лекарств и способствует достижению биорегулирующих, трофотропных, вазоактивирующих, репаративных, десенсибилизирующих эффектов [5]. Ввиду недостаточности данных о результатах чрезкожного электрофореза милдроната, наиболее рациональным следует признать парентеральный способ введения. При этом, для повышения его биодоступности к наиболее оптимальным приемам следует отнести внутриорганный электрофорез, заключающийся в предварительном инъекционном введении лекарства и последующей физиотерапевтической процедуре. Это приводит к активному прохождению препарата через интерстициальные мембраны и усилению его поступления в кровеносное русло [6]. Указанные предпосылки легли в основу разработанной методики магнитолазерофореза милдроната (МЛФМ). Исследования о воздействии МЛФМ у больных ХИМ не проводились. Не представлены материалы об их влиянии на когнитивные, аффективные и двигательные расстройства, качество жизни, нет данных о применении данной методики в структуре санаторно-курортного лечения, что обусловило целевые установки данной работы.

Цель. Оценить эффективность и разработать показания для применения МЛФМ на этапе санаторно-курортного лечения пациентов с ХИМ.

Материалы и методы. 190 больных ХИМ (мужчин - 81, женщин - 109, средний возраст - 59,83±2,05 лет), проходивших лечение в клинике ГБУЗРК «АНИИ им. И.М. Сеченова». Срок лечения — 21 день. Из них — 70 больных ХИМ, обусловленной атеросклерозом сосудов головного мозга и 120 больных ХИМ, обусловленной артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца или их сочетанием. Методы исследования включали динамические клинические наблюдения, оценку показателей биохимических (липидокоагулограмма, глюкоза в крови), инструментальных (ЭКГ, СПГ, холтеровское мониторирование кардиоцикла) психологических (опросники MMSE, Reeder, MF 1-20, Back, Spielberg -Ханин, SF-36, скорость сенсомоторных реакций по Шульте) методов исследования. Изученные показатели функций

организма анализировались по критериям Международной классификации функций жизнедеятельности и здоровья. Статистическая обработка результатов осуществлялась в соответствии с правилами математической статистики с использованием программы Microsoft Excel. Методы лечения применялись в соответствии со стандартами санаторно-курортной помощи, утвержденной приказами Минздрава России (Пр. МЗ и СР РФ № 276 от 23.11.2004г.) и «Порядком организации медицинской реабилитации, утвержденным приказом Минздрава России № 1705н от 29.12.2012г. Пациенты были разделены на две группы – контрольную и основную. Больные контрольной группы получали единый базовый комплекс санаторно-курортного лечения с включением режимов двигательной активности: щадящий (в периоде адаптации) с постепенным переходом на щадяще-тренирующий и тренирующий режимы, утреннюю и лечебную гимнастику, массаж. Проводилась сезонная климатотерапия. По показаниям – медикаменты (антиагреганты, статины, ноотропы, вазоактивные и гипотензивные препараты). Больные основной группы, дополнительно к указанным процедурам, получали курс МЛФМ. На 1 этапе осуществляли внутримышечные инъекции милдроната 5,0 мл (0,5 г), ежедневно, суммарная курсовая доза 50 мл. На 2-ом этапе, через 15 минут после инъекции, проводилась инфракрасная магнитолазеротерапия, контактно в области инъекций, мощность – 25-30 мВт, частота импульсов – 100 Гц, магнитная индукция 15 мТл, продолжительность 15, минут ежедневно, на курс 10 указанных сочетанных процедур.

Результаты исследования. При поступлении больные жаловались на боли и чувство тяжести в голове, шум в ушах, головокружения, снижение памяти на текущие события, продуктивности труда и других когнитивных функций, повышенную раздражительность, эмоциональную лабильность, тревожность, депрессивные реакции. При неврологическом обследовании у всех пациентов выявлялась рассеянная микроорганическая симптоматика. Статико-координаторные нарушения разной степени выраженности выявлялись у 74,3%. Результат проведенных исследований свидетельствовали что больные основной, сравнительной и контрольной групп по основным показателям сопоставимы, различия статистически не значимы. В данных таблицы 1 отражено статистически достоверное улучшение показателей ряда важных функций по оцениваемым доменам МКФ

Таблица 1 Достоверная динамика показателей функций по доменам Международной классификации функционирования жизнедеятельности и здоровья у больных церебральным атеросклерозом с хронической ишемией мозга.

Код МКФ	Функциональный домен	Группы Больных	Средние значения М±m (в баллах)		Достоверность
			в начале курса лечения	в конце курса лечения	
b280	Ощущение боли	МЛФМ	0,800±0,9	0,040±0,28	p < 0,01
		К	1,14±0,13	0,36±0,084	p < 0,05
b410	Функции сердца	МЛФМ	0,12±0,06	0,02±0,02	p < 0,05
		К	0,22±0,10	0,63±0,03	—
b420	Функции артериального давления	МЛФМ	1,36±0,2	0,24±0,08	p < 0,01
		К	0,9±0,17	0,39±0,12	p < 0,05
b4552	Утомляемость	МЛФМ	2,04±0,09	0,16±0,07	p < 0,001
		К	1,24±0,17	0,44±0,10	p < 0,05
b4601	Ощущения, связанные с сердечно-сосудистой и дыхательной системами	МЛФМ	0,28±0,053	0,40±0,024	p < 0,01
		К	0,274±0,067	0,10±0,03	p < 0,05
d240	Преодоление стресса	МЛФМ	1,31±0,08	1,08±0,075	p < 0,05
		К	1,08±0,07	0,87±0,07	—
b2401	Головокружение	МЛФМ	1,56±0,15	0,04±0,04	p < 0,01
		К	1,64±0,15	0,56±0,10	p < 0,01
b 455	Функции толерантности к физической нагрузке	МЛФМ	1,81±0,10	0,25±0,08	p < 0,001
		К	1,18±0,17	0,48±0,12	p < 0,05

Примечание: МЛФМ – группа больных, принимавших процедуры МЛФМ (n = 25), К – группа контроля (n = 25)

У пациентов с ХИМ, обусловленной церебральным атеросклерозом, принимавших процедуры МЛФМ отмечалось улучшение состояния по доменам ощущение боли (b280), функции сердца (b410), функции артериального давления (b420), утомляемость (b4552), ощущения, связанные с сердечно-сосудистой и

дыхательной системами (b4601), преодоление стресса (d240), головокружение (b2401), функции толерантности к физической нагрузке (b455). По другим функциональным доменам изменения были статистически недостоверными.

В другой серии исследований проведены наблюдения у 120 больных ХИМ, обусловленной кардиальной патологией (с ишемической болезнью сердца – 92 пациента, с гипертонической болезнью – 28). Основными жалобами при поступлении были головные боли (82%), боли в области сердца типа кардиалгии (52%), утомляемость, снижение работоспособности (93%), нарушения сна (56%), головокружения (28%), сердцебиения (26%), одышка (21%).

В результате проведенных исследований показано, что процедуры МЛФМ оказывают положительное влияние на ряд клинико-функциональные показатели у пациентов с ХИМ, обусловленной кардиальной патологией. В таблице 2 представлены данные динамики функций организма под влиянием проведенного лечения по доменам Международной классификации функционирования, жизнедеятельности и здоровья у больных с ХИМ, обусловленной кардиальной патологией.

Таблица 2. Данные динамики функций организма по доменам Международной классификации функционирования, жизнедеятельности и здоровья у больных с хронической ишемией мозга, обусловленной кардиальной патологией

Код	Функциональный домен	Группы больных	Средние значения М±m (в баллах)		Достоверность
			в начале курса лечения	в конце курса лечения	
b2401	Головокружение	МЛФМ	1,12±0,12	0,44±0,117	p < 0,001
		К	1,111±0,116	0,4±0,08	p < 0,01
b280	Ощущение боли	МЛФМ	0,96±0,095	0,147±0,06	p < 0,001
		К	1,08±0,105	0,322±0,06	p < 0,001
b410	Функции сердца	МЛФМ	0,947±0,11	0,76±0,049	p < 0,05
		К	0,963±0,066	0,77±0,05	p < 0,05
b420	Функции артериального давления	МЛФМ	1,5±0,214	0,3±0,104	p < 0,001
		К	1,511±0,159	0,3±0,068	p < 0,001
b4552	Утомляемость	К	1,72±0,169	0,84±0,16	p < 0,01
		МЛФМ	1,489±0,082	0,82±0,08	p < 0,01
b4601	Ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем	К	0,85±0,087	0,35±0,058	p < 0,001
		МЛФМ	0,917±0,07	0,456±0,054	p < 0,05
b5408	Общие метаболические функции	К	0,92±0,264	0,32±0,125	p < 0,01
		МЛФМ	1,044±0,211	0,378±0,097	p < 0,01

Как видно из представленных данных, применение МЛФМ позволяет достичь определенных результатов в обеспечении большей эффективности медицинской реабилитации. У пациентов с ХИМ, обусловленных кардиальной патологией, данный метод оказывает достоверное положительное влияние на динамику 6-ти доменов - головокружение (b2401), ощущение боли (b280), функции сердца (b410), функции артериального давления (b420), утомляемость (b4552), ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем (b4601), оцениваемых клинически, а также общие метаболические функции (b5408), оцениваемые по данным липидокоагулограммы

Заключение. 1. В ходе проведенных исследований показано, что технология применения МЛФМ на санаторно-курортном этапе реабилитации больных с ХИМ обладает системными реабилитационными эффектами в виде улучшения клинических проявлений недостаточности мозгового кровообращения и соответствующих лабораторных и инструментальных показателей.

2. У пациентов с ХИМ, обусловленной церебральным атеросклерозом, применение МЛФМ оказывает достоверное положительное влияние на динамику головокружений, цефалгии и болезненных ощущений, связанных с сердечно-сосудистой и дыхательной системами, кардиальные проявления, уровень гипертензии, утомляемость и физическую толерантность, стрессоустойчивость.

3. У пациентов с ХИМ, обусловленной кардиальной патологией, МЛФМ, кроме достоверного положительного влияния на динамику головокружений, головных болей, функции артериального давления, утомляемость, ощущений, связанных с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем, действует позитивно на состояние обменных процессов.

4. Применение МЛФМ оказывает положительное влияние на основные клиничко-функциональные показатели у пациентов с ХИМ. Метод рекомендован для включения в комплекс санаторно-курортного этапа медицинской реабилитации данной группы больных.

Источник финансирования. Государственное бюджетное финансирование

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

Благодарности. Выражаем благодарность за консультативную и методическую поддержку: главному специалисту-неврологу Министерства здравоохранения Республики Крым, доктору медицинских наук, профессору Корсунской Ларисе Леонидовне (Симферополь)

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ковальчук В.В., Гусев А.О., Миннуллин Т.И., Нестерин К.В. Реабилитация пациентов после инсульта. Критерии эффективности и факторы успеха: роль физической, нейропсихологической и медикаментозной терапии. Эффективная фармакотерапия. 2017;19:62-72. Ссылка активна на 16.02.2020. [Koval'chuk V.V., Gusev A.O., Minnullin T.I., Nesterin K.V. Reabilitaciya pacientov posle insul'ta. Kriterii effektivnosti i faktory uspekha: rol' fizicheskoy, nejropsihologicheskoy i medikamentoznoj terapii. Effektivnaya farmakoterapiya. 2017;19:62-72. Accessed February 16.2020. (in Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29463292>

2. Якушин М.А., Якушина Т.И., Дровникова Л.В. Гериатрические аспекты ведения пациентов с хронической ишемией головного мозга. Журнал международной медицины.2015; (13)2:12-15. Ссылка активна на 16.02.2020. [Yakushin M.A., Yakushina T.I., Drovnikova L.V. Geriatricheskie aspekty vedeniya pacientov s hronicheskoy ishemiej golovnogo mozga. Zhurnal mezhdunarodnoj mediciny.2015; (13)2:12-15. Accessed February 16.2020. (in Russ.)]. URL: <https://medi.ru/info/12029/>

3. Товажнянская Е.Л., Лапшина И.А., Соловьева Е.Т. Препарат мелдоний у пациентов с ишемическим инсультом в раннем восстановительном периоде. Междунар. неврол. журн. 2017;92(6):47-50. Ссылка активна на 16.02.2020. [Tovazhnyanskaya E.L., Lapshina I.A., Solov'eva E.T. Preparat mel'donij u pacientov s ishemicheskim insul'tom v rannem vosstanovitel'nom periode. Mezhdunar. nevrol. zhurn. 2017;92(6):47-50. Accessed February 16.2020. (in Russ.)]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/preparat-meldoniy-u-patsientov-s-ishemicheskim-insultom-v-rannem-vosstanovitel'nom-periode>

4. Суслина З.А., Максимова М.Ю., Кистенев Б.А., Федорова Т.Н. Нейропротекция при ишемическом инсульте: эффективность милдроната. Международный неврологический журнал. 2012;49(3):94-98. Ссылка активна на 16.02.2020. [Suslina Z.A., Maksimova M.YU., Kistenev B.A., Fedorova T.N. Nejroprotekciya pri ishemicheskom insul'te: effektivnost' mildronata. Mezhdunarodnyj nevrologicheskij zhurnal. 2012;49(3):94-98. Accessed February 16.2020. (in Russ.)]. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=17938076>

5. Пономаренко Г.Н., Улащик В.С. Инновационные технологии физиотерапии. СПб.; 2012:256. [Ponomarenko G.N., Ulashchik V.S. Innovaci-onnye tekhnologii fizioterapii. SPb.; 2012:256. (in Russ.)]

6. Улащик В.С., Пономаренко Г.Н. Лекарственный электрофорез. СПб.: Нева-Трейд; 2010:288. [Ulashchik V.S., Ponomarenko G.N. Lekarstvennyj elektroforez. SPb.: Neva-Trejd; 2010:288. (in Russ.)]

УДК 616-61-056.24-036.82/.865:006.032

ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ С ПОЗИЦИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

Львова Н.Л.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»

Минск, Беларусь

Аннотация

Введение. Хроническая болезнь почек (ХБП) - общемедицинская проблема, имеющая глубокие социально-экономические последствия, связанные с ее широкой распространенностью в популяции.

Цель. Разработка критериев оценки нарушений функций организма у пациентов с нефрологической патологией с позиций Международной классификации функционирования ограниченных жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Материалы и методы. Научное исследование проведено на основании обследования группы пациентов трудоспособного возраста с основной инвалидизирующей патологией нефрологического профиля.

Результаты. Разработаны критерии оценки нарушений функций выделительной системы с помощью единой шкалы оценки МКФ, которые позволяют оценить весь спектр имеющихся нарушений у пациента с нефрологической патологией со стороны различных органов и систем организма.

Заключение. Используя предложенные в нашем исследовании критерии оценки нарушений функций выделительной системы, можно оценить, в том числе количественно, степень выраженности нарушений функций организма у пациентов с нефрологической патологией, по степени тяжести согласно единой шкале оценки МКФ.

Ключевые слова: международная классификация функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья, нарушения функций организма, инвалидизирующие заболевания нефрологического профиля

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Львова Наталья Леонидовна, канд. мед. наук, адрес: 223027, district of the village of Yukhnovka, Kolodishchansky village council, 93 Minsk region, +3752969530494; <https://orcid.org/0000-0003-3488-0424>; SPIN-код: 1573-5774, AuthorID: 847263; e-mail: ln12005@mail.ru

ASSESSMENT OF IMPAIRED BODY FUNCTIONS IN PATIENTS WITH NEPHROLOGICAL PATHOLOGY FROM THE STANDPOINT OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING OF DISABILITY AND HEALTH

Lvova N.L.

State Institution "Republican Scientific and Practical Center for Medical Expertise and Rehabilitation"
Minsk, Belarus

Abstract

Background. Chronic kidney disease (CKD) is a general medical problem with profound socio-economic consequences associated with its widespread prevalence in the population.

Aim. The aim of this study was to develop criteria for assessing impaired body functions in patients with nephrological pathology from the perspective of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Materials and methods. A scientific study was carried out on the basis of a survey of a group of patients of working age with a basic disabling nephrological pathology.

Results. Criteria for assessing disorders of the excretory system functions using a unified ICF assessment scale have been developed, which allow us to evaluate the entire spectrum of existing disorders in a patient with nephrological pathology from various organs and body systems.

Conclusion. Using the criteria for assessing violations of the functions of the excretory system proposed in our study, it is possible to assess, including quantitatively, the severity of violations of the functions of the body in patients with nephrological pathology, according to severity according to a single assessment score for ICF.

Key words: *International Classification of Functioning of Disability and Health, impaired body functions, disabling nephrological diseases.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Lvova N.L. – PhD Med. Sci.; address: 223027, district of the village of Yukhnovka, Kolodishchansky village council, 93 Minsk region, +3752969530494; <https://orcid.org/0000-0003-3488-0424>; SPIN-код: 1573-5774, AuthorID: 847263; e-mail: ln12005@mail.ru

Введение. Социально-экономические последствия нефрологических заболеваний связаны в первую очередь с несомненным преобладанием среди заболевших, лиц молодого и трудоспособного возраста, а также фатальным развитием у них терминальной почечной недостаточности. Заболеваемость ХБП по данным популяционных эпидемиологических исследований, проведенных в последнее десятилетие (NHANES, PREVEND, EPIC и др.) сопоставима с такими социально значимыми заболеваниями, как сахарный диабет, артериальная гипертензия, сердечная недостаточность. Основными инвалидизирующими заболеваниями нефрологического профиля в Республике Беларусь являются гломерулярные болезни, обуславливающие около 40% случаев установления инвалидности и тубулоинтерстициальные болезни, составляющие около 10% случаев.

Цель. Цель исследования – разработать критерии оценки нарушений функций организма у пациентов с нефрологической патологией с позиций международной классификации функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья.

Материалы и методы. Научное исследование проведено на основании обследования группы пациентов трудоспособного возраста с основной патологией нефрологического профиля, направленных в ГУ «Республиканский научный практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» с целью уточнения степени выраженности имеющихся ограничений жизнедеятельности. В исследование включались

лица трудоспособного возраста с основными инвалидизирующими заболеваниями нефрологического профиля. В группу исследования было включено 132 пациента со следующими нозологическими диагнозами, согласно (МКБ-10):

- пациенты с гломерулярными болезнями (N00 - N08), в том числе с хроническим ГН – 39(29,5%);
- пациенты с тубулоинтерстициальными болезнями (N10-N16), в том числе с хроническим пиелонефритом – 22(16,6%); хроническим интерстициальным нефритом – 17(12,9%);
- пациенты с гломерулярными поражениями при СД (N08.3*), в том числе с диабетической нефропатией – 24(18,2%);
- пациенты с гломерулярными поражениями при системных болезнях соединительной ткани (N08.5*), в том числе гломерулярные поражения при СКВ - 15(11,4%);
- пациенты с кистой почек (Q61) –15(11,4%). Среди обследованных пациентов было 58(43,9%) мужчин и 74(56,0%) женщины.

Средний возраст обследованного контингента составил $45,5 \pm 1,4$ лет. Наиболее представительной среди обследованных пациентов была группа 56-60 лет, в которую входило 38 пациентов (28,8%). В возрастную группу 51-55 лет входило 28(21,2%) пациентов, меньше пациентов вошло в возрастную группу 21-25 лет - 14 человек (10,6%), в группу 46-50 лет вошло 17 человек (12,8%). На момент обследования являлись инвалидами 97(73,5%) пациентов. Все пациенты, включённые в исследование, разделены на три группы, в зависимости от установленной группы инвалидности, 4 - группу составили лица без инвалидности. В настоящее время в целевой выборке большинство пациентов с 1 группой инвалидности (28%), меньше пациентов со 2 группой инвалидности (24%). При обследовании пациентов, включенных в целевую выборку, применялись наиболее информативные, широко используемые в практической деятельности методы обследования, с помощью которых можно получить полную информацию об отклонениях или утратах структур и функций организма, вовлеченных в патологический процесс, оценить ограничения жизнедеятельности у пациентов. Также для данного контингента пациентов определялась клиническая форма основного заболевания, клинические формы сопутствующих заболеваний, стадия патологического процесса, характеристика течения заболевания, степень функциональных нарушений, что даёт возможность получения общей картины, позволяющей судить о состоянии систем организма и его компенсаторных возможностях. Базы данных с результатами клиничко-лабораторных исследований формировались при использовании MS Excel. Статистический анализ полученных результатов проводился с применением программы STATISTICA 10.

Результаты исследования. Нами проанализировано распределение инвалидизирующих осложнений и сопутствующих заболеваний у пациентов, включенных в целевую выборку в зависимости от группы инвалидности. 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 заместительной почечной терапии. Для решения задач исследования был разработан комплект доменов, характеризующих профиль функционирования пациентов с нефрологической патологией. Из всех доменов, характеризующих нарушения функций организма и категории «активность и участие», факторы окружающей среды были отобраны коды наиболее значимые для экспертной оценки, также при выборе кодов учитывалась возможность достаточной объективизации критериев по существующим шкалам оценок. Следующим этапом исследования стала разработка экспертно-реабилитационных критериев оценки отклонений или утрат функций организма у пациентов с основной нефрологической патологией с позиций МКФ. Все составляющие, классифицируемые в МКФ, измеряются с помощью единой шкалы. В зависимости от составляющей, наличие проблемы может означать нарушение, ограничение или ограничение возможности, препятствие. К соответствующему домену классификации должны подбираться подходящие определяющие слова (знак xxx стоит вместо кода домена второго уровня). Таким образом, определитель обозначает масштаб проблемы в соответствующем компоненте или категории. Пациентам, включённым в исследование, для оценки проблем в функционировании проводилась экспертно-реабилитационная диагностика. В результате исследования получены критерии оценки отклонений или утрат функций организма у пациентов с нефрологической патологией, которые мы ранжировали по 5-ти бальной шкале в зависимости от степени выраженности проблемы в функционировании. В категории функции мочеобразования (b610) оценивалась скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и стадии альбумин/протеинурии:

- в категории «b6100 функция фильтрация мочи» СКФ, полученная с помощью клинических лабораторных исследований (проба Реберга-Тареева) и расчётными методами, в частности методом, предложенным Cockcroft DW, Gault MH с приведением к стандарту площади поверхности тела $1,73 \text{ м}^2$;

– в категории «функции выделения мочи другие уточненные» (b6108) оценивались стадия альбуминурии и уровень суточной протеинурии, а также эффективность гемодиализа по кинетике мочевины с расчетом показателя Kt/V.

Для пациентов на программном гемодиализе (далее – ПГ) средний показатель коэффициента Kt/V не менее 1,2; для пациентов на постоянном амбулаторном перитонеальном диализе (далее - ПАПГ) средний показатель коэффициента Kt/V 1,7 в неделю. В категории b545 функции водного, минерального и электролитного баланса нами оценивался:

- водный баланс b5450, оценивалась частота и объём мочеиспускания, также оценивалась относительная максимальная плотность мочи;
- электролитный баланс b5452 оценивался по уровням показателей натрия и кальция в биохимическом анализе крови.

В категории b540 общие метаболические функции оценивались белковым обмен и общие метаболические функции другие уточненные, в этой категории мы оценивали уровень мочевины и креатинина:

- b5402 белковый обмен оценивался по уровням общего белка/альбумина в БАК;
- b5408 уровень мочевины и креатинина оценивался по БАК.

В категории «функции сердца» (b 410) оценивались следующие составляющие:

- b4100 темп сердечных сокращений и b 4101 ритм сердечных сокращений оценивались по результатам аускультации, ЭКГ, суточного ЭКГ мониторинга;
- b4102 сократительная сила миокарда желудочков оценивалась по результатам эхокардиографии.

Функции артериального давления (b420) оценивались по степеням симптоматической артериальной гипертензии, частоте и тяжести гипертонических кризов. Функции системы крови оценивались по степени выраженности симптоматической анемии. Разработаны экспертно-реабилитационные критерии оценки нарушений функций органов и систем, вовлеченных в патологический процесс при основной нефрологической патологии. У 132 пациентов, включённых в исследование при оценке функции фильтрации мочи (b6100) установлено, что у 31,8% пациентов нарушения функции не было, лёгкие нарушения диагностированы у 15,1% пациентов, умеренные нарушения - у 6,0%, тяжёлые нарушения выявлены 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 нарушения – 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 нарушения – у 1,5%, абсолютные нарушения не выявлены. В 61,4% случаев выявлены лёгкие нарушения функции артериального давления (b420), выраженных и умеренных нарушений не выявлено, т.к. в группе исследования у пациентов течение АГ характеризовалось как бескризовое. При оценке функции системы крови (b430) лёгкие нарушения выявлены у 25,7% пациентов, умеренные нарушения - у 15,9% пациентов, а тяжёлые нарушения - у 0,7%.

Заключение. Таким образом, используя предложенные в нашем исследовании критерии оценки нарушений функций выделительной системы, можно оценить, в том числе количественно, степень выраженности нарушений функций организма у пациентов с нефрологической патологией, по степени тяжести согласно единой шкале оценки МКФ.

**Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.
The authors declare no conflict of interest.**

УДК 159.946

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТОЛА МЕХАНОТЕРАПИИ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА

Жукова Е.В., Сотская Г.М.

Федеральное государственное бюджетное учреждение Федеральное Бюро медико-социальной экспертизы
Минтруда России
Москва, Россия

Аннотация

Введение. В статье представлена методика использования реабилитационного оборудования (стол механотерапии) в нейрореабилитации инвалидов с последствиями инсульта. В настоящее время существует множество отечественных и зарубежных технологий, в том числе и роботизированных, по восстановлению нарушенных функций верхних конечностей. Современная реабилитационная индустрия предлагает значительное число различного оборудования для восстановления функций верхних конечностей. Однако многие из них являются дорогостоящими и требуют постоянно участия физиотерапевта и инструктора по

лечебной физкультуре. Учитывая, что число инвалидов, нуждающееся в восстановлении функций верхних конечностей, постоянно увеличивается, необходимо искать наиболее оптимальные пути восстановления (развития), компенсации нарушенных функций верхних конечностей. Одной из таких технологий, в том числе экономически целесообразной и доступной, на наш взгляд, является стол механотерапии.

Цель. Представление методики использования стола механотерапии в реабилитации инвалидов с нарушениями функций верхних конечностей.

Материалы и методы. Для диагностики состояния функций верхних конечностей использовались следующие методы: медицинские функциональные пробы - Модифицированная шкала Ашфорт, Система классификации мануальных способностей (Manual Ability Classification System, MACS), метод нейропсихологической диагностики для оценки состояния мануального кинестетического праксиса, динамического праксиса, пространственной организации движений; оценка бытовых действий.

Результаты. Полученные данные неврологического обследования инвалидов после курса реабилитации на столе механотерапии показали улучшение подвижности в крупных суставах верхних конечностей, что сопровождалось увеличением показателей гониометрии. Данные нейропсихологической диагностики показали улучшение в состоянии высших психических функций - пространственно-кинестетических функций, сомато-сенсорного гнозиса и саморегуляции на уровне движений.

Заключение. Методика использования стола механотерапии, как реабилитационного оборудования в нейрореабилитации инвалидов с последствиями инсульта, имеет следующие преимущества: содержит рекомендации по диагностике нарушенных функций с учетом медицинского, социального и психологического (нейропсихологического) аспектов; в методике описаны упражнения для занятий на каждом сегменте реабилитационного оборудования; приведен перечень упражнений, которые наиболее эффективны в восстановление (развитии) различных отделов верхних конечностей и высших психических функций.

Ключевые слова: реабилитация, инвалид, нейрореабилитация, нарушенные функции верхних конечностей, реабилитационное оборудование.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Жукова Евгения Валерьевна, заведующий отделением практико-инновационных методов социальной, профессиональной и психологической реабилитации и абилитации Федерального центра научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России 127486, Москва, ул. Ивана Сусанина, 3 Тел. +7(916)076-64-76 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7640-1818>; SPIN: 2596-4043; E-mail: egeni69@bk.ru

Сотская Гульнара Мизхатовна, кандидат психологических наук, заведующий кабинетом психологической диагностики и реабилитации, абилитации инвалидов отделения практико-инновационных методов социальной, профессиональной и психологической реабилитации и абилитации Федерального центра научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России 127486, Москва, ул. Ивана Сусанина, 3 Тел. +7(926)69-49-245 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8255-8627>; SPIN: 7881-5317; E-mail: Sotskaya75@mail.ru

POSSIBILITIES OF USING THE MECHANOTHERAPY TABLE IN NEUROREHABILITATION OF DISABLED PEOPLE WITH STROKE CONSEQUENCES

Zhukova E.V., Sotskaya G.M.

Place of work: Federal state budgetary institution Federal Bureau of medical and social expertise of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation
Moscow, Russia

Abstract

Background. The article presents a method of using rehabilitation equipment (mechanotherapy table) in neurorehabilitation of disabled people with the consequences of stroke. Currently, there are many domestic and foreign technologies, including robotic ones, to restore the disturbed functions of the upper extremities. The modern rehabilitation industry offers a significant number of different equipment for restoring the functions of the upper extremities. However, many of them are expensive and require the constant participation of a physiotherapist and physical therapy instructor. Given that the number of people with disabilities who need to restore upper limb functions is constantly increasing, it is necessary to look for the most optimal ways to restore (develop) and compensate for impaired upper limb functions. One of these technologies, including economically feasible and affordable, in our opinion, is the table of mechanotherapy.

Aim. The purpose of the work is to present the method of using the table of mechanotherapy in the rehabilitation of disabled people with impaired upper limb functions.

Materials and methods: Materials and methods. The following methods were used to diagnose the state of upper limb functions: medical functional tests-Modified Ashfort scale, Manual Ability Classification System (MACS), neuropsychological diagnostics method for evaluating the state of manual kinesthetic praxis, dynamic praxis, spatial organization of movements; assessment of everyday actions.

Results. The obtained data of neurological examination of disabled people after a course of rehabilitation on the table of mechanotherapy showed an improvement in mobility in large joints of the upper extremities, which was accompanied by an increase in goniometry indicators. Data from neuropsychological diagnostics showed an improvement in the state of higher mental functions-spatial-kinesthetic functions, somatic-sensory gnosis, and self-regulation at the level of movements.

Conclusion. The method of using table mechanotherapy as rehabilitative equipment in rehabilitation of persons with stroke, has the following advantages: provides guidelines for the diagnosis of disturbed functions, taking into account medical, social and psychological (neuropsychological) aspects; the methodology described exercises to practice on each segment of rehabilitation equipment; given a list of exercises that are most effective in recovery (development) of various parts of the upper extremities and higher mental functions.

Key words: *rehabilitation, disabled person, neurorehabilitation, impaired upper limb functions, rehabilitation equipment.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Zhukova Evgenia Valeryevna, head of the Department of practical and innovative methods of social, professional and psychological rehabilitation and habilitation of the Federal center for scientific and methodological support of the development of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children of the Federal state budgetary institution of the MINISTRY of labor of Russia 3, Ivan Susanin street, Moscow, 127486 Tel. +7(916)076-64-76 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7640-1818>; SPIN: 2596-4043; E-mail: egeni69@bk.ru

Sotskaya Gulnara Mizkhatovna, candidate of psychological Sciences, head of the Department of psychological diagnostics and rehabilitation, habilitation of disabled people of the Department of practical and innovative methods of social, professional and psychological rehabilitation and habilitation of the Federal center for scientific and methodological support of the development of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children of the Federal state budgetary institution. 3, Ivan Susanin street, Moscow, 127486 Tel. +7(926)69-49-245 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8255-8627>; SPIN: 7881-5317; E-mail: Sotskaya75@mail.ru

Введение. Функции верхних конечностей в жизнедеятельности (способности к передвижению, самообслуживанию) человека играют первостепенную роль, так как при помощи рук осуществляется множество разнообразных, высокодифференцированных, точных, целенаправленных движений, которые обеспечивают перемещение в пространстве, равновесие, полноценные познавательные (гнозис) и практические (праксис) функции. Нарушение функций верхних конечностей является последствием многих заболеваний, в частности заболеваний центральной нервной системы (ЦНС) травм головного или спинного мозга, цереброваскулярные нарушения, опухолевые процессы мозга и его оболочек, нарушений метаболизма, нейроинфекции, а также последствия травм верхних конечностей. Особенно остро на сегодняшний момент стоит проблема реабилитации и абилитации инвалидов с последствиями нарушений острого мозгового кровообращения (инсультов). Россия занимает 2-ое место в мире по количеству инсультов. в последние годы рост заболеваемости инсультом в 5 раз выше, чем, например, в США [1]. По данным П. Левина, гемипарез встречается примерно у 85% больных, переживших инсульт, при этом 55-75% пациентов, продолжают испытывать двигательный дефицит в руке через год после нарушения мозгового кровообращения [5].

Цель. Цель работы оценить эффективность использования стола механотерапии в нейрореабилитации инвалидов с нарушением функций верхних конечностей вследствие инсульта.

Задачи работы:

1. Описать методы диагностики степени нарушений функций верхних конечностей с позиции медицинского, социального и психологического аспектов.
2. Описать сегменты реабилитационного оборудования с позиции их функционального использования.
3. Систематизировать и конкретизировать упражнения, используемые на различных сегментах реабилитационного оборудования как для восстановления функций верхних конечностей, так и для развития когнитивных функций (гнозиса, праксиса, внимания, памяти, речи).
4. Сформулировать требования к структуре и содержанию занятий на данном оборудовании.

Материалы и методы. Для оценки эффективности использования стола механотерапии в нейрореабилитации была проведена оценка неврологического, социального и психологического статуса 207 инвалидов с нарушенными функциями верхних конечностей вследствие инсульта. Исследование проводилось в ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России (Федеральный центр научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов (далее – Федеральный центр)). В период с 2016 по 2019 год для оценки эффективности методики была проведена оценка неврологического, социального и психологического статуса 207 инвалидов с нарушением функций верхних конечностей вследствие инсульта. Гендерный состав инвалидов: женщин - 117 человек (56%), мужчин – 90 человек (44%). Возрастной состав: 31-40 лет – 6 человек (2%), 41-50 лет -35 человек (16%), 51-60 человек – 128 человек (61%), старше 60 лет – 38 человек (19%). Все пациенты получали медикаментозную терапию в отделении медицинской реабилитации Клиники ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России согласно стандартам оказания медицинской помощи, а 104 инвалидам проводились занятия на столе механотерапии. Средний курс реабилитации в отделении медицинской реабилитации составлял 15 дней, количество занятий на столе механотерапии – 10. Для диагностики состояния функций верхних конечностей использовались следующие методы: медицинские функциональные пробы - Модифицированная шкала Ашфорт, Система классификации мануальных способностей (Manual Ability Classification System, MACS), нейропсихологическая диагностика для оценки состояния кинестетического праксиса ((праксис позы пальцев верхней конечности), динамического праксиса «Кулак-ладонь, ребро», пространственной организации движений (пробы Хеда); оценка бытовых действий [2,3,7]. Задачи реабилитации инвалидов на столе механотерапии:

1. Предупредить атрофии мышц верхней конечности.
2. Предупредить образование мышечных контрактур в группах мышц, которые после инсульта находятся в состоянии гипертонуса.
3. Повысить мышечную силу паретических конечностей.
4. Улучшить обменные и микроциркуляторные процессы в тканях организма.
5. Возобновить утраченные во время инсульта двигательные навыки и функции.
6. Восстановить мелкую моторику рук.
7. Формировать компенсаторные навыки взамен утраченных (схват, удержание)
8. Восстановить когнитивные функции.

Процесс нейрореабилитации инвалидов на столе механотерапии проходил в несколько стадий:

1 стадия: стадия ознакомления с общей структурой упражнения. На данном этапе важно формирование представлений о технике выполнения двигательного действия, (в случае утраты навыка инвалид допускает много лишних движений). Важен зрительный контроль со стороны специалиста, а также проговаривания действия – 2 занятия.

2 стадия. Стадия овладение приемами восстановления навыка.- 3 занятия

3 стадия. Закрепление навыка. На данной стадии работы двигательное действие выполняется в более быстром темпе, становится более точным и экономичным, необходимость зрительного контроля исчезает. Контроль осуществляется в основном при помощи мышечно-двигательных ощущений. Эта стадия не имеет завершения, так как полученные навыки формируются в процессе бытовых действий. В процессе выполнения упражнений на столе механотерапии отработывались следующие движения:

1. Движения в плечевом суставе: сгибание/разгибание, отведение/приведение, ротация.
2. Движения в локтевом суставе: сгибание/разгибание.
3. Движения в предплечье: пронация, супинация.
4. Движения в кистевом суставе: сгибание/разгибание.
5. Движения пальцев кисти: отведение 1 пальца, оппозиция 1 пальца, сгибание 2-5 пальцев, отведение 2-5 пальцев.
6. Разработка схватов (концевого, пальцевого, ладонного, сферического и др.) и удержания. Упражнения на столе механотерапии с инвалидами вследствие цереброваскулярной патологии выполнялись в положении стоя или сидя, в зависимости от возможностей инвалида. Алгоритм проведения занятий на столе механотерапии включал следующие процедуры:

1) Побуждение к движению во время пассивной гимнастики с установкой: «Я буду передвигать Вашу руку, а Вы старайтесь сделать эти движения самостоятельно».

2) Посыл импульсов – мысленное воображаемое движение в руке (идиомоторные упражнения) «Представьте, как Вы будете делать эти движения».

3) Тренировка коротких и простых движений в конечности после анализа сложного объемного движения, затем соединение этих простых движений в одно целое.

4) Задания на восстановление когнитивных функций. Интенсивность разрабатываемой реабилитационной программы должна зависеть, по мнению Ф.А. Хабирова, от состояния пациента и степени инвалидизации [6]. Эффективность восстановления функции верхней конечности зависит от максимального подключения больной руки в реабилитацию. Благодаря этому, по мнению Е.В. Ланской, происходит активация в коре головного мозга не задействованных ранее горизонтальных связей, а также изменение синаптической передачи. Это создает предпосылки для образования большего количества нейронных связей [4].

Результаты исследования. Данные неврологического обследования инвалидов, которые прошли курс реабилитации на столе механотерапии, показали увеличение у 52% показателей гониометрии, что свидетельствует об улучшении подвижности в крупных суставах верхних конечностей, тогда как в группе инвалидов, с которыми данные занятия не применялись, эти показатели изменились у 21%. Отмечается также изменение уровня мануальных способностей у инвалидов (у 65% в группе, с которой проводились занятия, и у 25%, у которых занятия не проводились). Субъективно, инвалиды, проходившие курс реабилитации отметили снижение выраженности болевого синдрома, увеличение собственной активности, появление уверенности в своих силах. Результаты нейропсихологического обследования показали, что у 20 % инвалидов, проходивших курс реабилитации на столе механотерапии, устранены ошибки порядка, снизились пространственно-кинестетические ошибки в виде вертикального кулака и зеркального положения ребра, тогда как у инвалидов контрольной группы, данные изменения отмечены только у 5% инвалидов. Анализ выполнения проб Хеда у 50% инвалидов, проходивших реабилитацию на столе механотерапии, увеличилось количество проб, выполненных с 1 попытки. У 40% снизилось количество соматотопических ошибок (показ вместо щеки уха или брови). Кроме того, отмечается снижение регуляторных ошибок (импульсивность). У инвалидов контрольной группы положительная динамика в выполнении пробы Хеда отмечается только у 10% инвалидов. Статистическая достоверность производилась автоматизированно на ПК при помощи соответствующих программ статистического анализа и на основании полученных коэффициентов корреляции и критерия Стьюдента и сопоставления их с табличными делался вывод о значимости различий на уровне вероятности равном от 5% до 1%. Для проверки значимости различий между результатами в одной группе использовался t-критерий Стьюдента для связанных выборок, а при проверке результатов в разных группах - t-критерий Стьюдента для независимых выборок. По данным статического анализа различия в группах являются достоверными (двигательная активность 5,56,08

Заключение.

1. Методика включает в себя не только систему работы непосредственно с инвалидом (ребенком-инвалидом) на столе-механотерапии, но и содержит рекомендации по диагностики нарушенных функций с учетом медицинского, социального и психологического (нейропсихологического) аспектов.

2. В методике систематизирован и конкретизирован практический материал (разработаны и описаны упражнения для занятий на каждом сегменте реабилитационного оборудования (штурвал с утяжелителями, ротационный тренажер, валик для сгибания-разгибания, тренажер «Винты с пружинами», тренажеры со стилусами, тренажер для сгибания-разгибания пальцев)). Для улучшения восприятия упражнений, описание сопровождается фото.

3. В методике приведен перечень упражнений, которые наиболее эффективны в восстановление (развитии) различных отделов верхней конечностей (в плечевом локтевом, кистевом суставах, предплечье, пальцев кисти) разработке схвата и удержания.

4. Методика содержит многозадачные упражнения, в процессе выполнения которых у инвалида восстанавливаются не только статодинамические функции, но и идет процесс восстановления (развития) высших психических функций.

5. Дифференцирована система занятий с инвалидами (детьми – инвалидами) с учетом причины возникновения нарушения статодинамических функций (вследствие нарушения кровообращения, цереброваскулярной патологии, патологии центральной и периферической нервной системы) в виду необходимости учета особенностей патологии. Данная методика может быть востребована специалистами (медицинскими психологами, психологами, педагогами, специалистами по социальной работе и др.), осуществляющими социально-психологическую, социально-педагогическую реабилитацию инвалидов и детей-инвалидов, социально-бытовую адаптацию.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1.URL: <http://candyland27.ru/insult-medpokazaniyaoficialnaya-statistika-insultov> Ссылка активна на 26.02.2020

2. Вейсс М. В кн. Физиотерапия. М. 1986. [Vejss M. In: Fizioterapiya. M. 1986. (In Russ.)].
3. Глозман Ж.М. В кн. Нейропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных. М. 2012. [Glozman Zh.M. In: Neiropsihologicheskoe obsledovanie: kachestvennaya i kolichestvennaya ocenka dannyh. M. 2012. (In Russ.)].
4. Ланская Е.В. Структурно-функциональная организация кортико-спинального тракта и его роль в регуляции движений (научный обзор). NovaInfo.Ru (Электронный журнал). 2016; Том 1. № 56. 20-29. Ссылка активна на 26.02.2020. (In Russ.) <http://novainfo.ru/article/9119> [Lanskaya E.V. Strukturno-funkcional'naya organizatsiya kortiko-spinal'nogo trakta i ego rol' v regulyacii dvizhenij (nauchnyj obzor). NovaInfo.Ru (Elektronnyj zhurnal). 2016; Tom 1. № 56. 20-29. Accessed February 26, 2020 <http://novainfo.ru/article/9119>]
5. Левин П. В кн. Инсульт: ключи к выздоровлению. СПб. 2016. [Levin P. In: Insul't: klyuchi k vyzdorovleniyu. SPb. 2016. (In Russ.)].
6. Хабиров Ф.А. В кн. Комплексы реабилитационных мероприятий в восстановительном периоде мозгового инсульта. Казань. 2011. [Habirov F.A. In: Kompleksy reabilitacionnyh meropriyatij v vosstanovitel'nom periode mozgovogo insul'ta. Kazan'. 2011. (In Russ.)].
7. Braddom Physical Medicine and Rehabilitation. USA: W.B.Saunders Company, 1996. - С.728-752.

УДК 616.248

ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Дудченко Л.Ш.¹, Каладзе Н.Н.²

¹ ГБУЗ РК «Академический научно-исследовательский институт физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М.Сеченова», Россия.

² Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,
Ялта, Симферополь, Россия

Аннотация

Введение. Бронхиальная астма (БА) является хроническим прогрессирующим заболеванием, приводящим к снижению качества жизни (КЖ). Реабилитационные технологии направлены на повышение уровня контроля заболевания и КЖ больных БА.

Цель исследования. Оценить влияние санаторно-курортной медицинской реабилитации на КЖ больных БА.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 518 больных бронхиальной астмой. Все пациенты прошли обследование и получили комплексную санаторно-курортную медицинскую реабилитацию. Эффективность реабилитации оценивали по изменению уровня текущего контроля заболевания, изменению уровня функциональных доменов Международной классификации функционирования, нарушений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) и изменению уровня КЖ по опросникам SF-36 и AQLQ.

Результаты и обсуждение. При поступлении состояние пациентов характеризовалось низкой приверженностью к лечению, сохранением клинических симптомов БА, низким уровнем контроля заболевания. Уровень КЖ был ниже средне-популяционного, особенно по влиянию физических и эмоциональных проблем на жизнеспособность пациентов. В результате комплексной реабилитации состояние больных улучшилось, повысилась приверженность пациентов назначенной терапии, уменьшилась выраженность симптомов, повысился уровень контроля БА. Статистически значимо уменьшились значения анализируемых функциональных доменов МКФ. Достоверно повысился уровень КЖ, как по показателям общего КЖ, так и специфического КЖ для больных БА.

Выводы. Санаторно-курортная медицинская реабилитация позволяет повысить уровень контроля БА, что существенно повышает КЖ пациентов.

Ключевые слова: бронхиальная астма, реабилитация, качество жизни, МКФ.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Дудченко Лейла Шамилевна – к.м.н. [Leyla Sh. Dudchenko, MD, PhD], адрес: Россия, 298603, Республика Крым, г.Ялта, ул. Мухина 10/3 [10/3 Mukhina street, Yalta city, Republic of Crimea, Russia, 298603]; телефон +79780071349, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1506-4758>; eLibrary SPIN: 3737-8576; e-mail: vistur@mail.ru

Каладзе Николай Николаевич – д.м.н., профессор, [Nikolay N. Kaladze, MD, ScD, Professor]; телефон +79788193464, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4234-8801>; eLibrary SPIN: 3737-8576; e-mail: kaladze44@mail.ru

IMPACT OF SANATORIUM MEDICAL REHABILITATION ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Dudchenko L.Sh.¹, Kaladze N.N.²

¹State Budgetary Institution of Public Health of the Republic of Crimea “Academic Research Institute of Physical Methods of Treatment, Medical Climatology and Rehabilitation named by I. M. Sechenov”

²V. I. Vernadsky Crimean Federal University,
Yalta, Simferopol, Russia

Abstract

Bronchial asthma (BA) is a chronic progressive disease leading to a decline in quality of life. Rehabilitation technologies are aimed at increasing the level of disease control and life quality of patients with BA.

Aim of the study is to assess the impact of sanatorium medical rehabilitation on the quality of life of patients with BA.

Materials and methods. The research included 518 patients with BA. All the patients were screened and received complex sanatorium medical rehabilitation. The effectiveness of rehabilitation was assessed by changing the level of disease monitoring, changing the level of functional domains for International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and changing the quality of life of patients according to SF-36 and AQLQ questionnaires.

Results. Upon admission, patients' condition was characterized by low commitment to treatment, continued clinical symptoms of BA, and low disease control. The level of the quality of life was lower than the average population, especially in terms of the impact of physical and emotional problems on patient viability. As a result of complex rehabilitation, the condition of all patients has improved, the commitment of patients to prescribed therapy has increased, the manifestation of symptoms has decreased, and the level of BA control has increased. Statistically significantly decreased values of analyzed functional domains of ICF. The level of quality of life has increased significantly, both in terms of total quality of life and specific quality of life for patients with BA.

Conclusions. Sanatorium medical rehabilitation allows to significantly increase the level of BA control, which allows to influence the change in the quality of life of patients.

Key words: *bronchial asthma, rehabilitation, the quality of life, ICF.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Актуальность исследования. Хронические респираторные заболевания стали одной из основных причин болезненности и инвалидизации населения. Одним из наиболее распространенных хронических социально-значимых заболеваний, представляющих серьезную медицинскую и социально-экономическую проблему, является бронхиальная астма (БА) [1]. Заболевание само по себе является стрессом для человека, оно нарушает его образ жизни, мешает личностному росту, вредит карьере. Хроническое, длительно текущее заболевание, привязанность к определенным лекарственным препаратам, сами симптомы болезни, сопровождающиеся страхом смерти — все это приводит к социальной дезадаптации и делает жизнь человека в значительной степени отличающейся от жизни окружающих [2]. БА как хроническое заболевание, склонное к прогрессированию и протекающее с обострениями, также оказывает негативное воздействие на все стороны жизни больного. Одним из критериев оценки эффективности оказания медицинской помощи населению, получившим в последние годы широкое распространение, является изучение качества жизни [3]. Качество жизни (КЖ) — это интегральный показатель, отражающий степень адаптации человека к болезни и возможности выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению. Исследование КЖ дает представление о физическом, психологическом и социальном функционировании больного и позволяет оценить влияние заболевания на состояние пациента. При ведении пациентов с БА оценка КЖ является одним из критериев эффективности как лечебных, так и реабилитационных методов [4, 5].

Цель исследования. Оценить влияние санаторно-курортной медицинской реабилитации на качество жизни больных бронхиальной астмой.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 518 больных БА, получивших курс санаторно-курортной медицинской реабилитации на Южном берегу Крыма. Всем больным проведено комплексное клиничко-функциональное обследование, определялся уровень контроля заболевания с использованием опросников АСТ и АСQ.

Оценку КЖ проводили по двум опросникам: общему SF-36 и специализированному AQLQ [3]. В опросник SF-36 (36-Item MOS Short-Form Health Survey) входят 36 вопросов, объединенных в 9 доменов (8 основных и 1 дополнительный) по шкале от 0% до 100%. 5 критериев имеют прямую зависимость, чем выше показатель, тем выше физическая и социальная активность (ФА и СА), жизнеспособность (ЖС), психическое и общее здоровье (ПЗ и ОЗ) и 3 обратных критерия — чем выше критерий, тем меньше роль физических (РФП), эмоциональных проблем (РЭП) и болевых ощущений (Боль) в ограничении жизнедеятельности.

Опросник «Качество жизни больных бронхиальной астмой» AQLQ предназначен исключительно для оценки качества жизни больных, страдающих БА. Он позволяет оценивать влияние лечебных и реабилитационных мероприятий на уровень КЖ больных БА. Опросник включает 5 доменов, из которых 3 прямых: активность, толерантность к окружающей среде и общее КЖ – чем выше показатели, тем выше активность, толерантность к факторам окружающей среды и общее КЖ. Два критерия обратных: симптомы и эмоции – чем выше показатели, тем меньше выражены симптомы и тем меньшее влияние оказывает БА на психоэмоциональную сферу. Наименьшим клинически значимым изменением является 0,5 балла.

Комплексная оценка эффективности медицинской реабилитации проводилась согласно критериям Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) для больных БА [6].

Для статистической обработки материала использовался программный продукт SPSS 25.

Результаты. Среди обследованных больных преобладали пациенты с персистирующим среднетяжелым течением БА – 338 (65,25%), с тяжелым было 40 (7,72%), с легким – 116 (22,39%) и интермиттирующее было у 24 (4,63%) пациентов. Оценка уровня контроля БА выявила, что преобладали больные с неконтролируемым течением – 336 (64,86%), частично контролируемое было у 100 (19,31%) и контролируемое наблюдалось лишь у 82 (15,83%) больных.

Современная концепция ведения пациентов с БА сводится к достижению контроля симптомов и контроля течения. Тем не менее, даже на этап санаторно-курортной реабилитации чаще направлялись больные с неконтролируемым течением БА. Отсутствие контроля проявлялось сохранением выраженных симптомов БА, невозможностью выполнения повседневных действий, нарушением сна из-за симптомов астмы, непереносимостью физических нагрузок. Все вышеперечисленное приводило к снижению КЖ больных БА. Выявлено снижение всех анализируемых показателей в сравнении с данными в популяции по опроснику SF-36. Статистически значимое снижение обнаружено по РФП, РЭП и ОЗ. Установлено, что при БА основным фактором влияющим на уровень КЖ больных, являются физические проблемы, т.е. неспособность пациентов переносить физическую нагрузку в рамках повседневной деятельности и ментальная сфера – РЭП (таблица 1).

Таблица 1 – Показатели качества жизни в популяции и у больных бронхиальной астмой в процесс санаторно-курортной реабилитации (по опроснику SF-36).

Параметры КЖ (в баллах)	Значения в популяции, (M±σ)	Больные БА до реабилитации, (M±σ)	Больные БА после реабилитации, (M±σ)
ФА	75,9±25,25	53,05±22,58	62,48±22,32***
РФП	59,7±40,92	27,40±38,07#	43,81±41,74***
Боль	65,9±29,07	56,88±23,20	68,24±20,09***
ЖС	54,5±21,19	51,80±14,94	62,54±14,47***
СА	71,6±24,84	60,35±25,79	72,70±23,17***
РЭП	60,7±40,36	39,07±41,49#	57,40±43,13***
ПЗ	58,6±18,82	54,62±19,88	66,80±17,97***
ОЗ	55,4±21,91	39,56±22,32#	44,53±12,37***

Примечания: # – достоверность различий между значениями в популяции и у больных БА до реабилитации, *** – достоверность различий между значениями до и после реабилитации.

Отсутствие контроля обусловлено зачастую необъективными причинами, к которым относится низкая приверженность рекомендациям, недоверие или неприятие назначенной терапии, нарушение техники использования доставочных устройств.

Во время проведения санаторно-курортной реабилитации формируется благоприятная атмосфера для образования пациентов, складываются доверительные отношения между врачом и пациентом, проводятся «Астма-школы», осуществляется непрерывный контроль за правильностью использования доставочных устройств.

В результате, после проведенного курса реабилитации состояние больных улучшилось, повысилась комплаентность пациентов и повысился уровень контроля заболевания. К выписке число больных с неконтролируемым течением БА сократилось до 103 (19,88%) больных, с частично контролируемым – повысилось до 249 (48,07%) и с контролируемым – до 166 (32,05%) больных.

Уменьшение выраженности обструктивного синдрома подтверждали и показатели опросников по контролю БА, которые статистически значимо изменились: АСТ повысился с $13,51 \pm 5,66$ до $18,59 \pm 4,78$ балла ($p=0,0001$) и АСQ снизился с $2,25 \pm 1,22$ до $1,25 \pm 0,87$ балла ($p=0,0001$), что свидетельствовало о положительных сдвиги в обоих опросниках

Изменился уровень КЖ больных БА. Все показатели опросника SF-36 статистически значимо увеличились после курса санаторно-курортной реабилитации (таблица 1), достигли уровня значений в популяции: Боль, СА, РЭП, а ЖС и ПС даже превысили средне-популяционные значения. Значительно ниже остались такие показатели, как ФА, РФП и ОЗ, что отличает больных БА.

Все домены опросника SF-36, касающиеся физического состояния человека, – это и ФА, и РФП, а также всех ощущений, связанных с болью, и общее здоровье – в целом объединены в показатель «физический компонент здоровья». У больных БА при поступлении на реабилитацию он составил $44,05 \pm 18,25$ балла. После окончания курса реабилитации уровень «физического компонента здоровья» повысился статистически значимо до $54,11 \pm 19,77$ балла ($p < 0,0001$).

Домены опросника SF-36, охватывающие психическое здоровье (ЖС, СА, РЭП и ПЗ), объединены понятием «психологический компонент здоровья». При поступлении на реабилитацию данный показатель был $51,43 \pm 20,23$ балла, после проведения реабилитации повысился на 24,5 % и достиг $64,03 \pm 20,73$ балла ($p < 0,0001$).

Оценка КЖ по специализированному опроснику AQLQ выявила аналогичную тенденцию. Тестирование AQLQ проводили при поступлении в клинику и после проведения курса медицинской реабилитации (таблица 2).

Таблица 2 – Показатели специфического качества жизни больных бронхиальной астмой в процессе реабилитации (опросник AQLQ)

Показатели КЖ (баллы)	До реабилитации (M±σ)	После реабилитации (M±σ)	Достоверность различий, p
Ограничение активности	$4,27 \pm 1,27$	$5,21 \pm 1,15$	$p < 0,001$
Симптомы астмы	$4,26 \pm 1,35$	$5,25 \pm 1,25$	$p < 0,001$
Эмоциональное состояние	$4,17 \pm 1,56$	$5,24 \pm 1,42$	$p < 0,001$
Влияние окружающей среды	$3,91 \pm 1,60$	$4,86 \pm 1,55$	$p < 0,001$
Общий показатель	$4,22 \pm 1,28$	$5,19 \pm 1,18$	$p < 0,001$

Установлено, что ограничение активности пациентов достоверно увеличивалось после проведенного лечения на 0,94 балла. Домен «симптомы» пациентов достоверно увеличивался после проведенной реабилитации. Так как данный показатель имеет обратное значение, то его увеличение говорило о меньшей выраженности симптомов астмы у пациентов. Значение показателя повысилось на 0,99 балла. Эмоциональное состояние пациентов достоверно улучшилось после проведенного лечения на 1,07 балла. Влияние окружающей среды отражало толерантность пациентов к агрессивному воздействию внешних факторов. Показатель достоверно увеличился после проведенной реабилитации на 0,95 балла. Общий показатель КЖ больных БА по опроснику AQLQ составил при поступлении на реабилитацию $4,22 \pm 1,28$ баллов. После проведения реабилитации достоверно повысился до $5,19 \pm 1,18$ баллов ($p < 0,001$), разница составила 0,97 балла.

Таким образом, все домены опросника КЖ AQLQ на фоне проведения санаторно-курортной реабилитации достоверно повысились в среднем на 20% и значительно превысили порог клинически значимой разницы. Это касается и выраженности симптомов астмы, которая достоверно снизилась, и степени повседневной активности пациентов, и влияния заболевания на эмоциональное состояние, и повышение толерантности больных к агрессивным факторам окружающей среды (табачный дым, резкие запахи, пыль).

Для объективной оценки эффективности санаторно-курортной медицинской реабилитации использовали набор функциональных доменов МКФ, в которые были включены показатели традиционного клинического и функционального обследования больных БА: выраженность и частота приступов удушья, выраженность одышки и чувства стеснения в груди, использование β2-агонистов короткого действия, характер перкуторного звука и характер дыхания, выраженность сухих и влажных хрипов в легких, частота и выраженность кашля, количество и вязкость мокроты, переносимость физической нагрузки и данные 6-минутного шагового теста, показатели функции внешнего дыхания по данным спирометрии.

При поступлении на реабилитацию значения доменов b4402, b4408, b450, b4550 и b4601 были повышены и говорили об умеренном нарушении функций с точки зрения МКФ. Домены b4301 и b4303 имели незначительное отклонение от нормального уровня.

После проведения курса санаторно-курортной медицинской реабилитации состояние пациентов в целом улучшилось, что выразилось в уменьшении выраженности клинических симптомов, улучшения общего самочувствия пациентов, повышении показателей функции внешнего дыхания, уменьшения активности остаточных явлений воспалительного процесса. Произшедшая положительная динамика в состоянии пациентов после проведения санаторно-курортной реабилитации подтверждалась статистически значимой динамикой функциональных доменов МКФ (таблица 3).

Таблица 3 – Динамика функциональных доменов МКФ в процессе санаторно-курортной медицинской реабилитации больных бронхиальной астмой.

Домены МКФ	При поступлении M±σ	При выписке M±σ	Значимость различий, p
b4301	0,17±0,33	0,13±0,30	0,0001
b4303	0,62±1,02	0,63±1,02	0,62
b4402	1,46±1,05	1,17±0,91	0,0001
b4408	1,03±0,55	0,48±0,36	0,0001
b450	1,35±0,95	0,61±0,54	0,0001
b4550	1,33±0,72	0,76±0,56	0,0001
b530	1,33±1,07	1,31±1,06	0,083
b4601	1,41±0,95	0,72±0,62	0,0001

Заключение. Критерии Международной классификации функционирования, нарушений жизнедеятельности и здоровья в сочетании с данными традиционного обследования пульмонологического больного в санаторно-курортных учреждениях могут быть использованы для документального обоснования оценки эффективности санаторно-курортной медицинской реабилитации.

Проведение санаторно-курортной реабилитации больных БА на курортах Южного берега Крыма оказывает комплексное биопсихосоциальное воздействие и позволяет значительно повысить контроль течения БА, а также оказывает существенное влияние на КЖ этих пациентов и проявляется значительным ростом как физического, так и психологического компонентов здоровья, что приводит к снижению агрессивного влияния окружающей среды и повышению общего уровня качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma. (GINA). Updated 2017 // <http://www.ginasthma.org>
2. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным заболеванием легких / ред. А. Г. Чучалин. – Москва: Атмосфера, 2004. – 256 с. [Kachestvo zhizni u bol'nyh bronhial'noj astmoj i hronicheskim obstruktivnym zabolevaniem legkih / red. A. G. Chuchalin. – Moskva: Atmosfera, 2004. – 256 s. (in Russ.)]
3. Ware, J. E. SF-36. Physical and mental health summary scales: A user's manual / J. E. Ware, M. Kosinski, S. D. Keller. – Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1994. – P. 23–38.
4. Оценка качества жизни у пациентов с обострением бронхиальной астмы / Ш. З. Загидулин, Е. С. Галимова, О. А. Суховская, Г. Ю. Ежова // Пульмонология. – 2013. – №1. – С. 49–53. [Ocenka kachestva zhizni u pacientov s obostreniem bronhial'noj astmy / Sh. Z. Zagidulin, E. S. Galimova, O. A. Suhovskaja, G. Ju. Ezhova // Pul'monologija. – 2013. – №1. – С. 49–53. (in Russ.)] <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2013-0-1-49-53>
5. Перельман Н.Л., Колосов В.П. Многолетняя динамика качества жизни, связанного со здоровьем, у больных бронхиальной астмой. Пульмонология. 2018; 28 (6): 708–714. [Perel'man N.L., Kolosov V.P. Mnogoletnjaja dinamika kachestva zhizni, svjazannogo so zdorov'em, u bol'nyh bronhial'noj astmoj. Pul'monologija. 2018; 28 (6): 708–714. (in Russ.)] <http://doi.org/10.18093/0869-0189-2018-28-6-708-714>.
6. Дудченко Л.Ш., Мизин В.И., Беляева С.Н. и др. Оценка эффективности санаторно-курортной медицинской реабилитации больных бронхиальной астмой с использованием международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2018.- 17(3). – С.133-140. [Dudchenko L.Sh., Mizin V.I., Belyaeva S.N. i dr. Otsenka effektivnosti sanatorno-kurortnoi meditsinskoj rehabilitatsii bol'nykh bronhial'noj astmoj s ispol'zovaniem mezhdunarodnoj klassifikatsii funktsionirovaniya, ogranichenii zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya. // Fizioterapiya, bal'neologiya i reabilitatsiya. 2018.- 17(3).- s. 133-140. (in Russ.)] <http://doi.org/10.18821/1681-3456-2018-17-3-133-140>.

ТРИДЦАТЬ ЛЕТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ АЭРОКРИОТЕРАПИИ В САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РОССИИ

Дорничев В.М., Баранов А.Ю., Баранов И.А., Охотникова А.А., Дорничев В.В.
ГБУЗ ЛО «Сертоловская городская больница»
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. В работе обобщен опыт клинического использования более чем 30- летний по лечению больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и других патологических состояний в условиях санаторно-курортной практики. Исследованы клинико-физиологические и лабораторные изменения под влиянием экстремальной аэрокриотерапии непосредственно после проведения процедур и ближайший ретроспективный период после выписки из санатория. Показано и обосновано возможность использования аэрокриотерапии у больных с различными заболеваниями в комплексной реабилитации

Цель. Оценить эффективность аэрокриотерапии в комплексной санаторно-курортной реабилитации у больных различного соматического профиля

Материалы и методы. Обследовано более 1000 больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистой патологии

Результаты. Показаны положительная динамика клинико-функциональных и лабораторно-инструментальных показателей в процессе использования аэрокриотерапии

Заключение. Рекомендовано применение данного метода в комплексе реабилитации больных

Ключевые слова: Криотерапия, функциональное состояние кардиореспираторной системы, иммунномодуляция, психометрия, криотермическое воздействие

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

В.М. Дорничев ГБУЗ ЛО «Сертоловская городская больница», адрес: ул. Ларина, 6, Сертолово, Ленинградская обл., 188650, телефон: 8 (812) 593-31-93

А.Ю. Баранов ГБУЗ ЛО «Сертоловская городская больница», адрес: ул. Ларина, 6, Сертолово, Ленинградская обл., 188650, телефон: 8 (812) 593-31-93

И. А. Баранов ГБУЗ ЛО «Сертоловская городская больница», адрес: ул. Ларина, 6, Сертолово, Ленинградская обл., 188650, телефон: 8 (812) 593-31-93

А.А. Охотникова ГБУЗ ЛО «Сертоловская городская больница», адрес: ул. Ларина, 6, Сертолово, Ленинградская обл., 188650, телефон: 8 (812) 593-31-93

В.В. Дорничев ГБУЗ ЛО «Сертоловская городская больница», адрес: ул. Ларина, 6, Сертолово, Ленинградская обл., 188650, телефон: 8 (812) 593-31-93

30 (THIRTY)-YEAR CLINICAL USAGE OF AEROCRYOTHERAPY IN SANATORIUM-RESORT REHABILITATION IN RUSSIA

Dornichev V.M., Baranov A.Y., Baranov I.A., Ohotnikova A.A., Dornichev V.V.
Sertolovskaya city hospital
St.Petersburg, Russia

Abstract

Background. The paper summarizes the experience of clinical use of more than 30 years for the treatment of patients with diseases of the cardiovascular system, musculoskeletal system and other pathological conditions in the conditions of Spa practice. Clinical-physiological and laboratory changes under the influence of extreme aerocryotherapy immediately after the procedures and the nearest retrospective period after discharge from the sanatorium were studied. The possibility of using aerocryotherapy in patients with various diseases in complex rehabilitation is shown and justified

Aim. To evaluate the effectiveness of aerocryotherapy in complex sanatorium rehabilitation of patients with various sobytijnogo profile

Materials and methods. More than 1000 patients with diseases of the musculoskeletal system and cardiovascular pathology were examined

Results. Positive dynamics of clinical-functional and laboratory-instrumental indicators in the process of using aerocryotherapy are shown

Conclusion.: It is recommended to use this method in the complex of rehabilitation of patients

Key words: Cryotherapy, functional state of the cardiorespiratory system, immunomodulation, psychometry, cryothermic effects

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

V.M.Dornichev, Sertolovskaya city hospital, address: 188650 Leningrad region, Sertolovo, Larina street, 6; phone number 8 (812) 593-31-93

A.Y.Baranov, Sertolovskaya city hospital, address: 188650 Leningrad region, Sertolovo, Larina street, 6; phone number 8 (812) 593-31-93

I.A. Baranov, Sertolovskaya city hospital, address: 188650 Leningrad region, Sertolovo, Larina street, 6; phone number 8 (812) 593-31-93

A.A. Ohotnikova, Sertolovskaya city hospital, address: 188650 Leningrad region, Sertolovo, Larina street, 6; phone number 8 (812) 593-31-93

V.V. Dornichev, Sertolovskaya city hospital, address: 188650 Leningrad region, Sertolovo, Larina street, 6; phone number 8 (812) 593-31-93

Введение. Более 30 лет с начала клинического применения оригинальных аппаратов для криотерапевтического воздействия российского производства (криосаун) в России.

В 1998 году клинический опыт использования whole-body cryotherapy (WBC) в Европе насчитывал более 15 лет Yamauchi T, Yamauchi Y et al. (1986), а в России только начала работать первая криосауна. Местом первого клинического применения WBC в Российской Федерации стал многопрофильный клинический санаторий «Северная Ривьера» (г. Зеленогорск).

Роль первооткрывателей всегда трудна, а в случае с внедрением общей криотерапии особенно. Практически полное отсутствие достоверной информации о безопасности криотерапии, в сочетании с богатейшим негативным опытом обморожения и простуд до предела затруднили осознание того, что криогенные температуры способны оказывать на организм позитивное действие. Народный метод «моржевание» вопреки ожиданиям не упрощает, а затрудняет распространение криотерапии. Ссылаясь на высокую теплоотводящую способность воды, многие физиотерапевты доказывают, что криотерапия не может превосходить «ледяные ванны» по эффективности.

Цель. Оценить эффективность аэрокриотерапии

Материалы и методы. Особую ценность появлению криосаун в санатории придает то, что на этой криотерапевтической установке были апробированы новые технические решения, которые потом стали основой серийной техники. В «Северной Ривьере» впервые была апробирована система дистанционной подачи азота из стационарной емкости в кабинет криотерапии. Таким образом, отработана схема централизованной доставки жидкого азота в камеру криотерапии. Опыт санатория «Северная Ривьера» нашел дальнейшее продолжение в санаториях Белоруссии и Российской Федерации. Сегодня санаторно-курортные учреждения являются безусловным лидером по объему оказываемых криотерапевтических услуг.

Это связано с тем, что универсальные возможности общей криотерапии идеально подходят для решения задач оздоровления и реабилитации, а санаторий - идеальное место для организации применения общей криотерапии.

Использование криосаун в санаториях позволяет добиться максимального оздоровительного результата при минимальных затратах времени и средств.

Процедура в криосауне - самый скоростной вид физиотерапии. Ни одна физиотерапевтическая процедура не может сравниться с общей криотерапией по быстротечности. Сам сеанс в криосауне длится не более 3-х минут плюс 2-4 минуты на раздевание-одевание. Итого 5-6 минут и пациент криосауны абсолютно свободен. Может придаваться любым другим видам отдыха или лечения. Для клиентов санатория, которые в большинстве своем нацелены на отдых, а не на лечение - криосауна представляется очень удобным методом оздоровления.

Общая криотерапия - универсальный метод оздоровительно-реабилитационного воздействия. Для санатория это качество особенно ценно, т. к. криосауна показана большинству отдыхающих.

Универсальность метода и минимальное число противопоказаний в сочетании с высокой пропускной способностью криосауны «КАЭКТ-01 «Крион» (15-20 чел в час) делает криотерапию высокорентабельной услугой.

Сегодня доказано, что общая криотерапия повышает качество жизни и усиливает позитивное действие других процедур. Общеизвестно, что после сеанса криосауны посетитель заметно «молодеет». Например, больные ревматоидным артритом получают возможность свободно ходить, поплавать или даже сыграть в волейбол. На 6-8 часов отступают все боли и недомогания, т.е. резко возрастает качество жизни и отдыха.

Мало того, после криосауны усиливается действие физиотерапевтических процедур и даже медикаментозной терапии. В санатории криосауну можно посетить до 3-х раз в день. При такой интенсивности использования криотерапии организм круглые сутки находится под лечебным действием криостимуляции. Благодаря этому инвалид 1-2 группы целый день может двигаться без посторонней помощи

и приспособлений. Но, самое главное, при интенсивной криотерапии быстрее развиваются и закрепляются позитивные сдвиги в организме.

Санатории идеально подходит для организации многоразового посещения криосауны, т.к. отдыхающий всегда находится поблизости от криотерапевтической установки.

Список клинически доказанных показаний к применению ОКВ превысил 20 патологий и продолжает непрерывно сокращаться, в том числе и за счет перевода части заболеваний в число показаний к применению ОКВ. С 2000 года по 2016 в список показаний ОКВ «переместились» гипертония, сахарный диабет, перенесенный инсульт и инфаркт миокарда.

За период с 1998 по 2020 г Россия преодолела отставание от стран Западной Европы в области WBC технологий. Более того Российская Федерация стала мировым лидером в производстве одноместных аппаратов для WBC. Выпущено более 900 одноместных криосаун «КЭКТ-01 «КРИОН», которые обеспечили доступность процедур WBC по всей стране Baranov A.Yu. (2016).

Высокий темп развития техники и технологии WBC в Российской Федерации обеспечен за счет всестороннего анализа физических процессов во время процедуры. На основе этого анализа сформулирована физическая теория WBC, на основе которой разработаны условия безопасности и эффективности криотерапевтических процедур Shiman AG, Kiryanov et al. (2001). Отличительной чертой российской школы WBC стало использование для проведения процедур преимущественно одноместных аппаратов местного производства. Аппараты этого типа составляют 90% парка WBC установок Российской Федерации. Одноместные криосауны сравнительно дешевы, просты в эксплуатации, компактны и безопасны. Важным преимуществом этих аппаратов является низкое потребление электроэнергии, которое позволяет размещать криосауны в любых помещениях. Низкое потребление электроэнергии основана на том, что одноместные криосауны используют для охлаждения кабины пациента жидкий азот. Жидкий азот позволяет охлаждать зону WBC за счет энергии потраченной при его производстве. На получение 1 кг жидкого азота расходуется не менее 1,2 кВт·час электроэнергии. Расход жидкого азота в одноместных WBC аппаратах составляет 4,5 кг на одну процедуру Baranov A.Yu. (2016). Нетрудно подсчитать, что в случае отказа от азотного охлаждения, для одноместной криосауны потребовалась бы холодильная установка с мощностью электропривода не менее 100 кВт. Холодильные машины с такой мощностью громоздки и дороги. Из-за этого отказ от использования жидкого азота в одноместных установках в ближайшие годы маловероятен. Азотное охлаждение зоны WBC позволяет изготавливать мобильные аппараты, которые сопровождают спортивные команды во время крупных соревнований. Криосауны с азотным охлаждением использовались на велогонках «Тур де Франс» 2011 г., на Универсиаде в Казани и Всемирных играх боевых искусств в 2013 г., на зимней Олимпиаде в Сочи и летних Азиатские играх в г. Инчхон, Республика Корея, в 2014 г. На чемпионате мира по футболу сборные Англии и Японии арендовали российские одноместные установки.

Тридцать лет производства и клинического применения одноместных аппаратов для WBC принципиально изменили представления специалистов о возможностях криогенного лечения.

Развитие техники и технологии WBC в России

Основой российских разработок в области техники и технологии WBC являются работы автора метода Т. Ямаучи Yamauchi Y., Yamauchi T. et al., 1987. Доступная информация о возможностях метода WBC и технологии проведения процедур, была критически изучена инициативной группой российских ученых. Эта группа была создана в 1986 году в Ленинграде и состояла из специалистов в области криогенной техники (Университет ИТМО) и медиков (СЗГМУ им. И.И. Мечникова). Участники группы поставили перед собой задачу – создать российскую установку для WBC. Медицинские специалисты высказали сомнение в эффективности лечения группами. Это мнение поддержали специалисты в области криогенной техники, так как многоместные японские установки требовали больших затрат при производстве и эксплуатации. Коллективное решение начать разработку одноместной установки для WBC заложило основы российского направления криогенной физиотерапии.

В основу методики индивидуального whole-body cryotherapy (IWBC) были положены рекомендации Т. Ямаучи Yamauchi Y., Yamauchi T. et al., 1987 по выбору температуры криогенного газа и продолжительности процедуры. Температура воздуха контактирующего с кожей пациентов в японских установках составляла -175 оС, а продолжительность процедур 180 с. Эти требования были сформулированы в техническом задании на проектирование опытной установки для IWBC.

Техника и технология IWBC

Опытная установка для IWBC была испытана Университете ИТМО в мае 1987 года, а в 1988 году на кафедре реабилитации и спортивной медицины СПб МАПО. Анализ результатов испытаний опытной установки позволил определить возможные направления усовершенствования конструкции кабины пациента и технологии ее охлаждения.

Отечественный парк криотерапевтического оборудования на 98 % укомплектован индивидуальными криосаунами, которые принципиально и существенно отличаются от зарубежных аналогов, т.к. обеспечивают реализацию современной персонализированной технологии ОКТ.

Сегодня, когда психофизика криотерапии описана и признана, можно утверждать, что метод ОКТ занимает некое промежуточное место между физио - и нейро-психорегуляторной терапией. Процедуры основаны на дозированном переохлаждении зоны залегания кожных рецепторов до субтерминальных (-2С) температур, т.е. проводится как физиотерапия. Но, лечебный эффект ОКВ связан не столько с самим физическим воздействием, сколько с реакцией ЦНС на интегральный сигнал пороговых холодовых сенсоров. Позитивный результат достигается за счет воздействия на психику человека. В пользу предположения о междисциплинарном положении ОКТ говорит неспецифический характер позитивного действия этой процедуры. Об этом свидетельствует также неспецифический характер общесамочувственного действия. КТВ по одинаковой схеме используют для лечения полярных состояний: иммунодефицита и аллергии. ОКТ создает условия для нормализации гормонального фона при климаксе и бесплодии и т.д. и т.п. Физический фактор переохлаждения поверхности тела выступает в качестве катализатора процесса иммуномодуляции и адаптации. Реакция организма на ОКВ непропорциональна потере теплоты. Если считать криотерапию психотерапевтической процедурой, часть противопоказаний основанных на опыте физиотерапевтического лечения отпадает автоматически.

Потеря теплоты за одну процедуру не более 150 ккал, что соответствует средним тепловыделениям за 1 час. Многолетняя практика применения ОКТ изменила представления врачей о механизме действия криогенных температур и список противопоказаний, постепенно стали появляться работы, посвященные распространению криотерапии в «запретные» области. Клиницистов двигал в этом направлении здравый смысл в сочетании с желанием использовать мощный иммуномодулирующий эффект КТВ. Первым было поставлено под сомнение ограничение на применение ОКТ для онкологических больных. В свете междисциплинарной трактовки криотерапии такой подход представляется оправданным. КТВ воздействует на тело не энергетически, а информационно, поэтому опасения связанные с опытом применения в онкологии традиционной физиотерапии, в этом случае не оправданы.

Первопроходцем в применении ОКТ для лечения и профилактически онкологических заболеваний стал д.м.н Коченов В.И., который еще в 2002 г отметил, что иммуно-моделирующие и антиоксидантное действие КТВ, являются основой использования этого метода в онкологии. Криотерапия стала хорошим дополнением к традиционным методам, так как обеспечивает немедикаментозное обезболевание, компенсирует негативное влияние на организм химической и лучевой терапии.

Следующим направлением использования криотерапии вопреки противопоказаниям стали заболевания сердечно-сосудистой системы, где ОКТ используют как средство профилактики и реабилитации. Подобная практика была описана в докторской диссертации Д.Н. Елисеева, где проанализирована возможность использования ОКТ для лечения гипертонической болезни, ИБС и ХСН I - II степени.

Опыт применения ОКТ значительно сократил список ее противопоказаний. Это следует рассматривать не как конечный результат, а как тенденцию развития метода.

Это признают авторы первых практических рекомендаций по проведению ОКТ. В своем докладе на конференции «Криотерапия в России 2009», В. В. Кирьянова высказала мнение о том что: «Постепенно меняются взгляды физиотерапевтов на список противопоказаний общей криотерапии. Сегодня, очевидно, что эта процедура безусловно показана в период реабилитации. Онкология тоже постепенно переходит из безусловных противопоказаний в относительные. Все больше публикаций об успешном применении криотерапии в онкологии. Представляется спорным присутствие в списке безусловных противопоказаний туберкулеза легких, исходя из иммуно модулирующего действия общей криотерапии, можно ожидать позитивных результатов и в области фтизиатрии».

Ярчайшим примером подобного подхода является ситуация с использованием ОКТ при лечении сахарного диабета. На конференции 2009 г. эта, ранее никогда не упоминавшаяся в контексте ОКТ, тематика была представлена сразу двумя докладами. Причем в докладе М. Л. Асланова описаны результаты лечения диабета еще в 2004 г.

Таким образом, успешная практика лечения сахарного диабета (СД) существует более 5 лет, но информация об этом практически не распространяется. И это притом, что в результате криотерапевтического лечения пациенты, страдающие СД в течение нескольких лет обходятся без инъекций инсулина.

Одним из примеров такой позиции специалистов является отношение к ОКТ ревматологов. Процедура, которая была разработана для лечения ревматоидного артрита, ревматологами России не востребована. В Санкт-Петербурге ревматологи запрещают (!) пациентам пользоваться криосаунами. Некомпетентность рядовых ревматологов следствие того, что научные работники в области ревматологии не занимаются ОКТ в

принципе. Из 200 криосаун России ни одна не используется в специализированных ревматологических учреждениях. Нет криосауны ни в НИИ Ревматологии, ни в ревматологическом центре Санкт Петербурга. За 10 лет практики ОКТ по тематике ревматоидного артрита был сделан 1 доклад, да и тот составлен не российскими, а белорусскими ревматологами. Коллеги из Минска предложили очень современный взгляд на эффективность ОКТ при лечении ревматоидного артрита, т. к. наряду с традиционными характеристиками продолжительность анальгетического действия, улучшение двигательной активности, снижение величины СОЭ ввели в рассмотрение экономические результаты применения ОКТ. По их данным при переходе на лечение с помощью КТВ продолжительность ремиссии возрастает в 2,5 раза с 4,4 до 10,4 месяцев, а продолжительность временной нетрудоспособности пациента сокращается в 2,4 раза с 88 до 38 дней. Если российским ревматологам не достаточно гуманитарных преимуществ ОКТ, то может быть ее экономическая эффективность станет достаточным стимулом, для того чтобы преодолеть сложившееся положение дел.

В этих условиях подбор материала для квалификационной работы, кандидатской и докторской диссертации, это единственный способ формирования методик лечебного применения ОКТ при различных патологиях.

Не следует драматизировать положение соискателя, который возьмется за исследование эффективности ОКТ в любой новой нозологии. Да исследования придется вести в инициативном порядке, но недостаток финансирования легко покроют два очевидных преимущества выполнения квалификационных работ в данной области. Во - первых, любая работа будет восприниматься как пионерская, что упрощает обоснование научной новизны и создает фундамент для дальнейшего развития тематики. Во вторых, все работы по ОКТ безусловно успешны, так как методика КТВ специфики не имеет, а оптимизация работы иммунной системы в сочетании с нормализацией гормонального фона и обменных процессов обеспечивают позитивный результат при любой патологии. Значит, дело только в наборе материала и его обработке, при наличии квалифицированного руководителя эти вопросы легко решаются.

Главной причиной полного доминирования комплекса «КАЭКТ 01 «Крион» в диссертационных работах является то, что он значительно превосходит альтернативные криотерапевтические системы по физиотерапевтической эффективности.

Рассмотрим частные вопросы применения криотерапии при отдельных нозологических формах заболевания. Например: При начальных формах ИБС и гипертонической болезни нами было обследовано 164 больных.

Этими заболеваниями в возрасте от 38 до 64 лет, которые поступили на реабилитационное отделение после приступов нестабильной стенокардии и кризисного течения артериальной гипертонии (гипертонический криз) общепринятую терапию заболевания получали все больные. У большинства пациентов имела место сопутствующая патология или осложнения основного заболевания. Все пациенты получали терапию по поводу сопутствующих заболеваний и осложнений в соответствии с рекомендациями специалистов, но их ведущие симптомы были обусловлены основными заболеваниями.

Исследования по плану работы у больных ИБС и ГБ проводились в динамике. Регистрировались показатели в исходном состоянии (при обращении за помощью) и на момент окончания лечения. Для оценки стойкости ремиссии пациенты обследовались повторно через 1 месяц, а в ряде случаев - через 3 с момента окончания лечения.

Оценку самочувствия, активности, настроения проводили с использованием методики САН (Доскин В.А. и др., 1973). Реактивную и личностную тревожность оценивали по опросникам Спилбергера-Ханина (1991). Для оценки «глубины астенического состояния» применяли вопросник Л.Д. Малковой (1992). Измеряли систолическое и диастолическое артериальное давление (САД, ДАД), рассчитывали пульсовое (ПД) и среднединамическое (СДД) давление (Загрядский В.П. и др., 1991). Частоту сердечных сокращений (ЧСС) определяли при помощи пульсоксиметра или при анализе электрокардиограмм, ритмокардиограмм, реограмм.

В качестве дополнительных показателей рассматривали (Загрядский В.П. и др., 1991): показатель внешней работы сердца (ВРС) и общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС).

Реоэнцефалограмму (РЕГ) регистрировали во фронтотастоидальных отведениях, реовазограмму конечностей (РВГ) - с левого бедра. Состояние микроциркуляции оценивали с использованием лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Для оценки состояния вегетативной регуляции функций была использована методика ритмокардиографии (РКГ).

Регистрация биоэлектрической активности мозга осуществлялась в стандартных условиях в 8 униполярных отведениях по Юнгу (Зенков Л.Р., Ронкин М.А., 2001) на электроэнцефалографическом блоке полиграфа.

Общий осмотр и исследование соматического состояния больных проводилось по общепринятой методике, используемой в клинике внутренних болезней. Кроме этого, были разработаны специальные анкеты жалоб, где их выраженность оценивалась по 5-балльной шкале (от 0 до 4).

Выполнялись: электрокардиография (ЭКГ) по стандартной методике; холтеровское мониторирование; эхокардиография с морфометрией желудочков и предсердий; доплерография кровотока через митральное отверстие; отбор крови из вены для биохимических, гормональных и иммунологических исследований.

Эхокардиографическое исследование и доплерэхокардиографию выполняли на эхокамере «Aloka SSD-630» (Япония).

Исследование толерантности к физическим нагрузкам по результатам стандартной ступенчатой велоэргометрической пробы (мощность нагрузки на каждой «ступени» 50 Вт, продолжительность работы на каждой «ступени» 3 мин), использующейся в клинике для выявления скрытой коронарной недостаточности.

Для оценки динамики умственной работоспособности использовали 8-минутный тест арифметического счета (АС) по методике Н.И.Саповой (1981).

Как показал анализ субъективного состояния испытуемых, их ощущения во время криотермического воздействия в выбранном режиме распределялись следующим образом: 90 % отмечали зябкость, появившуюся на 1-2-й мин процедуры, и сохранявшуюся в течение 5 мин после ее окончания; 35 % отмечали появление озноба с возникновением холодовой мышечной дрожи длительностью 3-5 мин после прекращения сеанса. Через 1-8 мин после окончания процедуры 100% добровольцев испытывали ощущение тепла и «прилива крови» к коже длительностью до 1 часа.

Исследования показателей системной гемодинамики показали, что первые сеансы криотермических воздействий, сопровождались выраженными реакциями, преимущественно гиперкинетического типа. Так, во время первого воздействия отмечен прирост САД (в среднем на

15% по сравнению с фоновыми значениями), ПД (в среднем на 43%), ЧСС (на 20%), УИ и СИ (на 25 и 67%, соответственно), а также показателя ВРС (в среднем на 25%).

Однако одновременно с этим выявлено существенное снижение ДАД (в среднем на 12,5%) и ОПСС (на треть по сравнению с фоном), что обусловило относительно невысокий прирост СДД. Следовательно, сдвиги гемодинамики в ответ на криовоздействие были направлены на увеличение объема кровообращения, что является типичным для стрессреакции.

В посткриотермическом периоде для большинства показателей кровообращения были отмечены противоположные по знаку реакции по сравнению с периодом гипотермии, а значения САД и СДД, оказались статистически значимо ниже, чем перед началом сеансов. Такая выраженная компенсаторная реакция кровообращения, по всей видимости, является своеобразным продолжением стресс-синдрома, развивавшегося у испытуемых непосредственно в период криовоздействия.

Реактивность показателя как непосредственно на криовоздействие, так и после его прекращения по мере продолжения курса тренировки постепенно снижалась. Кроме этого, отмечалось постепенное снижение СДД, регистрируемого перед началом ежедневных сеансов. Этот важный, на наш взгляд, факт свидетельствует о развитии в организме испытуемых тенденций к оптимизации функционирования системы кровообращения. Свидетельства данному феномену получены и при анализе динамики других показателей кровообращения. Так, средняя величина ДАД в термокомфортных условиях в результате тренировок снизилась в среднем на 10%, ЧСС – на 8,6%. Параллельно с этим отмечен достоверный прирост ПД (в среднем на 13,6%) и УИ (на 7,9%). Результаты исследования показателей мозгового и периферического кровотока показали, что их реактивность существенно менялась в различные периоды тренировочного цикла.

Во время первых сеансов периферический кровоток снижался в среднем на 37-40%. «Противовесом» резкой редуции периферического кровотока явился выраженный прирост мозгового кровообращения (примерно на 40% от термокомфортного уровня). К 5-му сеансу и далее на протяжении тренировки выраженность этих разнонаправленных изменений кровотока уменьшалась.

Как показал анализ показателей ритмокардиографии, начальные сеансы тренировки к криотермии сопровождалась выраженной симпатикотонией, о чем свидетельствовало достоверное, почти двукратное увеличение индекса напряжения (ИН). Однако полученные нами на последующих этапах курса тренировок данные показали, что уже к 5-му сеансу цикла отмечалось достоверное снижение реактивности всех изученных параметров РКГ после гипотермии, что приводило к значимой редуции ИН. Кроме этого, к окончанию тренировок отмечалась тенденция к постепенному снижению ИН в термокомфортных условиях (до сеансов), так что перед 7-м сеансом значения ИН были в среднем в двое ниже, чем перед его началом.

Циклические криовоздействия сопровождалась также характерными изменениями гематологических параметров (Ранние сеансы криотермии сопровождалась высоко достоверным увеличением концентрации кортизола в крови при параллельном приросте уровня инсулина. Повторное исследование, проведенное

после окончания курса криотермии, показало наличие снижения реактивности механизмов гуморальной регуляции.

На наш взгляд, данный факт свидетельствует о развитии ранних адаптивных сдвигов в организме в результате циклических криовоздействий. По мнению авторитетных исследователей в области изучения механизмов стресса и адаптации (Селье Г., 1961; Сапов И.А. и др., 1984; Медведев В.И., 2003), подобная динамика показателей гуморальной регуляции функций может служить надежным критерием успешности адаптации и акклиматизации к любому фактору среды.

При первом криотермическом воздействии было отмечено достоверное увеличение концентрации глюкозы в крови (в среднем на 10% по сравнению с исходным уровнем) при одновременном снижении концентрации лактата и пирувата. Повторное исследование показало, что при меньшем, чем во время первого воздействия, приросте уровня глюкозы в крови, отмечалась более выраженное снижение содержания недоокисленных продуктов углеводного обмена, что может свидетельствовать о снижении выраженности «стресс-синдрома» и о существенной оптимизации углеводного обмена и метаболизма вообще.

Свидетельством компенсаторной перестройки белкового метаболизма явилась тенденция к снижению содержания в циркулирующей крови общего белка, а также нарастание продуктов

белкового катаболизма. Характерным для экстремальной холодовой нагрузки оказалось

достоверное уменьшение концентрации триглицеридов в циркулирующей крови, углубляющееся в процессе цикла тренировок, что, по всей видимости, является следствием выраженной активации жирового катаболизма, направленной на повышение теплопродукции.

Анализ состояния гуморального иммунитета показал, что во время начальных сеансов криотермии наблюдалось достоверное увеличение концентраций иммуноглобулинов (А и G) и уровня ЦИК. При повторном исследовании отмечено снижение реактивности этих показателей, что, по всей видимости, является отражением совершенствования механизмов резистентности организма.

При первом холодном воздействии отмечалась устойчивая тенденция к увеличению содержания продуктов ПОЛ, судя по концентрации малонового диальдегида, являясь, по всей видимости, проявлением катаболического эффекта холодного воздействия. При этом уровень супероксиддисмутазы и церулоплазмينا плазмы, отражающих компенсаторную активность АОС, достоверно возрастал (в среднем на 15 и 11%, соответственно). Повторное исследование показало, что имело место, во-первых, достоверное снижение активности ПОЛ и АОС в термокомфортных условиях; во-вторых, - снижение их реактивности в ответ на криотермию.

Результаты исследования: Таким образом, использование в составе комплексной терапии больных нетяжелыми формами ГБ цикла криотерапии приводит к существенному повышению успешности лечения. Кроме этого, использование криотерапии дает возможность ожидать как непосредственных, так и отсроченных приспособительных изменений в организме ГБ, что придает особую ценность данному методу немедикаментозного общего воздействия.

Таким образом, в основе непосредственных эффектов криотермических воздействий (2-3 мин нахождения человека в условиях температуры -140 – 160 град С) лежат неспецифические компенсаторные реакции, развивающиеся в посткриотермическом периоде. К ним относятся: выраженный анальгизирующий эффект, интенсификация микроциркуляции (более чем в 1,5 раза), нормализация нейрогуморальной регуляции и иммунномодуляции защитных сил организма.

В результате развития адаптивных, долговременных сдвигов в организме отмечалась оптимизация регуляции вегетативно-эндокринных функций, обменных процессов, про- и антиоксидантных механизмов, расширение функциональных резервов организма, умственной и физической работоспособности. У этих больных отмечено значительное удлинение периода ремиссии заболевания, что детерминирует целесообразность включения курсов криотерапии комплексное лечение больных с сердечно -сосудистой патологией.

Заключение. Таким образом, использование в составе комплексной терапии больных нетяжелыми формами ГБ цикла криотерапии приводит к существенному повышению успешности лечения. Кроме этого, использование криотерапии дает возможность ожидать как непосредственных, так и отсроченных приспособительных изменений в организме ГБ, что придает особую ценность данному методу немедикаментозного общего воздействия.

Таким образом, в основе непосредственных эффектов криотермических воздействий (2-3 мин нахождения человека в условиях температуры -140 – 160 град С) лежат неспецифические компенсаторные реакции, развивающиеся в посткриотермическом периоде. К ним относятся: выраженный анальгизирующий эффект, интенсификация микроциркуляции (более чем в 1,5 раза), нормализация нейрогуморальной регуляции и иммунномодуляции защитных сил организма.

В результате развития адаптивных, долговременных сдвигов в организме отмечалась оптимизация регуляции вегетативно-эндокринных функций, обменных процессов, про- и антиоксидантных механизмов, расширение функциональных резервов организма, умственной и физической работоспособности. У этих больных отмечено значительное удлинение периода ремиссии заболевания, что детерминирует целесообразность включения курсов криотерапии комплексное лечение больных с сердечно-сосудистой патологией.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Елисеев Д. Н. Факторы физической природы в комплексном лечении больных ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью. Автореф. на соискание ст. д.м.н. 2007 г. [Eliseev D. N. Faktory fizicheskoi prirody v kompleksnom lechenii bol'nykh ishemicheskoi bolezniyu serdtsa i gipertonicheskoi bolezniyu. Avtoref. na soiskanie st. d.m.n. 2007 (In Russ.)]
2. Галанова С. К. Клинико- физиологические эффекты общей аэрокриотерапии при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга у ветеранов современных военных конфликтов. Автореф. кандидат. дисс. СПб 2009 г. [Galanova S. K. Kliniko- fiziologicheskie efekty obshchei aerokrioterapii pri nachal'nykh proyavleniyakh nedostatochnosti krovosnabzheniya mozga u veteranov sovremennykh voennykh konfliktov. Avtoref. kandidat. diss. SPb 2009 (In Russ.)]
3. Кужеливский И. И. Лечение переломов длинных трубчатых костей у детей с использованием локального криовоздействия. Автореф. к.м.н. Омск 2010 [Kuzhelivskii I. I. Lechechenie perelomov dlennykh trubchatykh kostei u detei s ispol'zovaniem lokal'nogo kriovozdeistviya. Avtoref. k.m.n. Omsk 2010 (In Russ.)]
4. Шиман А. Г. Кирьянова В. В. Максимов А. В. Баранов А. Ю.. Клинико- физиологические аспекты применения криотерапии. Вестник СПб Гос. Мед. Академии им. И.И. Мечникова 2001. N 27 [Shiman A. G. Kir'yanova V. V. Maksimov A. V. Baranov A. Yu.. Kliniko- fiziologicheskie aspekty primeneniya krioterapii. Vestnik SPb Gos. Med. Akademii im. I.I. Mechnikova 2001. N 27 (In Russ.)]
5. Баранов А.Ю. Развитие техники и технологии криотерапии в России..III Международная научно-практическая конференция С П б 2010 г. [Baranov A.Yu. Razvitie tekhniki i tekhnologii krioterapii v Rossii..III Mezhdunarodnaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya S P b 2010 (In Russ.)]
6. Материалы X научно-практической коференции «Криотерапия в России» 2017 [Materialy Kh nauchno-prakticheskoi koferentsii "Krioterapiya v Rossii" 2017 (In Russ.)]
7. Joch W. Frike R., Ucker S. Der Eintflus von Kalte auf die Sportishe Leistung. 2002. S. 11-15
8. Usken S.Joch W. Der Einfluss von Kalte auf Herzguenzvariabilitat. Osterreichises Jornal fur Sportmedizin 33(2) 2003 S 14-16.

РАЗДЕЛ 5 АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ И ОРТЕЗИРОВАНИЯ SECTION 5 ASSISTANT TECHNOLOGIES. INNOVATIVE TECHNOLOGIES OF PROSTHETICS AND ORTHOTICS

УДК 612.83:616-001-052/-059:615.47

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К УДОВЛЕТВОРЕНИЮ ПОТРЕБНОСТИ ИНВАЛИДОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА В СПЕЦИАЛЬНОМ ТЕХНИЧЕСКОМ СРЕДСТВЕ ДЛЯ ПЕРЕДВИЖЕНИЯ (КРЕСЛЕ-КОЛЯСКЕ)

Хохлова О.И., Васильченко Е.М., Денисова Я.А.

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

Аннотация

Введение. Мобильность с помощью правильно подобранной инвалидной кресло-коляски для лиц с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) является определяющим фактором успешного участия во многих аспектах жизни, от поддержания личной гигиены до вовлечения в социальную деятельность.

Цель. Обоснование и разработка индивидуального подхода к удовлетворению потребности инвалида с травматической болезнью спинного мозга в специальном техническом средстве для передвижения (кресло-коляске).

Материалы и методы. Использованы данные обследования 1596 инвалидов с ТБСМ (1231 мужчин, 365 женщин; средний возраст $37 \pm 0,3$ г.): 38,3 % с повреждениями шейного отдела позвоночника, 50,6 % – грудного, 11,1 % – поясничного. Проблемы с мобильностью и с самообслуживанием оценивали с помощью категорий МКФ d450 (ходьба), d465 (передвижение с использованием технических средств), d510 (мытьё), d520 (уход за частями тела), d530 (гигиенические мероприятия при физиологических отправлениях), d540 (одевание), d550 (прием пищи), d560 (питьё). В качестве оценочного инструмента использовали Измеритель независимости при повреждениях спинного мозга SCIM-III с последующей трансформацией результатов в формат определителя МКФ. Проанализированы публикации, посвященные факторам, которые необходимо учитывать при подборе инвалидной коляски, доступные русскоязычные сайты производителей и продавцов кресел-колясок, содержащие информацию о технических характеристиках данных устройств.

Результаты. Установлено, что 91,8 % лиц с ТБСМ нуждаются в инвалидной коляске, 46,1 % испытывают серьезные затруднения при передвижении с использованием технических средств. Почти половина обследованных имели проблемы с самообслуживанием, выраженность которых коррелировала со степенью нарушений мобильности с помощью кресла-коляски. Показано, что адекватный индивидуальный подбор кресла-коляски – достаточно сложная задача. Автоматизация данного процесса, основанная на алгоритме, учитывающем физические параметры инвалида, степень самообслуживания, повседневной активности и факторов окружающей среды, позволяет в некоторой степени ее решить.

Заключение. Индивидуальный подбор кресла-коляски с помощью автоматизированной программы может помочь повысить уровень мобильности инвалида и степень его активности и участия.

Ключевые слова: *травматическая болезнь спинного мозга, мобильность, самообслуживание, технические средства реабилитации, инвалидная кресло-коляска, индивидуальный подбор кресла-коляски.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Хохлова Ольга Ивановна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России, <https://orcid.org/0000-0003-3069-5686>, Адрес: 654055, Кемеровская область, г. Новокузнецк, ул. Малая, 7. Тел.: (3843) 36-91-26; e-mail: root@reabil-nk.ru

Васильченко Елена Михайловна – кандидат медицинских наук, генеральный директор ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России, Адрес: 654055, Кемеровская область, г. Новокузнецк, ул. Малая, 7. Тел. (3843) 36-94-94, 36-91-26; e-mail: root@reabil-nk.ru

Денисова Яна Анатольевна – ученый секретарь ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России, Адрес: 654055, Кемеровская область, г. Новокузнецк, ул. Малая, 7. Тел.: (3843) 36-91-26; e-mail: root@reabil-nk.ru

PERSONALIZED APPROACH TO MEETING THE NEEDS OF DISABLED PEOPLE WITH TRAUMATIC SPINAL CORD INJURY IN A SPECIAL TECHNICAL MEANS OF TRANSPORTATION (WHEELCHAIR)

Khokhlova O.I., Vasilchenko E.M., Denisova Ya.A.

Federal State Budgetary Institution “Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons”, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Novokuznetsk, Russian Federation

Abstract

Background. Mobility with the right wheelchair for people with traumatic spinal cord disease (TSCI) is a determining factor for successful participation in many aspects of life, from maintaining personal hygiene to engaging in social activities.

Aim. rationalization and development of an individual approach to meeting the needs of a disabled person with traumatic spinal cord injury in a special technical means of transportation (wheelchair).

Materials and methods. Data from a survey of 1596 disabled people with TSCI (1231 men, 365 women; average age 37 ± 0.3 yrs) were used: 38.3 % with injuries to the cervical spine, 50.6 % – thoracic, 11.1 % – lumbar. Problems with mobility and self-care were assessed using the ICF categories d450 (walking), d465 (moving around using equipment), d510 (washing oneself), d520 (caring for body parts), d530 (toileting), d540 (dressing), d550 (eating), d560 (drinking). As an evaluation tool, we used the Spinal Cord Independence Measure SCIM-III with subsequent transformation of the results into the format of the ICF determinant. We analyzed publications on the factors that must

be considered when selecting a wheelchair, as well as available Russian-language websites of wheelchair manufacturers and sellers that contain information about the technical characteristics of these devices.

Results. It was found that 91.8 % of people with TSCI need a wheelchair, 46.1 % experience serious difficulties when moving using assistive devices and technologies. Almost half of the respondents had problems with self-care, the severity of which correlated with the degree of mobility disorders using a wheelchair. It is shown that an adequate individual selection of a wheelchair is a rather difficult task. Automation of this process, based on an algorithm that considers the physical parameters of the disabled person, the degree of self-care, daily activity and environmental factors, allows you to solve it to some extent.

Conclusion. Individual selection of a wheelchair using an automated program can help increase the level of mobility of the disabled person and the degree of their activity and participation.

Key words: *traumatic spinal cord injury, mobility, self-care, rehabilitation equipment, wheelchair, individual wheelchair selection.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Khokhlova Olga Ivanovna, PhD, leading research scientist at the Department of Medical, Social and Vocational Rehabilitation, <https://orcid.org/0000-0003-3069-5686>

Vasilchenko Elena Mikhaylovna, PhD., General Director

Denisova Ya.A., Scientific Secretary; Federal State Budgetary Institution “Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons”, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, 654055, Malaya street, 7, Novokuznetsk, Kemerovo region, Russian Federation
Tel: (8-3843) 36-91-26, 36-94-94

Введение. Для многих людей с ограниченными возможностями доступ к вспомогательным технологиям, таким как инвалидные кресла-коляски, был определен как фактор, способствующий полному осуществлению прав человека [1]. Многочисленные исследования в странах с высоким уровнем дохода показали, что доступ к инвалидным коляскам является жизненно важным компонентом реабилитации и определяющим фактором успешного участия в жизни общества и занятости [2]. Однако, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), только треть из 65 миллионов людей в мире, которые нуждаются в инвалидной коляске, имеет соответствующую, отвечающую их потребностям [3]. Неправильное предоставление, не соответствующее потребностям пользователя, инвалидных колясок влияет на жизнь, безопасность, здоровье и другие основные права людей с ограниченными возможностями, приводит к недоиспользованию или отказу от использования [2]. Достижение надлежащего предоставления инвалидных колясок на национальном уровне является сложным процессом, требующим регулирования, финансирования и политики, разработанной правительствами [4]. В разных странах, в зависимости от уровня дохода, ситуация с предоставлением данного вида технического средства реабилитации (ТСР) различна. В Российской Федерации право на бесплатное обеспечение ТСР (в том числе креслом-коляской) закреплено законодательно, рядом нормативно-правовых документов определены перечень ТСР, сроки их использования, медицинские показания и противопоказания. Однако при этом не регламентированы немедицинские факторы, которые имеют большое значение при выборе ТСР, и кресла-коляски в частности [5]. Лица с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) – одна из наиболее тяжелых категорий инвалидов, нуждающихся в различных ТСР. При этом жизненно важным компонентом реабилитации и определяющим фактором успешного участия во многих аспектах жизни, от поддержания личной гигиены до вовлечения в социальную деятельность данного контингента является оптимальная мобильность, в том числе с помощью адекватно подобранного специального технического средства для передвижения – кресла-коляски [6].

Цель. Обоснование и разработка индивидуального подхода к удовлетворению потребности инвалида с травматической болезнью спинного мозга в специальном техническом средстве для передвижения (кресла-коляске).

Материалы и методы. Были проанализированы сведения, содержащиеся в локальных базах данных ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России: «Госпитализация пациентов с ТБСМ», «Оценка категорий МКФ у пациентов с ТБСМ», о 1596 пациентах с ТБСМ (1231 мужчин, 365 женщин), проходивших курсы реабилитации в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период с января 2015 года по сентябрь 2019 года. Средний возраст пациентов составил $37 \pm 0,3$ года. У 38,3 % были диагностированы повреждения шейного отдела позвоночника, у 50,6 % – грудного, у 11,1 % – поясничного. Посттравматический период до одного года был у 235 (14,7 %) пациентов, от одного до трех лет – у 491 (30,8 %), более трех лет – у 870 (54,5 %) больных. Неврологический статус пациентов оценивали с помощью стандартов Американской ассоциации спинальной травмы (American Spinal Injury Association – ASIA): А-тип наблюдался у 33,8 % больных, В-тип – у 28,2 %, С-тип – у 24,5 %, D-тип – у 13,4 %, E-тип – у 0,1 % пациентов. Для

количественной оценки данный показатель трансформировали в определитель МКФ (категория МКФ s120 – степень повреждения спинного мозга): Е-тип оценивали как 0 (нет проблем), D-тип – 1 (незначительные проблемы), С-тип – 2 (умеренные проблемы), В-тип – 3 (тяжёлые проблемы), А-тип – 4 (абсолютные проблемы). С помощью Измерителя независимости при повреждениях спинного мозга (SCIM-III) [7] оценивали нарушения в сфере самообслуживания и мобильности. Результаты измерения трансформировали в формат определителя МКФ согласно разработанному ранее алгоритму [8]. Потребность инвалидов с ТБСМ в специальных технических средствах для передвижения определяли с помощью категории МКФ d450 (ходьба). Для выявления проблем при передвижении с использованием технических средств применяли соответствующую категорию МКФ – d465. Устанавливали также наличие проблем с самообслуживанием (категории МКФ: мытье (d510); уход за частями тела (d520); гигиенические мероприятия при физиологических отправлениях (d530); одевание (d540); прием пищи (d550); питье (d560)). Для создания алгоритма индивидуального подбора кресла-коляски с последующей его реализацией в программном продукте были проанализированы публикации, посвященные факторам, которые необходимо учитывать при подборе инвалидной коляски; аспектам конфигураций кресел-колясок, влияющих на мобильность и устойчивость; доступные русскоязычные сайты производителей и продавцов кресел-колясок, содержащие информацию о технических характеристиках предлагаемых изделий. В апробации программы автоматического подбора кресла-коляски участвовали 10 инвалидов с ТБСМ (7 мужчин и 3 женщины, средний возраст – $32,9 \pm 9,3$ лет). Из них 5 – с повреждением поясничного отдела спинного мозга, 2 – грудного, 3 – шейного. Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием пакета статистических программ SPSS Statistics 23. Для показателей, характеризующих качественные признаки, указывалось абсолютное число и относительная величина в процентах (%). Для выявления наличия взаимосвязей между показателями использовали корреляционный анализ Кендалла. Связи считали значимыми при $p < 0,05$. Результаты исследования: Результаты исследования показали, что большое количество лиц с ТБСМ имеют нарушения в блоке «ходьба и передвижение» (d450): у 1233 (77,3 %) они носили абсолютный характер, у 55 (3,4 %) отмечались тяжелые, у 177 (11,1 %) – умеренные ограничения. Лица с умеренными и тяжелыми нарушениями могут ходить при помощи костылей или ходунков на короткие расстояния (как правило, в пределах помещения); для передвижения вне помещения им показаны кресла-коляски, то есть фактически 91,8 % инвалидов с ТБСМ нуждаются в данном средстве для передвижения. Дальнейший анализ показал, что 524 (32,9 %) обследованных инвалидов с ТБСМ испытывают тяжелые и абсолютные затруднения при передвижении с использованием технических средств (d465) – они нуждались в посторонней помощи. С умеренными проблемами при передвижении с использованием технических средств реабилитации сталкивались 210 (13,2 %) пациентов. В блоке самообслуживания наиболее часто наблюдались проблемы в следующих категориях: мытье (d510) – у 50,7 %; гигиенические мероприятия при физиологических отправлениях (d530) – у 57,6 %; одевание (d540) – у 43,6 % пациентов. Для коррекции данных нарушений можно использовать приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов, предназначенные преимущественно для лиц с нарушениями функций верхних конечностей. Однако перечисленные проблемы могут быть связаны и со сложностями в передвижении. Использование ТСР в виде кресла-коляски, по свидетельствам литературных данных, может помочь повысить уровень самообслуживания, активности и участия у маломобильных инвалидов. В подтверждение этому проведение корреляционного анализа позволило установить наличие прямых корреляционных связей между выраженностью нарушений по категории d465 (перемещение с применением технических средств) и категориями блока самообслуживания (коэффициенты корреляции r составили от 0,482 до 0,596 при $p=0,001$). При этом коэффициенты корреляции, описывающие взаимосвязи между категориями самообслуживания и степенью повреждения спинного мозга (s120) в 1,5-3 раза оказались ниже. Это косвенно свидетельствует о том, что адекватный рациональный подбор кресла-коляски и обучение навыкам пользования могут оказать помощь в решении существующих проблем с самообслуживанием и повседневной активностью данного контингента инвалидов. О неудовлетворенности обеспечением техническими средствами для передвижения свидетельствуют и полученные нами ранее результаты опроса инвалидов с ТБСМ: на вопрос, как повлияло на них отсутствие или неудовлетворительное качество технических средств реабилитации для передвижения на короткие дистанции, 40,5 % ответили, что это им сильно усложнило жизнь, 20,2 % – незначительно усложнило [9]. При выборе кресла-коляски необходимо принимать во внимание многие обстоятельства. Routhier F. et al. разработали систему оценки эффективности для пользователей инвалидных колясок, которая указывает на пять основных факторов, влияющих на мобильность: характеристики пользователя, окружающая среда, повседневная деятельность и социальные роли, оценка и обучение, а также характеристики самого инвалидного кресла [10]. Особую роль в данном процессе играет стандартизация описания проблем конкретного человека (в том числе контекстуальных факторов); для этого можно использовать Международную классификацию функционирования, ограничений

жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Технические характеристики и конфигурация кресла-коляски определяют, прежде всего, мобильность и устойчивость устройства. Эти два показателя взаимосвязаны, кроме того, они оказывают влияние на пользователя, поэтому при выборе кресла-коляски необходимо найти лучший баланс между ними [11]. Среди факторов, влияющих на подвижность и стабильность кресла-коляски с ручным управлением, большую роль играют тип, размеры и позиция задних и передних колес, тип шин, материал и дизайн рамы, высота спинки и сиденья, угол наклона сиденья. Изменяя конфигурацию кресла-коляски, можно оптимизировать биомеханику ручного движения, управляемость и устойчивость системы, минимизировать неблагоприятные воздействия на пользователя [11]. Тем не менее, ручная тяга очень требовательна к пользователям и недостаточно эффективна. Инвалидные коляски с электроприводом не требуют значительных физических усилий, что облегчает перемещение на большие расстояния, они предлагают больший независимый контроль над функциями позиционирования и опоры для позы, но требуют более высокой когнитивной способности, трудны в транспортировке и более дороги [12]. Для назначения данного ТСР необходимо наличие определенных медицинских показаний. По мнению Smith E.M. et al., точно так же, как человек не может использовать одну и ту же обувь для разных видов деятельности, так и одна инвалидная коляска не сможет удовлетворить все повседневные потребности человека. Авторы полагают, что пользователи инвалидных колясок могут выбрать либо одно устройство, либо комбинацию устройств для удовлетворения ежедневных потребностей и активности: это могут быть коляска с ручным управлением и скутер, который менее дорог, чем коляска с электроприводом, но может использоваться вне помещений для дальних поездок. Однако данный вариант требует дополнительного финансирования. Анализ российского рынка инвалидных кресел-колясок выявил ряд проблем, связанных с недостаточной полнотой либо неоднозначным описанием технических характеристик моделей кресел-колясок производителями и с ограниченностью выбора кресел-колясок по некоторым критериям. В частности, большая часть моделей с ручным приводом на российском рынке предназначена для использования на ровных дорожных покрытиях при передвижениях на небольшие расстояния, они оснащены узкими приводными колесами, цельнолитыми шинами поворотных колес, что может быть проблемой при использовании в сельской местности, на неровной поверхности. Также весьма ограничен выбор кресел-колясок по глубине и высоте сиденья, высоте спинки (хорошая вариация указанных размеров, как правило, отмечается у дорогостоящих кресел-колясок), а также с рычажным приводом (они предпочтительны для лиц, имеющих необходимость в передвижении в кресле-коляске на большие расстояния). Тем не менее, на основании доступной информации, нами была создана актуальная база данных с техническими характеристиками кресел-колясок, содержащая в настоящее время сведения о 173 моделях кресел-колясок 18 производителей: механических с ручным приводом – 116, с рычажным приводом – 7, активных – 22, с электроприводом – 28. Основываясь на данные литературы, был создан алгоритм индивидуального подбора кресла-коляски с учетом физических параметров инвалида, степени самообслуживания, повседневной активности и факторов окружающей среды, который в последующем был реализован в программном продукте. В апробации разработанной программы участвовали 10 инвалидов с ТБСМ с различным уровнем повреждения спинного мозга, различного телосложения, имеющих различный уровень активности и участия и проживающих в различных условиях. Каждому были подобраны подходящие по всем параметрам кресла-коляски. В целом апробация программы продемонстрировала, что она позволяет осуществить быстрый выбор из достаточно большого перечня моделей кресел-колясок адекватное, соответствующее по характеристикам потребностям конкретного индивида, техническое средство для передвижения. В перспективе предстоит решение проблем индивидуальной подгонки подобранной коляски, обучения навыкам пользования креслом-коляской и оценки эффективности разработанных мероприятий.

Заключение. Таким образом, в ходе исследования установлено, что у инвалидов с ТБСМ в 91,8 % случаев имеются серьезные нарушения функции опоры и движения, что обуславливает их нуждаемость в специальном техническом средстве реабилитации – кресле-коляске. Адекватный индивидуальный подбор такого ТСР в настоящее время – достаточно сложная задача. Автоматизация данного процесса, основанная на алгоритме, учитывающем физические параметры инвалида, степень самообслуживания, повседневной активности и факторов окружающей среды, позволяет в некоторой степени ее решить.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Skempes D., Stucki G., Bickenbach J. Health related rehabilitation and human rights: Analyzing States' obligations under the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Arch Phys Med Rehabil. 2015; 96 (1): 163-173. doi: 10.1016/j.apmr.2014.07.410.

2. Toro M.L., Worobey L., Boninger M.L. Cooper R.A., Pearlman J. Type and Frequency of Reported Wheelchair Repairs and Related Adverse Consequences Among People With Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2016; 97(10): 1753-1760. doi: 10.1016/j.apmr.2016.03.032.

3. Рекомендации по обеспечению инвалидными креслами-колясками с ручным управлением в условиях ограниченности ресурсов: Всемирная организация здравоохранения, 2008 г.: перевод с англ. Издательство «Весь Мир», 2009; 139. [Guidelines on the provision of manual wheelchairs in less-resourced settings: World health organization, 2008: translated from English. “Ves Mir” publishing House, 2009; 139 (In Russ.)].

4. Gowran R.J., Goldberg M., Comanescu G., Ungureanu C., Garcia F.D.S. et al. Developing country-specific wheelchair service provision strategic plans for Romania and the Philippines. *Disabil Rehabil Assist Technol.* 2019; 14(6): 612-627. doi: 10.1080/17483107.2018.1539131.

5. Карапетян К.К., Васильченко Е.М. Значение социальных факторов в подборе технических средств реабилитации для инвалидов. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация.* 2018; 21 (3-4): 120-125. doi: 10.18821/1560-9537-2018-21-3-120-125 [Karapetian K.K., Vasilchenko E.M. The importance of social factors in the selection of assistive devices and technologies for the disabled persons. *Medical-social expertise and rehabilitation.* 2018; 21 (3-4): 120-125 (In Russ.)].

6. J. Florio, U. Amet, A. Gemperli, T. Hinrichs Need and use of assistive devices for personal mobility by individuals with spinal cord injury. *J Spinal Cord. Med.* 2016; 39(4): 461-470. doi: 10.1080/10790268.2015.1114228.

7. Васильченко Е.М., Золоев Г.К., Кислова А.С. и др. Измеритель независимости при повреждениях спинного мозга (SCIM-III). Подготовка русскоязычной версии. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация.* 2016; 2: 96-102. doi: 10.18821/1560-9537-2016-19-2-96-102 [Vasilchenko E.M., Zoloev G.K., Kislova A.S. et al. Spinal Cord Independence Measure (SCIM-III). Development of the Russian version. *Medical-social expertise and rehabilitation.* 2016; 2: 96-102 (In Russ.)].

8. Васильченко Е.М., Жестикова М.Г. Применение инструментов международной классификации функционирования в практике медицинской реабилитации в условиях стационара на модели пациентов с травматической болезнью спинного мозга: учебно-методическое пособие. Новокузнецк: НГИУВ-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. 2019; 76. [Vasilchenko E.M., Zhestikova M.G. Application of the international classification of functioning, disability and health in rehabilitation practice in model of patients with traumatic spinal cord injury: study guide. Novokuznetsk: NSIFTP-branch FSBIFPPE SVE RMACPE of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. 2019; 76 (In Russ.)].

9. 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. *Материалы науч.-практ. конф., «Комплексная реабилитация инвалидов на современном этапе. Отечественная и международная практика»:* Новокузнецк: ИП Петровский К.В. (Изограф). 2019; 178-179. [Khokhlova O.I., Vasilchenko E.M., Karapetian K.K., Pavlenko L.V. Subjective assessment of the impact of environmental factors on the lives of disabled people with spinal cord injury. *Materials of scientific and practical conference “Complex rehabilitation of disabled people at the present stage. Domestic and international practice”:* Novokuznetsk: IP Petrovsky K.V. (Isograph). 2019; 178-179 (In Russ.)].

10. Routhier F., Claude V., Johanne D., Sylvie N. Mobility of wheelchair users: a proposed performance assessment framework. *Disabil Rehabil.* 2003; 25(1): 19-34.

11. Medola F.O., Elui V.M.C., Santana C.S., Fortulan C.A. Aspects of Manual Wheelchair Configuration Affecting Mobility: A Review. *J Phys Ther Sci.* 2014; 26(2): 313-318. doi: 10.1589/jpts.26.313.

12. Smith E.M., Giesbrecht E.M., Mortenson W.B., Miller W.C. Prevalence of Wheelchair and Scooter Use Among Community-Dwelling Canadians. *Phys Ther.* – 2016; 96(8): 1135–1142. doi: 10.2522/ptj.20150574.

УДК 616-036.86+364

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ, КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И НУЖДАЕМОСТЬ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА В 2015 – 2019 ГОДАХ

Саликова С.И., Карицкая Ю.О.

ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России

Омск, Россия

Аннотация

Введение. Болезни толстой кишки приобретают всё большее социальное значение, так как стали частой причиной длительной нетрудоспособности и инвалидизации населения, как пожилого, так и зрелого возрастов. По данным ВОЗ рак толстой кишки занимает 1-2-е место среди злокачественных новообразований. По тяжести инвалидности рак толстой кишки лидирует среди других локализаций рака.

Цель. Изучение первичной инвалидности пациентов с ЗНО кишечника, клинических аспектов, нуждемости в технических средствах реабилитации по результатам медико-социальной экспертизы в 2015-2019 гг.

Материалы и методы. Исследование проведено на основании анализа статистических данных (7-собес) Бюро № 13 - филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России (далее Бюро № 13), Единой вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы МСЭ. Методы: описательной статистики, аналитический.

Результаты. В период 2015-2019 гг. отмечен рост первичной инвалидности с темпом прироста 40,3 %. В структуре отмечен рост доли впервые признанных инвалидами вследствие ЗНО: 35,6 % - 36,7 % - 39,5 % - 35,9 % - 40,1 % от числа всех ВПИ. Среди них преобладают злокачественные новообразования кишечника, в среднем - 21,0 % случаев. В гендерной структуре ВПИ с ЗНО кишечника в период 2015-2018 гг. преобладали женщины, в 2019 г. – мужчины. Острая непроходимость толстой кишки являлась одним из наиболее частых и тяжелых осложнений ЗНО кишечника. Заболевание диагностировалось при поступлении по неотложной помощи в хирургические отделения в 16,1 % - 27,5 % случаев. По локализации преобладали ЗНО ободочной кишки с удельным весом в среднем - 55,3 % случаев. При анализе стадий ЗНО кишечника выявлено преобладание удельного веса стадии II с колебанием веса в пределах от 31,0 % до 47,5 % с тенденцией к увеличению, в среднем составив 42,6 % случаев. Отмечено увеличение числа пациентов с аномальными отверстиями пищеварительного тракта. Их удельный вес в структуре ВПИ вследствие ЗНО кишечника составил в среднем 42,6 %. При проведении медико-социальной экспертизы у пациентов с ЗНО кишечника определялось основной вид стойких расстройств функций организма - нарушение функции иммунной системы. В структуре группы инвалидности по тяжести среди ВПИ с ЗНО кишечника преобладала вторая группа. Их удельный вес в среднем - 61,7 % случаев. Доля первой группы инвалидности составила 31,9 %, третьей группой - 6,4 % случаев. Удельный вес тяжелых групп инвалидности (I и II) в среднем составил 93,6 % случаев. Среди основных категорий жизнедеятельности у ВПИ с ЗНО кишечника преобладали ограничения - способность к самообслуживанию 2 степени. Потребность на обеспечение калоприемниками определялась в среднем в 42,6 % случаев.

Заключение. Проведенный анализ структуры заболеваний впервые признанных инвалидов (далее ВПИ) за период 2015-2019 гг. установил рост удельного веса инвалидов вследствие злокачественных новообразований с 35,6 % до 40,1 % случаев. Среди них доля пациентов с раком кишечника преобладает в течение последних 5 лет. В структуре группы инвалидности по тяжести среди ВПИ с ЗНО кишечника преобладала вторая группа. Нуждались в технических средствах реабилитации: в специальных средствах при нарушениях функций выделения (калоприемниках) в среднем - 42,6 %.

Ключевые слова: Злокачественное новообразование, первичная инвалидность, кишечник, технические средства реабилитации.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Саликова С. И. – к.м.н, начальник отдела анализа проблем реабилитации, врач по медико-социальной экспертизе

Карицкая Ю.О. - врач по медико-социальной экспертизе Бюро № 13 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России

PRIMARY DISABILITY, CLINICAL FEATURES AND NEED FOR TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH MALIGNANT INTRODUCED GUTS IN 2015 - 2019

Salikova S.I., Karitskaya Y.O.

Federal State Institution “Main Bureau of Medical and Social Expertise in the Omsk Region” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Omsk, Russia

Abstract

Background. Introduction. Colon diseases are becoming more and more socially important, as they have become a frequent cause of long-term disability and disability of the population, both elderly and Mature ages. According to the world health organization, colon cancer ranks 1-2 among malignant neoplasms. In terms of the severity of disability, colon cancer leads among other cancer localities.

Aim. Study of primary disability of patients with intestinal ESRD, clinical aspects, need for technical means of rehabilitation based on the results of medical and social expertise in 2015-2019.

Materials and methods. The study was conducted on the basis of statistical data analysis (7-social security) Office No. 13 - branch Federal state institution “Main Bureau of medical-social expertise across the Omsk region” the

Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation (Office No. 13), vertically integrated information-analytical system of medico-social expertise. Methods: descriptive statistics, analytical.

Results. In the period 2015-2019, there was an increase in primary disability with a growth rate of 40.3 %. The structure shows an increase in the proportion of people who were first recognized as disabled due to malignant neoplasms: 35,6 % - 36,7 % - 39,5 % - 35,9 % - 40,1 % from the number of all first recognized as disabled.. Among them, malignant neoplasms of the intestine prevail, with an average of 21.0% of cases per year. In the gender structure of the first recognized cases of intestinal malignancies in the period 2015-2018, women predominated, and in 2019, men. Acute colon obstruction was one of the most frequent and severe complications of malignant intestinal neoplasms. The disease was diagnosed when receiving emergency care in surgical departments in 16.1 % - 27.5 % of cases. In terms of localization, malignant neoplasms of the colon prevailed with an average specific weight of 55.3 % of cases. The analysis of stages of intestinal malignancies revealed a predominance of the specific weight of stage II with a weight fluctuation ranging from 31.0 % to 47.5 % with a tendency to increase, averaging 42.6 % of cases per year. There was an increase in the number of patients with abnormal openings of the digestive tract, Their share in the structure of the first recognized as a result of intestinal malignancies averaged 42.6 %. During the medical and social examination in patients with malignant neoplasms, the main type of persistent disorders of the body's functions was determined - a violation of the immune system function. In the structure of the disability group by severity, the second group prevailed among those first recognized with malignant intestinal neoplasms. Their share in the average year was 61.7 % of cases. The share of the first group of disability was 31.9 %, the third group-6.4 % of cases. The proportion of severe disability groups (I and II) on average is 93.6 cases. Among the main categories of life activity, those who were first recognized as disabled due to malignant neoplasms of the intestine were dominated by restrictions - the ability to self-serve 2 degrees. The need to provide colostrums was determined on average in 42.6% of cases.

Conclusion. The analysis of the structure of diseases for the first time recognized disabled people for the period 2015-2019 found an increase in the proportion of disabled people due to malignant neoplasms from 35.6 % to 40.1 % of cases. Among them, the proportion of patients with bowel cancer prevails over the past 5 years. In the structure of the disability group by severity, the second group prevailed among the first recognized invalids due to malignant neoplasms of the intestine. The need for technical means of rehabilitation: special means for violations of the functions of allocation (colostrums) on average - 42.6 %.

Key words: *Malignant neoplasm, primary disability, bowel, technical means of rehabilitation.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Salikova S.I. - c.m.s, head of the Department of analysis of rehabilitation problems, doctor of medical and social expertise

Karitskaya Y.O. – doctor for medical and social examination Bureau No. 13 – branch Federal State Institution “Main Bureau of Medical and Social Expertise in the Omsk Region” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Введение. За последние десятилетия зафиксирован значительный рост распространенности заболеваний толстой кишки, особенно в индустриально развитых странах мира, в том числе и в России. По данным ВОЗ рак толстой кишки занимает 1-2-е место среди злокачественных новообразований (далее - ЗНО) пищеварительного тракта и 5-е среди опухолей других локализаций, составляя 7,7 % случаев. Основной контингент - лица трудоспособного возраста, преимущественно от 40 до 60 лет. Радикальное лечение возможно почти в 90,0 % случаев. Стойкое излечение повысилось с 10,0 до 50,0 %, а 5-летняя выживаемость после радикального лечения составляет, по данным различных авторов, от 30,0 % до 90,0 % случаев. По тяжести инвалидности рак толстой кишки занимает первое место среди других локализаций рака [1,2].

Цель. Изучение первичной инвалидности пациентов с ЗНО кишечника, клинических аспектов, нуждаемости в технических средствах реабилитации по результатам освидетельствования в 2015-2019 гг.

Материалы и методы. Исследование проведено на основании анализа статистических данных (7-собес) Бюро № 13 - филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России (далее Бюро № 13), Единой вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы МСЭ (ЕАВИИАС МСЭ). Методы: описательная статистика, аналитический.

Результаты исследования. За период 2015-2019 гг. в Бюро № 13 увеличилось число освидетельствованных граждан с 1934 до 2199 человек, темп прироста составил 13,7 %. Количество первично освидетельствованных граждан возросло на 30,5 %, в том числе на группу инвалидности на 30,3 % случаев. Число впервые признанных инвалидами увеличилось с 481 чел. в 2015 г. до 675 чел. в 2019 г., темп прироста составил 40,3 %. В структуре отмечен рост доли впервые признанных инвалидами (далее - ВПИ) вследствие ЗНО: 35,6 % - 36,7 % - 39,5 % - 35,9 % - 40,1 % от числа всех ВПИ соответственно годам. Абсолютное число увеличилось на 100 чел. (58,5 %) с 171 чел. в 2015 г. до 271 чел. в 2019 г., в среднем

составив 223 чел. Среди ВПИ вследствие ЗНО доля пациентов с раком кишечника преобладает с ростом от 18,1 % до 25,0 % в 2015-2017 гг. и снижением до 18,8 % в 2019 г., среднем - 21,0 % случаев. Абсолютное число данной категории среднем составило 47 чел. в год. Второе ранговое место занимали ЗНО предстательной железы с той же тенденцией росту 2015-2017 гг. от 12,3 % до 17,4 %, со снижением до 15,4 % в 2018 г. и ростом до 17,0 % в 2019 г., в среднем - 15,1 % случаев. Абсолютное число данной категории среднем 34 чел. в год. Третье место в 2015-2017 гг. занимали ЗНО молочной железы с тенденцией их удельного веса к снижению - 19,3 % – 13,9 % – 11,0 %. Четвертое ранговое место в 2015-2017 гг. занимали ЗНО легких с колебанием удельного веса - 9,9 % - 11,1 % - 8,1 % случаев. В 2018 г. доли ЗНО молочной железы и ЗНО легких сравнялись (13,7 % и 13,7 %) (табл. 1).

Таблица 1. Распределение впервые признанных инвалидами в 2015 - 2019 гг. по локализации ЗНО (абс., %).

Наименование	Год									
	2015		2016		2017		2018		2019	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего ВПИ	481		567		598		632		675	
Всего ЗНО, из них:	171	35,6	208	36,7	236	39,5	227	35,9	271	40,1
ЗНО кишечника	31	18,1	51	24,5	59	25,0	42	18,5	51	18,8
ЗНО предстательной железы	21	12,3	25	12,0	41	17,4	35	15,4	46	17,0
ЗНО легких	17	9,9	23	11,1	19	8,1	31	13,7	42	15,5
ЗНО молочной железы	33	19,3	29	13,9	26	11,0	31	13,7	33	12,2

В 2019 г. ЗНО легких вышло на третье ранговое место с удельным весом 15,5 %. ЗНО молочной железы среднем в год регистрировались в 13,6 % случаев. Абсолютное число данной категории среднем составило 30 чел. ЗНО легких среднем в год регистрировались в 11,8 % случаев. Абсолютное число данной категории среднем составило 26 чел. В гендерной структуре пациентов ВПИ с ЗНО кишечника в период 2015-2018 гг. преобладали женщины (58,1 % - 72,5 % - 59,3 % - 59,5 %.), в 2019 г. чаще признавались инвалидами мужчины (54,9 % случаев). Острая непроходимость толстой кишки является одним из наиболее частых и тяжелых осложнений ЗНО кишечника. Непроходимость кишечника при раке сигмовидной или нисходящей ободочной кишки развивается в 2-3 раза чаще, чем при поражении правой половины ободочной кишки [2,3]. Заболевание диагностировалось при поступлении по неотложной помощи в хирургические отделения от 16,1 % до 27,5 % случаев. В остальных случаях обращения были в поликлинику с жалобами на кровотечение, затруднение при дефекации, общую слабость. Среди ЗНО кишечника по локализации преобладают ЗНО ободочной кишки с удельным весом 54,2 % - 58,1 %, в среднем - 55,3 % случаев (табл. 2).

Таблица 2. Распределение ВПИ в 2015-2019 гг. по локализации ЗНО кишечника (абс., %).

Наименование	Год									
	2015		2016		2017		2018		2019	
	абс	%	абс.	%	абс	%	абс.	%	абс	%
Всего ЗНО кишечника, из них:	31	100,0	51	100,0	59	100,0	42	100,0	51	100,0
-ободочной кишки	18	58,1	29	56,9	32	54,2	23	54,8	28	54,9
ректосигмоидального соединения	4	12,9	5	9,8	5	8,5	4	9,5	6	11,8
-прямой кишки	9	29,0	17	33,3	22	37,3	15	35,7	17	33,3

Второе ранговое место занимают ЗНО прямой кишки с удельным весом от 29,0 % до 37,3 %, в среднем – 34,0 % случаев. Проведенный анализ локализации ЗНО по отделам ободочной кишки установил преобладания поражения ЗНО сигмовидной кишки с тенденцией к росту от 33,3 % в 2015 г. до 50,0 % в 2019 г., в среднем – 42,3 % случаев. На втором месте в 2019 г. ЗНО слепой кишки - 17,9 %. Их удельный вес в пределах 3,4 % - 21,9 %, в среднем составив 13,8 %. Доля поражения ЗНО восходящего отдела ободочной кишки уменьшилась в 2019 г. до 3,6 % случаев. Диапазон колебания их удельного веса от 3,6 % до 22,2 %, в среднем 10,8 % случаев год. При анализе стадий ЗНО кишечника выявлено преобладание удельного веса стадии II с колебанием веса в пределах от 31,0 % до 47,5 % с тенденцией к увеличению, в среднем составив 42,6 % случаев в год (табл. 3). На втором месте пациенты, имеющие стадию IV, с колебанием удельного веса от 13,6 % до 33,3 % с тенденцией к уменьшению, в среднем - 25,5 % случаев. Стадия III регистрировалась в

17,6 % -30,5 % случаев, в среднем составив 23,4 %. Метастазирование было выявлено в 2015 году в 29,0 % случаев (9 чел.), в 2016 г. – 35,3 % (18 чел.), в 2017 г. - 15,3 % (9 чел.), в 2018 г. – 35,7 % (15 чел.), в 2019 г. – 31,4 % случаев (16 чел.)

Таблица 3. Стадии ЗНО кишечника у впервые признанных инвалидами в 2015-2019 гг. (абс., %).

Годы	Всего	Стадии							
		St I		St II		St III		St IV	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2015	31	3	9,7	11	35,5	7	22,6	10	32,3
2016	51	2	3,9	23	45,1	9	17,6	17	33,3
2017	59	5	8,5	28	47,5	18	30,5	8	13,6
2018	42	5	11,9	13	31,0	11	26,2	13	31,0
2019	51	5	9,8	24	47,1	11	21,6	11	21,6
среднее	47	4	8,5	20	42,6	11	23,4	12	25,5

Отмечено увеличение числа пациентов с аномальными отверстиями пищеварительного тракта от 10 чел. в 2015 г. до 21 чел. в 2019 г., с максимальным количеством в 2016-2017 гг. по 27 чел. Их удельный вес в структуре ВПИ вследствие ЗНО кишечника составил 32,3 % - 52,9 % - 45,8 % - 38,1 % - 41,2 % случаев, в среднем – 42,6 %.

Таблица 4. Стадии ЗНО кишечника у впервые признанных инвалидами в 2015-2019 гг., поступавших с острой кишечной непроходимостью (абс., %).

Наименование	Год									
	2015		2016		2017		2018		2019	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Острая кишечная непроходимость	5	100,0	14	100,0	15	100,0	9	100,0	11	100,0
Стадия I	1	20,0	0	0	0	0	0	0	1	9,0
Стадия II	3	60,0	10	71,4	12	80,0	3	33,3	4	36,4
Стадия III	0	0	0	0	3	20,0	3	33,3	2	18,2
Стадия IV	1	20,0	4	28,6	0	0	3	33,3	4	36,4

Острой кишечной непроходимостью больные поступали со стадией II в 60,0 % - 71,4 % - 80,0 % - 33,3 % - 36,4 % случаев соответственно годам (табл. 4). При изучении локализаций ЗНО выявлено, что преобладала сигмовидная кишка в среднем год 33,3 %, ректосигмоидальное соединение и прямая кишка по 14,8 % случаев. У пациентов с острой кишечной непроходимостью аномальные отверстия пищеварительного тракта регистрировались в 60,0 % - 78,6 % - 66,7 % - 55,6 % - 72,8 % соответственно годам, в среднем – 66,8 %. При проведении медико-социальной экспертизы у пациентов с ЗНО кишечника определялось как основной вид стойких расстройств функций организма - нарушение функции иммунной системы. Стойкие выраженные нарушения функции иммунной системы в анализируемый период устанавливалась в 64,5 % - 54,9 % - 69,5 % - 47,6 % - 70,6 % соответственно годам, в среднем – 61,7 % случаев. Стойкие значительно выраженные нарушения функций иммунной системы определялись в 25,8 % - 39,2 % - 23,7 % - 42,9 % - 25,5 % соответственно годам, в среднем – 31,9 % случаев. Доля стойких умеренных нарушений функции иммунной системы была меньше с тенденцией к снижению от 9,7 % в 2015 г. до 3,9 % в 2019 г., в среднем – 6,4 %.

Таблица 5. Распределение впервые признанных инвалидами по группам инвалидности с ЗНО кишечника в 2015-2019 гг. (абс., %).

Год	Группы инвалидности					
	1 группа		2 группа		3 группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2015	8	25,8	20	64,5	3	9,7
2016	20	39,2	28	54,9	3	5,9
2017	14	23,7	41	69,5	4	6,8
2018	18	42,9	20	47,6	4	9,5
2019	13	25,5	36	69,2	2	3,9
среднее	15	31,9	29	61,7	3	6,4

Среди ВПИ с ЗНО кишечника преобладают инвалиды второй группы (табл. 5). Их удельный вес в среднем в год составил 61,7 % случаев. Доля первой группы инвалидности в среднем в год составила 31,9 %, третьей группой - 6,4 % случаев. Удельный вес тяжелых групп инвалидности (I и II) составил в среднем 93,6 %. Среди основных категорий жизнедеятельности у ВПИ с ЗНО кишечника преобладали ограничения - способность к самообслуживанию 2 степень (способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств). Для компенсации ограничений жизнедеятельности пациентам с ЗНО кишечника определялась потребность на обеспечение специальными средствами при нарушении функций выделения - калоприемниками. Потребность в калоприемниках составила 32,3 % случаев (10 чел.) - 52,9 % случаев (27 чел.) - 45,8 % (27 чел.) - 38,1 % (16 чел.) - 41,2 % (21 чел.) соответственно годам, в среднем в год - 42,6 % (20 чел.). Одновременно выписывались средства по уходу за стомой (паста, крем, защитная пленка, очиститель, пудра) с учетом состояния перистомальной области, выявленного в ходе проведения экспертно-реабилитационной диагностики, с учетом рекомендаций врачей-специалистов в данной области организации, оказывающей медицинскую помощь гражданам. У ВПИ вследствие ЗНО кишечника в 1,7 % - 2,4 % регистрировались одновременно колостомы и эпицистостомы. В связи с этим данной категории инвалидов рекомендовались и специальные средства при нарушениях функций мочевого выделения (катетеры для эпицистостомы, мешки для сбора мочи, ремешки для крепления мочеиспускателей).

Заключение. Проведенный анализ за период 2015-2019 гг. установил рост доли ВПИ вследствие ЗНО с 35,6 % до 40,1 % случаев. В их структуре удельный вес пациентов с раком кишечника преобладает, в среднем составив 21,0 %. Заболевание диагностировалось при поступлении по неотложной помощи с клиникой острой кишечной непроходимости от 16,1 % до 27,5 % случаев. Среди ВПИ вследствие ЗНО кишечника IV стадия была диагностирована у пациентов в среднем в 25,5 % случаев. В структуре групп инвалидности по тяжести преобладала вторая группа. В гендерной структуре в 2019 г. впервые лидировали мужчины (54,9 %). Увеличилось число пациентов с аномальными отверстиями кишечника. Потребность калоприемниках определена в среднем 42,6 % случаев.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.
The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/ REFERENCES

1. Гастроэнтерология: национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 704 с. - (Серия «Национальные руководства»). [Gastroenterology. National guidelines / under edition V. T. Ivashkina, T. L. Lapina.-M.: GEOTAR-Media, 2008.- 704 p. – (Series «National guidelines»);]
2. Клиническая онкология: учебное пособие / под ред. П. Г. Брюсова, П. Н. Зубарева. — СПб.: СпецЛит, 2012. [Clinical Oncology: a textbook/ under edition P. G. Bryusova, P. N. Zubareva, - Saint Petersburg: Spets.lit, 2012];
3. Клиническая гастроэнтерология: краткий курс / В. В. Скворцов, А. В. Тумаренко. — Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015. [Clinical gastroenterology: a short course / V. V. Skvortsov, A.V. Tumarenko. – Saint Petersburg: Spets.lit, 2015]

УДК 616-36.86+364

АНАЛИЗ НУЖДАЕМОСТИ ИНВАЛИДОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД 2017-2019

Шеремета А.Н., Шамшева Е.В., Саликова С.И.

Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Омской области»
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Омск, Россия

Аннотация

Введение. Рассеянный склероз – это полигенное заболевание, которое проявляется разнообразной клинической картиной, вследствие этого трудно диагностируется на ранних стадиях. Прогрессирование заболевания неизбежно приводит к стойким расстройствам функций организма, ограничению жизнедеятельности, нуждаемости в мерах социальной защиты и реабилитации.

Цель. Изучение выявленных стойких нарушений функций организма при установлении пациентам инвалидности вследствие рассеянного склероза и их потребности в технических средствах реабилитации в 2017-2019 гг.

Материалы и методы. Исследование проведено на основании анализа статистических данных Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Омской области»

Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации за 2017-2019 гг., Единой вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы медико-социальной экспертизы. Методы: описательной статистики, аналитический.

Результаты. За три года установлена инвалидность вследствие рассеянного склероза и разработано индивидуальных программы реабилитации и абилитации инвалида 560 гражданам, в среднем в год 187 гражданам. Из них преобладали женщины (56,4 %), Чаще устанавливалась третья группа инвалидности с тенденцией к росту. Среди возрастных категорий лидировали мужчины и женщины от 18 до 44 лет. Среди основных стойких нарушений функций организма, выявленных период 2017-2019 гг., у инвалидов, страдающих рассеянным склерозом, преобладали нейромышечные, скелетные и связанные с движением (статодинамические) нарушения – 92,5 % случаев. На втором месте - психические нарушения; на третьем месте – нарушения функций системы крови и иммунной системы. Кроме этого прогрессирование заболевания приводило к нарушению функции мочевого выделения, сенсорных функций. У инвалидов третьей группы отмечалась наибольшая потребность в тростях опорных, у инвалидов второй группы - в ходунках с тенденцией к росту, у инвалидов первой группы - в кресло-коляске комнатной с ручным приводом.

Заключение. В анализируемый период отмечено снижение числа инвалидов вследствие рассеянного склероза на 6,3 %. Среди них преобладают инвалиды третьей группы с тенденцией к росту, в среднем 50,9 % случаев. В гендерной структуре лидируют женщины. Лица первой возрастной категории преобладают. У инвалидов данной категории наибольшая потребность в технических средствах реабилитации, компенсирующих статодинамические нарушения (трости, ходунки, кресло-коляски).

Ключевые слова: *рассеянный склероз, индивидуальная программа реабилитации, технические средства реабилитации.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Шеремета А.Н. – к.м.н, руководитель бюро, врач по МСЭ,

Шамшева Е.В. – к.м.н,руководитель – главный эксперт по медико-социальной экспертизе,

Саликова С.И. – к.м.н.,начальник отдела анализа проблем реабилитации, врач по МСЭ. Телефон - 8-381 0 2 56-34-27, 83812- 56-81-60, E-mail: gbmse55@fbmse.ru

ANALYSIS OF NEED OF PERSONS WITH DISABILITIES WITH MULTIPLE SCLEROSIS IN TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION IN THE OMSK REGION IN 2017-2019

Sheremeta A.N., Shamsheva E.V., Salikova S.I.

Federal state institution “Main Bureau of medical and social expertise in the Omsk region” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation
Omsk, Russia

Abstract

Background. Multiple sclerosis is a polygenic disease that manifests itself in a diverse clinical picture, and as a result it is difficult to diagnose at an early stage. Progression of the disease inevitably leads to persistent disorders of bodily functions, restriction of life, need for measures of social protection and rehabilitation.

Aim. Study of identified persistent disorders of bodily functions in the identification of patients with disability due to multiple sclerosis and their need for rehabilitation techniques in 2017-2019.

Materials and methods. The study was conducted on the basis of an analysis of statistics of the Federal Government Agency “Chief Bureau of Medical and Social Examination for the Omsk Region” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation for 2017-2019, A single vertically integrated information-analytical system of medical and social examination. Methods: descriptive statistics, analytical.

Results. For three years, disability due to multiple sclerosis has been established and individual rehabilitation and rehabilitation programs for the disabled 560 citizens have been developed, with an average of 187 citizens per year. Of these, women (56.4%), the third disability group with a tendency to increase was more common. People with multiple sclerosis were dominated by neuromuscular, skeletal and movement-related (statodynamic) disorders - 92.5% of cases. In second place - mental disorders; in third place - dysfunctions of the blood system and the immune system. In addition, the progression of the disease led to a violation of the function of urinary, sensory functions. Disabled people of the third group had the greatest need for support canes, disabled people of the second group - in walkers with tendencies to growth, disabled people of the first group - in a wheelchair room.

Conclusion.: During the analyzed period, there was a 6.3% decrease in the number of people with multiple sclerosis. Among them, the third-largest group of people with disabilities tends to grow, with an average of 50.9% of cases. Women are leading the gender structure. Persons of the first age category prevail. Disabled people in this category have the greatest need for technical means of rehabilitation, compensating for statodynamic disorders (canes, walkers, wheelchairs).

Key words: *multiple sclerosis, rehabilitation program, rehabilitation equipment.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Sheremeta A.N.- c.m.s, head of the Bureau, doctor for medical and social expertise;

Shamsheva E.V - c.m.s,the head of the main expert for medical and social expertise;

Salikova S.I. - c.m.s,head of the Department for analysis of rehabilitation problems, doctor for medical and social expertise

Введение. По данным Международной федерации рассеянного склероза (Multiple Sclerosis International Federation) около 2,3 млн. человек во всем мире страдают рассеянным склерозом, подавляющее большинство из которых – молодые женщины [4]. Рассеянный склероз – это заболевание центральной нервной системы с хроническим течением, характеризующееся разрушением миелиновых волокон и приводящее к инвалидности [2,6]. Рассеянный склероз имеет не до конца изученные причины и аутоиммунно-воспалительный механизм развития. У разных пациентов за развитие болезни могут отвечать разные комбинации генов. Рассеянный склероз – это типичное полигенное заболевание [6], которое проявляется разнообразной клинической картиной, вследствие этого трудно диагностируется на ранних стадиях. Клинически может проявляться: нарушением чувствительности (чаще поражаются конечности одной сторон с переходом симптоматики на другую сторону); слабостью в конечностях; нарушением со стороны зрения; тремором; нарушением глотания и речи; нарушением походки; интеллектуальными, когнитивными нарушениями (заторможенность мышления, снижение возможности запоминания и уменьшение концентрации внимания); нарушением процесса мочеиспускания (от эпизодов не удержания мочи до недержания мочи выраженной степени, которое приводит к необходимости использования абсорбирующего белья, подгузников) [1,3,4,7]. Все вышеперечисленные симптомы по мере прогрессирования заболевания неизбежно приводят к стойким расстройствам функций организма, ограничению жизнедеятельности, нуждаемости в мерах социальной защиты и реабилитации.

Цель. Изучение выявленных стойких нарушений функций организма при установлении пациентам инвалидности вследствие рассеянного склероза и их потребности в ТСП в 2017-2019 гг. в ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России.

Материалы и методы. Исследование проведено на основании анализа статистических данных (7 – собес) ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России за 2017-2019 гг., Единой вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы МСЭ (ЕАВИИАС МСЭ). Методы: описательной статистики, аналитический.

Результаты исследования. Результаты. За период с 2017 г. по 2019 г. установлена инвалидность вследствие рассеянного склероза и разработаны программы реабилитации и абилитации инвалида (далее - ИПРА) 560 гражданам.

Первая группа инвалидности устанавливалась в 82 (14,6 %) случаях, вторая группа – в 193 (34,5 %) случаях, третья группа – в 285 (50,9 %) случаях.

Из них преобладали женщины – 316 человек (56,4 %), мужчин зарегистрировано 244 человека (43,6 %).

Среди возрастных категорий лидировали мужчины и женщины от 18 до 44 лет – 333 (59,4 %) человек, на втором месте женщины от 45 до 54 лет и мужчины от 45 до 59 лет – 160 (28,6 %) человек. Инвалиды пенсионного возраста зарегистрированы в 67 случаях, с удельным весом 12,0 %.

В динамике анализируемых лет отмечено снижение числа признанных инвалидов вследствие рассеянного склероза с 190 человек до 178 человек, темп снижения к 2017 г. 6,3 % (таблица 1). В среднем в год устанавливается инвалидность данной категории граждан в 187 случаях. При проведении медико-социальной экспертизы гражданам с рассеянным склерозом чаще устанавливалась третья группа инвалидности с тенденцией к росту их удельного веса - 47,4 % - 51,6 % - 53,9 % соответственно годам, в среднем составив 50,9 % случаев. Абсолютное число инвалидов третьей группы в 2019г. возросло на 6,7 % (96 человек) к 2017 г. (90 человек).

Таблица 1. Динамика групп инвалидности и возрастных категорий инвалидов вследствие рассеянного склероза за 2017-2019 гг. (абс. ч., %)

Год	Признано инвалидам и (чел.)	Группа инвалидности						Возрастные категории					
		1 группа		2 группа		3 группа		18-44 лет		45-54 года, 45-59 лет		> 55 лет, > 60 лет	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2017	190	25	13,2	75	39,5	90	47,4	114	60,0	56	29,5	20	10,5
2018	192	25	13,0	68	35,4	99	51,6	118	61,5	54	28,1	20	10,4
2019	178	32	18,0	50	28,1	96	53,9	101	56,7	50	28,1	27	15,2
Всего	560	82	14,6	193	34,5	285	50,9	333	59,4	160	28,6	67	12,0

Увеличилось и абсолютное число инвалидов первой группы с 25 человек в 2017 - 2018 гг. до 32 человек в 2019 г., на 28,0 % (7 человек). Удельный вес инвалидов первой группы с той же тенденцией к росту с 13,2 % до 18,0 % соответственно годам, в среднем составив 14,6 % случаев в год.

Количество инвалидов второй группы в анализируемый период уменьшилось на 25 человек (на 33,3 %), составив в 2019 г. 50 человек. Их доля в структуре групп инвалидности снизилась с 39,5 % в 2017 г. до 28,1 % в 2019 г., среднем 34,5 % случаев.

Среди основных стойких нарушений функций организма, выявленных период 2017-2019 гг., у инвалидов, страдающих рассеянным склерозом, преобладали нейромышечные, скелетные и связанные с движением (статодинамические) нарушения – 518 (92,5 %) случаев.

На втором месте психические нарушения – 19 (3,4 %) случаев; на третьем месте – нарушения функций системы крови и иммунной системы – 18 (3,2 %) случаев. Кроме этого прогрессирование заболевания приводило к нарушению функции мочевого выделения, сенсорных функций (функции зрения).

Стойкие нарушения функций организма приводят к различным видам и степени выраженности ограничений жизнедеятельности. Для устранения или возможно более полной компенсации ограничений жизнедеятельности, необходима реабилитация, мероприятия, направленные на создание инвалидам равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество [5]. Реализация основных видов реабилитационных мероприятий инвалидов предусматривает использование технических средств реабилитации (далее - ТСР).

В анализируемый период индивидуальная программа реабилитации или абилитации (далее – ИПРА) инвалида разрабатывалась в 100,0 % случаев. Всем признанным инвалидами рекомендована медицинская реабилитация, санаторно-курортное лечение с учетом рекомендаций медицинской организации по месту жительства гражданина.

Для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида чаще использовались специальные средства для передвижения.

При анализе ТСР, рекомендованных в ИПРА отмечено, что у инвалидов третьей группы наибольшая потребность в тростях опорных: 2017 г. – 52 (57,8 %) человек, в 2018 г. – 63 (63,6 %) человек, в 2019 г. – 57 (59,4 %) человек от числа инвалидов третьей группы соответственно годам. Ходунки рекомендованы освидетельствованным в 2017 г. в 2 (2,2 %) случаях; в 1 (1,1 %) случае рекомендован тунор на голеностопный сустав и ортопедическая обувь (при глубоком парезе стопы). Среди них за анализируемый период не нуждались в ТСР 113 (39,6 %) человек.

У инвалидов второй группы наибольшая потребность в ходунках с тенденцией к росту: в 2017 г. - 21 (28,0 %) случаев, в 2018 г. – 27 (39,7 %) случаях, в 2019 г. – 30 (60,0 %) случаев. Увеличилась нуждаемость и в костылях с опорой под локоть или на предплечье (в связи с нижним парапарезом): 2017 г. - 4 (5,3 %) случая, в 2018 г. - 16 (23,5 %) случаев, в 2019 г. - 10 (20,0 %) случаев. Трости опорные рекомендовались инвалидам второй группы только в 2017 г. - 28 (37,3 %) случаев.

Потребность на обеспечение кресло-коляской с ручным приводом прогулочной определялась чаще, чем комнатной и составила в 2017 г. - 10 (13,3 %) случаев, в 2018 г. – в 15 (22,1 %) случаев, в 2019 г. – в 12 (24,0 %) случаев.

Кресло-коляска комнатная с ручным приводом в 2017 г. рекомендовалась в 5 (6,7 %) случаях, в 2018 г. – в 6 (8,8 %) случаях, в 2019 г. – в 3 (6,0 %) случаях.

Преобладание кресло-колясок прогулочных у лиц с выраженными нарушениями статодинамических функций можно объясняется тем, что для передвижения в пределах квартиры инвалиды, страдающие рассеянным склерозом, использовали ходунки, костыли с опорой под локоть или на предплечье, в отдельных случаях были адаптированы к передвижению в пределах квартиры при помощи трости. Для передвижения на более длительные расстояния за пределами квартиры они нуждались кресло-коляске с ручным приводом прогулочной.

В кресле-стуле с санитарным оснащением нуждались инвалиды второй группы: в 2017 г. в 6 (8,0 %) случаях, в 2018 г. – в 16 (23,5 %) случаях, в 2019 г. – в 16 (32,0 %) случаях.

В связи нарушениями мочевого выделительной функции в виде тяжелого недержания мочи у инвалидов второй группы возникала необходимость в средствах ухода (абсорбирующем белье и подгузниках): в 2017 г. у 11 (14,7 %) человек, в 2018 г. – у 16 (23,5%) человек, в 2019 г. – у 10 (20,0 %) человек.

У инвалидов первой группы наибольшая потребность в кресло-коляске комнатной с ручным приводом: в 2017 г. - 16 (64,0 %) случаев, в 2018 г. – 17 (68,0 %) случаев, в 2019 г. – 21 (65,6 %) случаев. В кресло-коляске прогулочной с ручным приводом в 2017 г. потребность составила 13 (52,0 %) случаев, в 2018 г. – 13 (52,0 %) случаев, в 2019 г. – 14 (43,8 %) случаев.

Противопролежневый матрас, как средство реабилитации инвалидов со значительно выраженными нарушениями функции передвижения, приводящими к вынужденному длительному лежанию, рекомендован в 2017 г. 10 (40,0 %) инвалидам, в 2018 г. – 11 (44,0 %) инвалидам, в 2019 г. – 12 (37,5 %) инвалидам.

Абсорбирующее белье и подгузники рекомендованы в 2017 г. 18 (75,0 %) случаях, в 2018 г. – 17 (74,0 %) случаях, в 2019 г. – 24 (75,0 %) случаях.

Увеличилась потребность в кресло-стуле с санитарным оснащением в 2019 г. до 7 (21,9 %) случаев, в 2018 г. 5 (20,0 %) случаев, в 2017 г. - 4 (16,0 %) случаев.

После троакарной эпицистостомии по поводу острой задержки мочи мочеиспускатели и катетер рекомендованы: в 2017 г. в 2 (8,0 %) случаях, в 2018 г. в 2 (6,3 %) случаях, в 2019 г. в 3 (9,4 %) случаях.

Заключение. В анализируемый период отмечено снижение числа инвалидов вследствие рассеянного склероза на 6,3 %. Среди них преобладают инвалиды третьей группы с тенденцией к росту, в среднем 50,9 % случаев.

В гендерной структуре лидируют женщины, в среднем 56,4 % случаев. Среди граждан, признанных инвалидами вследствие рассеянного склероза, преобладали лица первой возрастной категории – 59,5 % случаев.

При проведении медико-социальной экспертизы у инвалидов вследствие рассеянного склероза в 92,5 % случаев преобладали стойкие нейромышечные, скелетные и связанные с движением (статодинамические) нарушения функций организма. В связи с этим наибольшая потребность у инвалидов данной категории в ТСР компенсирующих статодинамические нарушения (трости, ходунки, кресло-коляски). При прогрессировании заболевания число лиц с выраженными и значительно нарушениями функций мочевого выделения возросло. Потребность в абсорбирующем белье, подгузниках увеличилась с 20,0 % (у инвалидов 2 группы) до 75,0 % случаев (у инвалидов первой группы).

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бисага Г.Н., Поздняков А.В. / Инструментальная диагностика рассеянного склероза. в кн. под ред. Завалишина И.А., Головкина В.И. Рассеянный склероз // М. – 2000. – С. 148-180.
2. Гусев Е.И., Демина Т.Л. / Рассеянный склероз // Consilium Medicum. – Т.2. – №2. – 2000.
3. Практическая неврология: руководство / под ред. А. С. Кадыкова, Л. С. Манвелова, В. В. Шведкова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 448 с.
4. Столяров И.Д., Осетров Б.А. / Рассеянный склероз (практическое руководство) // С-Пб. – изд. «ЭЛБИ-СПБ». – 2002. – 175 с.
5. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации. Федеральный закон Российской Федерации от 24.11.1995 № 181 – ФЗ (с изменениями и дополнениями). Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс».
6. Jill A. Hollenbach, Jorge R. Oksenberg. (2015). The immunogenetics of multiple sclerosis: A comprehensive review. *Journal of Autoimmunity*. 64, 13-25.
7. Jimmy L. Huynh, Patrizia Casaccia. (2013). Epigenetic mechanisms in multiple sclerosis: implications for pathogenesis and treatment. *The Lancet Neurology*. 12, 195-206.

REFERENCES

1. Bisaga G.N., Pozdnyakov A.V. Instrumental diagnostics of multiple sclerosis in the book edited by Zavalishin I. A. Golovkina V.I. Multiple sclerosis. *Medicine* 2000, 148-180. (in Russ.)
2. Gusev E. I., Demina T.L. Multiple sclerosis. *Consilium Medicum*. Volume 2. №2. 2000. (in Russ.)
3. Practical neurology: a guide edited by A.S. Kadykov, L.S. Manvelov, V.V. Shvedkov. Moscow: GEOTAR-Media, 2011. 448 p. (in Russ.)
4. Stolyarov I.D., Osetrov B.A. Multiple sclerosis (practical guide). Saint Petersburg Publishing house “ELBI-SPB”. 2002. 175 p. (in Russ.)
5. About social protection of disabled people in the Russian Federation. Federal law of the Russian Federation of 24.11.1995 No. 181 Federal Law (with amendments and additions). Access from the legal reference system “Consultant Plus”. (in Russ.)
6. Jill A. Hollenbach, Jorge R. Oksenberg. (2015). The immunogenetics of multiple sclerosis: A comprehensive review. *Journal of Autoimmunity*. 64, 13-25.
7. Jimmy L. Huynh, Patrizia Casaccia. (2013). Epigenetic mechanisms in multiple sclerosis: implications for pathogenesis and treatment. *The Lancet Neurology*. 12, 195-206.

ДОВЕРИЕ, ВРЕМЯ И ДАВЛЕНИЕ - ОРТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ СКОЛИОЗЕ

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

Аннотация

Введение. Одним из методов лечения юношеского идиопатического сколиоза с доказанной эффективностью является корсетирование. Существуют различные модификации жестких корсетов, главной целью применения которых является предотвращение прогрессирования деформации. Тем не менее, не всегда при лечении корсетом удается достичь положительного результата и части пациентов в дальнейшем требуется хирургическая коррекция деформации. Одной из причин неэффективности лечения является то, что пациенты не соблюдают предписанный врачом график ношения корсета. Единственным объективным способом исследования комплаенса (соблюдение пациентом рекомендаций врача), в данном случае, является использование температурных датчиков и датчиков давления в корсете.

Цель. Анализ результатов исследований комплаенса при лечении юношеского идиопатического сколиоза с помощью температурных датчиков и/или датчиков давления в корсете на основании современных литературных данных.

Материалы и методы. Проанализированы 12 статей из электронных баз данных: PubMed, CrossRef, Google Scholar, в которых сообщалось о применении жестких корсетов при лечении юношеского идиопатического сколиоза с установленными в них датчиками для объективной оценки комплаенса.

Результаты. Все авторы проанализированных статей сходятся во мнении, что комплаенс является одним из важнейших условий благоприятного результата лечения. Выявлено, что пациенты склонны завышать время реального ношения корсета при сравнении результатов, полученных от датчиков и результатов анкетирования пациентов. Пациенты, которые знали о наличии датчиков, показывали более высокий уровень комплаенса, по сравнению с теми, от которых наличие датчика было скрыто. В восьми исследованиях приведены доказательства того, что комплаенс напрямую влияет на результат лечения, но при этом нет единого мнения, сколько часов в сутки необходимо носить корсет для достижения положительного результата. Только в одном исследовании, помимо температурных датчиков, использовался датчик давления в корсете, таким образом, оценивалась и качественная составляющая комплаенса.

Заключение. Использование методов объективной оценки комплаенса при корсетном лечении юношеского идиопатического сколиоза в рутинной клинической практике преследует несколько целей. Датчики позволяют контролировать использование корсета в каждом конкретном случае и строить предположения относительно исхода лечения, находить индивидуальный подход к каждому пациенту с возможностью корректировки графика использования корсета. В дальнейшем полученные данные позволят проводить работы по исследованию влияния корсета в различных группах пациентов с известным комплаенсом, что позволит более точно прогнозировать конечный результат лечения на основании исходных данных и отбирать пациентов для хирургического лечения, не дожидаясь усугубления деформации. Для повышения объективизации исследований, необходимо одновременное использование температурных датчиков и датчиков давления в корсете.

Ключевые слова: *Юношеский идиопатический сколиоз, Корсет, Комплаенс, Цифровой мониторинг выполнения врачебных назначений*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Коганова Алла Борисовна; 195067, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, д.50; телефон: +7(921)593-91-75; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2130-2118>; e-mail: koganova.alla@gmail.com.

Першин Андрей Александрович, к.м.н., доцент кафедры травматологии и ортопедии; 195067, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, д.50; телефон: +7(906)275-45-29; eLibrary SPIN:3310-2551; e-mail: andrew.pershin@gmail.com

TRUST, TIME AND PRESSURE – THE BRACE TREATMENT OF ADOLESCENT IDIOPATHIC SCOLIOSIS

Koganova A.B., Pershin A.A.
Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
St. Petersburg, Russian

Abstract

Background. Brace treatment is one of the effective evidence-based methods of adolescent idiopathic scoliosis conservative management. Different types of braces have been described and the main goal of brace treatment is to prevent the deformity progression. However, sometimes, despite brace treatment a curve progresses to the “surgical threshold” and exceeds it. Among the reasons for poor outcome, one is non-compliance. The only one method to objectively assess the compliance is using of electronic monitoring of brace wearing.

Aim. The purpose of the study is to investigate the compliance during brace wearing by objective methods based on up-to-date reviews.

Materials and methods. We performed a literature search in electronic databases Pubmed, CrossRef, Google Scholar and selected 12 articles in which compliance was investigated with objective methods such as thermo- or force sensors.

Results. In all reviewed studies the compliance was referred as one of the most important reasons for a favorable outcome. In some papers it was shown that patients tended to overestimate their compliance. Interestingly, if patients knew about sensors in their braces they had worn braces for longer time, comparing to those who weren't informed. In eight studies it was proved that the compliance affects the result of brace treatment, but until now there is little certainty about proper wear time to achieve satisfactory long-term result. There was only one study that tested two types of monitors: thermo- and force sensors, meaning that both quantity and quality of bracing were evaluated.

Conclusion. Methods of objective compliance assessment should be used in routine clinical practice. Sensors allow physicians to control the brace wearing in each case and to anticipate the outcome based on the actual compliance. Monitoring of brace wearing lets us find personalized approach to patients and correct the bracing schedule. Further data from monitors will allow to perform new studies in different groups of patients with identical compliance that may well predict the long-term result of brace treatment more and more accurate. As far as the objective assessment of compliance is concerned both thermo- and force sensors should be used.

Key words: *Adolescent idiopathic scoliosis; Brace treatment; Compliance, Electronic monitoring*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Alla B. Koganova; address: Bestuzhevskaya str. 50, 195067, St.Petersburg, Russian Federation; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2130-2118>; e-mail: koganova.alla@gmail.com

Andrei A.Pershin, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Traumatology and Orthopedics; address: Bestuzhevskaya str. 50, 195067, St.Petersburg, Russian Federation; eLibrary SPIN:3310-2551; e-mail: andrew.pershin@gmail.com

Введение. Одним из методов лечения юношеского идиопатического сколиоза с доказанной эффективностью является корсетирование [1, 2]. За редким исключением для этих целей применяются жесткие корсеты различных модификаций, такие как Boston, Cheneau и его производные, Milwaukee, Wilmington, Osaka Medical College (OMC) и другие. При назначении корсета специалисты преследуют несколько целей: остановить прогрессирование или уменьшить деформацию позвоночника, предотвратить или снизить болевой синдром в спине, предотвратить возможное вовлечение в патологический процесс органов дыхательной системы, улучшить внешний вид и баланс тела, повысить качество жизни и избежать оперативного лечения [1].

К сожалению, не всегда при лечении корсетом достигается положительный результат и многим пациентам в дальнейшем требуется хирургическая коррекция деформации [3, 4].

До сих пор нет однозначного мнения, в каких случаях действительно необходимо назначение корсета, а в каких случаях деформация достигнет «хирургического порога», несмотря на ежедневное использование корсета в предписанном режиме [3-5].

Одной из причин, по которой с помощью корсетирования не удается достичь желаемого результата, является то, что пациенты не соблюдают предписанный врачом график использования корсета. Среди наиболее частых причин, почему подростки не надевают корсет, являются: внешний вид в корсете, сложности при выборе одежды, дискомфорт при использовании корсета, повышенное потоотделение в корсете, особенно в летние месяцы. Все эти причины отрицательно влияют на самооценку, усложняют общение со сверстниками, снижают качество жизни.

Существует ряд работ, в которых комплаенс (соблюдение пациентом рекомендаций врача) исследовался на основании специальных опросников, которые заполняли пациенты, либо на основании личной беседы с врачом, когда пациенты вместе с родителями устно отвечали на ряд поставленных вопросов [6,7]. В данных случаях оценка комплаенса оставалась субъективной.

Единственным объективным способом исследования комплаенса является использование температурных датчиков и датчиков давления в корсете. Несмотря на возможность психологического давления на подростка, когда он знает, что его контролируют с помощью датчиков, анонимное анкетирование показало, что положительно относятся к датчикам более 80% подростков и более 90% родителей [8].

Цель. Цель работы – анализ результатов исследований комплаенса при лечении юношеского идиопатического сколиоза с помощью температурных датчиков и/или датчиков давления в корсете на основании современных литературных данных.

Материалы и методы. Поиск литературных источников производился по электронным базам данных PubMed, CrossRef, Google Scholar с использованием ключевых слов: “brace”, “adolescent idiopathic scoliosis”, “scoliosis”, “compliance”, “monitoring”. Предпочтение отдавалось работам, написанным на английском языке. Ограничений по времени публикации статьи не устанавливалось. В исследование вошли работы, в которых фигурировали жесткие корсеты, применяемые для лечения юношеского идиопатического сколиоза вне зависимости от их типа, метода изготовления (снятия слепка вручную или моделирования с помощью 3D технологий), а также вне зависимости от фирмы производителя температурных датчиков или датчиков давления, которые устанавливались в корсет.

Всего было проанализировано 12 статей, из которых 7 - проспективные когортные исследования, 1 - проспективное слепое исследование, 1 - рандомизированное контролируемое исследование, 1 - рандомизированное клиническое исследование, 1 - нерандомизированное проспективное исследование, 1 - исследование типа “случай-контроль”.

Результаты исследования. Во всех исследованиях для объективной оценки комплаенса в корсеты устанавливались температурные датчики.

Все авторы проанализированных статей сходятся во мнении, что комплаенс является одной из важнейших составляющих благоприятного результата лечения, в то же время отмечая, что далеко не все пациенты носили корсет в предписанном режиме. Так исследование [3] показывает, что только 31% пациентов соблюдали предписанный режим на 70% и более, а в исследовании [5] только 14% соблюдали предписанный режим ношения полностью. Для сравнения субъективной оценки комплаенса и объективных данных от датчиков, в исследованиях [9-11] наряду с использованием мониторинга показаний датчиков, пациенты заполняли специальные опросники на тему соблюдения предписанного врачом графика ношения корсета. Авторы данных статей сообщают о склонности пациентов превышать данные на 50-150%, по сравнению с объективными данными от датчиков. Кроме того, при сравнении групп пациентов, которые знали о наличии монитора, с теми, для кого это оставалось неизвестным, определялась тенденция к повышению комплаенса у пациентов, которые были предупреждены о наличии датчиков в их корсете и знали об их предназначении [12,13]. Известно, что основной целью исследования комплаенса является определение зависимости между комплаенсом и результатом лечения. В исследованиях [2,3,4,13-17] приведены доказательства того, что время ношения корсета напрямую влияет на результат лечения. Исследование BrAIST доказало, что существует дозозависимый эффект при использовании корсета, который возрастает с увеличением времени в корсете [2]. Однако до сих пор нет единого мнения по поводу необходимого времени использования корсета в сутки. Это требует дополнительных исследований с учетом костного возраста и некоторых других данных [3,4]. Пока можно отметить, что предписанный режим не влияет на конечный комплаенс, что показано в исследованиях [5,11,14], когда пациентам, в зависимости от исходной величины основной дуги, предписывался график ношения корсета 8-23 часа в сутки.

Только одно исследование было дополнено датчиком давления. Таким образом, исследовалась не только количественная, но и качественная составляющая комплаенса [16]. Как выяснилось, что параметры “качества” и “количества” могут дополнять и, в какой-то мере, замещать друг друга. Авторы данной статьи утверждают, что при использовании корсета в течение 43% предписанного времени в 100% качестве (максимальное давление), дает в итоге такой же результат, как ношение корсета 100% времени, из которых только 43% со 100%-ной силой воздействия корсета на тело пациента.

Заключение. Использование методов объективной оценки комплаенса при корсетном лечении юношеского идиопатического сколиоза в рутинной клинической практике преследует несколько целей. Во-первых, датчики позволяют контролировать использование корсета в каждом конкретном случае и, на основании этого, строить предположения относительно исхода лечения. Во-вторых, это позволит находить индивидуальный подход к каждому пациенту с возможностью корректировки графика использования корсета. В третьих, полученные данные позволят проводить дальнейшие работы по исследованию влияния

корсета в различных группах пациентов с известным комплаенсом, что позволит более точно прогнозировать конечный результат лечения на основании исходных данных и отбирать пациентов для хирургического лечения, не дожидаясь усугубления деформации. Для повышения объективизации исследований, необходимо одновременное использование температурных датчиков и датчиков давления в корсете.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Negrini, S., Aulisa, A. G., Aulisa, L., Circo, A. B., de Mauroy, J. C., Durmala, J., ... Zaina, F. (2012). 2011 SOSORT guidelines: Orthopaedic and Rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. *Scoliosis*, 7(1). <https://doi:10.1186/1748-7161-7-3>
2. Weinstein, S. L., Dolan, L. A., Wright, J. G., & Dobbs, M. B. (2013). Effects of Bracing in Adolescents with Idiopathic Scoliosis. *New England Journal of Medicine*, 369(16), 1512–1521. <https://doi:10.1056/nejmoa1307337>
3. Sanders, J. O., Newton, P. O., Browne, R. H., Katz, D. E., Birch, J. G., & Herring, J. A. (2014). Bracing for Idiopathic Scoliosis: How Many Patients Require Treatment to Prevent One Surgery? *The Journal of Bone and Joint Surgery-American Volume*, 96(8), 649–653. <https://doi:10.2106/jbjs.m.00290>
4. Karol, L. A., Virostek, D., Felton, K., Jo, C., & Butler, L. (2016). The Effect of the Risser Stage on Bracing Outcome in Adolescent Idiopathic Scoliosis. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 98(15), 1253–1259. doi:10.2106/jbjs.15.01313
5. Rahman, T., Sample, W., Yorgova, P., Neiss, G., Rogers, K., Shah, S., ... Bowen, J. R. (2015). Electronic monitoring of orthopedic brace compliance. *Journal of Children's Orthopaedics*, 9(5), 365–369. <https://doi:10.1007/s11832-015-0679-3>
6. Wiley, J. W., Thomson, J. D., Mitchell, T. M., Smith, B. G., & Banta, J. V. (2000). Effectiveness of The Boston Brace in Treatment of Large Curves in Adolescent Idiopathic Scoliosis. *Spine*, 25(18), 2326–2332. <https://doi:10.1097/00007632-200009150-00010>
7. Konieczny, M. R., Hieronymus, P., & Krauspe, R. (2017). Time in brace: where are the limits and how can we improve compliance and reduce negative psychosocial impact in patients with scoliosis? A retrospective analysis. *The Spine Journal*, 17(11), 1658–1664. <https://doi:10.1016/j.spinee.2017.05.010>
8. Donzelli, S., Zaina, F., Martinez, G., Di Felice, F., Negrini, A., & Negrini, S. (2017). Adolescents with idiopathic scoliosis and their parents have a positive attitude towards the Thermobrace monitor: results from a survey. *Scoliosis and Spinal Disorders*, 12(1). <https://doi:10.1186/s13013-017-0119-x>
9. Nicholson, G. P., Ferguson-Pell, M. W., Smith, K., Edgar, M., & Morley, T. (2003). The Objective Measurement of Spinal Orthosis Use for the Treatment of Adolescent Idiopathic Scoliosis. *Spine*, 28(19), 2243–2250. <https://doi:10.1097/01.brs.0000085098.69522.52>
10. Vandal, S., Rivard, C., & Bradet, R. (1999). Measuring the compliance behavior of adolescents wearing orthopedic braces. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 22(2-3), 59–73. <https://doi:10.1080/014608699265293>
11. Takemitsu, M., Bowen, J. R., Rahman, T., Glutting, J. J., & Scott, C. B. (2004). Compliance Monitoring of Brace Treatment for Patients with Idiopathic Scoliosis. *Spine*, 29(18), 2070–2074. <https://doi:10.1097/01.brs.0000138280.43663.7b>
12. Miller, D. J., Franzone, J. M., Matsumoto, H., Gomez, J. A., Avendaño, J., Hyman, J. E., ... Vitale, M. G. (2012). Electronic Monitoring Improves Brace-Wearing Compliance in Patients With Adolescent Idiopathic Scoliosis. *Spine*, 37(9), 717–721. <https://doi:10.1097/brs.0b013e31822f4306>
13. Karol, L. A., Virostek, D., Felton, K., & Wheeler, L. (2016). Effect of Compliance Counseling on Brace Use and Success in Patients with Adolescent Idiopathic Scoliosis. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 98(1), 9–14. <https://doi:10.2106/jbjs.o.00359>
14. Herring, J. A., Katz, D. E., Browne, R. H., Kelly, D. M., & Birch, J. G. (2010). Brace Wear Control of Curve Progression in Adolescent Idiopathic Scoliosis. *The Journal of Bone and Joint Surgery-American Volume*, 92(15), 2616–2617. <https://doi:10.2106/jbjs.i.01744>
15. Rahman, T., Bowen, J. R., Takemitsu, M., & Scott, C. (2005). The Association Between Brace Compliance and Outcome for Patients With Idiopathic Scoliosis. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 25(4), 420–422. <https://doi:10.1097/01.bpo.0000161097.61586.bb>
16. Lou, E. H. M., Hill, D. L., Raso, J. V., Moreau, M., & Hedden, D. (2015). How quantity and quality of brace wear affect the brace treatment outcomes for AIS. *European Spine Journal*, 25(2), 495–499. <https://doi:10.1007/s00586-015-4233-2>
17. Donzelli, S., Zaina, F., Minnella, S., Lusini, M., & Negrini, S. (2018). Consistent and regular daily wearing improve bracing results: a case-control study. *Scoliosis and Spinal Disorders*, 13(1). <https://doi:10.1186/s13013-018-0164-0>

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПИИ И КИНЕЗИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО И ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВОВ

Мусаев А.В., Гулиева С.Г., Мехтиев П.С.
Азербайджанский медицинский университет
Баку, Азербайджан

Аннотация

Введение. Остеоартроз - это хроническая дегенеративная артропатия, являющаяся следствием деструктивных процессов в хрящевой ткани суставной поверхности костей, развивающихся по различным причинам. Основные симптомы этого заболевания – боли, нарушения в суставах, утомляемость, снижение трудоспособности и общей работоспособности.

Цель. Оценка эффективности комплексного применения магнитотерапии с нафталаном, лечебной гимнастики и массажа для лечения и реабилитации больных с остеоартрозом крупных суставов нижних конечностей.

Материалы и методы. В Азербайджанском медицинском университете нами проведено обследование и лечение 52 первичных больных (33 мужчин и 19 женщин) в возрасте 47-68 лет (средний возраст $62,3 \pm 1,2$) с жалобами на боли в нижних конечностях. Все пациенты до лечения прошли полное клиническое обследование, рентгенографию и магниторезонансную томографию, с помощью которых был диагностирован ОА коленных (у 37 пациентов) и тазобедренных суставов (у 15 пациентов). Больные были распределены на три группы: I группа – 32 больных, которым проводилось комплексное лечение с применением магнитотерапии с нафталаном, лечебной гимнастики и массажа; II группа – 13 больных, которым назначалась только магнитотерапия с нафталаном, III группа – 7 больных, которым применяли только процедуры лечебной гимнастики и массажа.

Результаты. По итогам лечения в I группе значительное улучшение установлено у 15 больных, улучшение у 12 и отсутствие эффекта у 5 пациентов, во II группе-соответственно у 3, 6 и 4 пациентов, а в III группе – у 2, 2 и 3 пациентов. Следовательно, в I группе положительный эффект (значительное улучшение и улучшение) был получен у 84,4%, во II группе – у 69,2%, а в III группе – у 71,4 % больных. Комплексное лечение больных I группы оказалось на 38,2% более эффективным, чем во II группе и на 13,0% более эффективным, чем в III группе,

Заключение. Применение комплексного лечения ОА коленного и тазобедренного суставов с назначением магнитотерапии с нафталановым маслом, лечебной гимнастики и массажа очень эффективно и может быть рекомендовано для применения как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Оно оказывает выраженный анальгетический эффект и значительно увеличивает подвижность суставов.

Ключевые слова: остеоартроз, эффективность лечения, коленный сустав, тазобедренный сустав, магнитотерапия, нафталановое масло, лечебная гимнастика, массаж.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Гулиева Садагат Гадир гызы, к.м.н., доцент, тел: (+99455)-774-23-43; ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2445-5950>; e-mail: sadaxzsada@mail.ru

Мусаев Алишир Вейсович, д.м.н., профессор, тел: (+99450) 220-11-87, email: amusayev@amu.edu.az

Мехтиев Паша Сурхай оглы, к.м.н., доцент, тел. (+99450) 319-6412, email: pmehdiyev@amu.edu.az

EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS OF KNEE AND HIP BY USING FIZIOTHERAPY AND KINEZIOOTHERAPY

Musayev A.V., Quliyeva S.Q., Mehdiyev P.S.
Azerbaijan Medical University
Baku, Azerbaijan

Abstract

Background. Osteoarthritis is chronic degenerative arthropathy which follows destructive processes in the cartilaginous tissue on the intra-articular surface of bones which develops for various reasons. Main symptom of this disease is pain, disorders in joints, fast fatigue, reduced physical and working capacity.

Aim. Assessment of the effectiveness of complex using of magnetic therapy with Naftalan, physical exercises and massage for the treatment of patients with osteoarthritis of large joints of lower extremities.

Materials and methods. In Azerbaijan Medical University we observed and treated 52 patients (33 male and 19 female) in the age of 47-68 years old (mean age was $62,3 \pm 1,2$) with complaints of pain in lower extremities. All the patients were observed clinically, passed X-ray and magnetic resonance imaging, after that was diagnosed osteoarthritis of knee (in 37 patients) and hip (in 15 patients). They were divided into 3 groups: I group - 32 patients

who were administered magnetic therapy with Naftalan in complex with physical exercises and massage, II group was administered only magnetic therapy with Naftalan and III group performed only physical exercises and used massage.

Results. As the result of treatment in I group 15 patients had great improvement, 12 patients had low improvement and 5 didn't get any effect; in II group 3, 6 and 4; in III group -2, 2 and 3. Therefore in I group the positive effect (the sum of great and low improvement) was in 84,4% cases, in II group – in 69,2%, and in III group – in 71,4 % cases. Complex treatment of patients in I group was 38,2% more effective than in II group and 13,0% than in III group.

Conclusion. Administering the complex treatment of osteoarthritis of knee and hip by magnetic therapy with Naftalan oil, physical exercises and massage is enough effective and can be recommended for in- and out-patient treatment. It results in great analgesic effect and improve mobility of the joints. Для лечения ОА коленного и тазобедренного суставов магнитотерапия с использованием нафталанового масла оказывает выраженный анальгезирующий эффект, существенно увеличивает подвижность суставов, особенно, при комплексном применении с лечебной гимнастикой и массажем.

Key words: *osteoarthritis, effectiveness of treatment, knee, hip, magnetic therapy, Naftalan oil, physical exercises, massage*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Alishir V. Musayev, MD, PhD, Professor, Tel. (+99450) 220-11-87 email: amusayev@amu.edu.az

Sadagat Q. Quliyeva, MD, PhD, Ass. Prof., тел; (+99455)-774-23-43; ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2445-5950>; e-mail: sadaxzsada@mail.ru

Pasha S. Mehdiyev, tel. (+99450) 319-64-12, email: pmehdiyev@amu.edu.az

Введение. По данным статистики от различных заболеваний суставов страдает до одной трети взрослого населения планеты и количество подобных больных год от года растет, несмотря на широкое применение различных обезболивающих, противовоспалительных препаратов, хондропротекторов (ХП), антибиотиков и всевозможных не медикаментозных традиционных и нетрадиционных методов лечения [1-5]. Остеоартроз (ОА) - это хроническая дегенеративная артропатия, являющаяся следствием деструктивных процессов в хрящевой ткани суставной поверхности костей, развивающихся по различным причинам: ревматические заболевания, травмы, нарушения обменных процессов различной этиологии, старческий возраст и т.д.. Основные симптомы этого заболевания – боли различной интенсивности, возникающие и постепенно возрастающие при физических нагрузках, морфологические и функциональные нарушения в суставах, быстрая утомляемость, снижение трудоспособности и общей работоспособности [4-6].

Для лечения ОА применяется фармакотерапия, различные физиотерапевтические процедуры, рефлексотерапия, лечебная гимнастика, массаж, методы народной медицины [7,8]. В Азербайджане для лечения заболеваний суставов широко применяется природная нафталановая нефть с уникальными лечебными свойствами. Нафталан обладает сосудорасширяющим, спазмолитическим, обезболивающим, обеззараживающим действием как при местном применении, так и при использовании в виде общих ванн. Перечисленные эффекты нафталановой нефти связаны с ее химическим составом, наличием в ней множества компонентов, которые относятся к нафтеновым углеводородам (50-55%), смолам (30-35%) и ароматическим углеводородам (до 15%). Доказано, что лечебное действие нафталана вызвано содержанием именно нафтеновых углеводородов, являющихся биологически активными веществами, а прочие органические вещества и, в первую очередь, смолы, а также ароматические вещества не оказывают терапевтического влияния [9,10]. Поэтому в последние годы ведутся плановые работы по изготовлению очищенных форм нафталановой нефти для местного применения в клинической практике. Одним из таких препаратов является использованное в нашей работе Нафталановое масло, в котором содержание нафтеновых углеводородов достигает 98%. Это лекарственное средство изготовлено отечественной фирмой «ABFARMA» по новейшим усовершенствованным технологиям и имеется в открытой продаже в аптечной сети. Оно рекомендовано для местного применения в качестве противовоспалительного, болеутоляющего, противозудного, антимикробного, косметического средства, стимулирующего циркуляцию крови, восстанавливающего пораженную миелиновую оболочку нервов, повышающего защитные функции эпидермиса. Нафталановое масло может также использоваться совместно с физиотерапевтическими процедурами (соллюкс, электрофорез, уфи, узи и т.д.) с целью увеличения их эффекта.

Ни один из предложенных консервативных методов монотерапии ОА, как правило, не дает желаемого эффекта, особенно в случаях коморбидной патологии, поэтому в настоящее время ведется активный поиск оптимальных методов комплексного лечения этого заболевания как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

Цель. Оценка эффективности комплексного применения магнитотерапии с нафталаном, лечебной гимнастики и массажа для лечения и реабилитации больных с ОА крупных суставов нижних конечностей.

Материалы и методы. В Учебно-терапевтической клинике Азербайджанского медицинского университета нами проведено обследование и лечение 52 первичных больных (33 мужчин и 19 женщин) в возрасте 47-68 лет (средний возраст $62,3 \pm 1,2$ г.) с жалобами на боли в нижних конечностях. Все пациенты до лечения прошли полное клиническое обследование, включая необходимые лабораторные анализы, которые повторно проведены после завершения лечения, а также рентгенографию и магниторезонансную томографию, с помощью которых был диагностирован ОА коленных (у 37 пациентов) и тазобедренных суставов (у 15 пациентов). Все пациенты до обращения к нам неоднократно получали курс фармакотерапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) и ХП. Больные были распределены на три сопоставимые группы: I основная группа – 32 больных, которым проводилось комплексное лечение с применением магнитотерапии с нафталаном, лечебной гимнастики и массажа; II группа сравнения– 13 больных, которым назначалась только магнитотерапия с нафталаном, III группа сравнения – 7 больных, которым применяли только процедуры лечебной гимнастики и массажа. Основные клинические характеристики больных представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Основные клинические характеристики больных.

Показатели	Группы	I (n = 32)	II (n = 13)	III (n = 7)
Основное заболевание (к-во пациентов):				
ОА тазобедренного сустава		9	4	2
ОА коленного сустава		23	9	5
Средняя длительность боли в суставе (месяцы) $M \pm m$		$14,2 \pm 1,9$	$7,2 \pm 0,5$	$8,4 \pm 0,6$
Сопутствующие заболевания (к-во пациентов):				
ИБС стенокардия		2	1	-
Перенесенный ИМ		3	-	1
Гипертоническая болезнь		12	6	3
Хр. Бронхит		3	-	1
Хр. Гастрит		1	-	-
Хр. Холецистит		2	1	-
Ожирение		14	3	2

Магнитотерапия проводилась аппаратом ВТЛ ежедневно с частотой 50 гц при магнитной индукции 35 мТл с использованием прямоугольного или цилиндрического индуктора в течение 30 мин с предварительной местной аппликацией нафталана на область больного сустава. Затем проводился массаж в области пораженных суставов нижних конечностей в течение 15 мин. Процедуры лечебной гимнастики проводились инструктором в виде индивидуальных занятий в зале ЛФК ежедневно в течение 20 мин с применением активных и пассивных упражнений в различных исходных положениях с чередованием местной и общей тренировки. Курс лечения в I группе включал по 15 сеансов магнитотерапии с нафталановым маслом и занятий лечебной гимнастикой и 10 процедур массажа, во II и III группах при аналогичной продолжительности курса лечения по разным причинам не назначали соответственно кинезотерапию или физиотерапию.

Эффективность лечения определялась в первую очередь по уменьшению болевых ощущений в пораженных суставах, определяемому по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и по снижению суммарного значения альгофункционального индекса Лекена [11]. Ее оценивали как значительное улучшение при уменьшении боли и индекса Лекена не менее, чем в 2 раза, как улучшение - при менее значительном уменьшении. Кроме того, учитывалось увеличение подвижности в суставах по уменьшению измеренного гониометром угла при максимальном безболевого сгибании в коленном и тазобедренном суставе с помощью инструктора (значительным улучшением считали разницу более 10 градусов) и по совокупным результатам клинического обследования после завершения лечения.

Статистическая обработка полученных данных проводилась по стандартным методам вариационной статистики с оценкой достоверности по Т- критерию Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Результаты исследования: Как показано в (Табл.2) во всех группах отмечена положительная динамика

практически всех изученных показателей. Большинство этих изменений были достоверными лишь в первой группе, получавшей комплексную немедикаментозную физио- и кинезотерапию. Все больные предъявляли жалобы на боли в соответствующем суставе, однако, поскольку у большинства из них давность заболевания составляла лишь несколько месяцев, лечение было достаточно успешным и боли по (ВАШ) не уменьшились только у 4 больных I группы, 2 больных II группы и 1 больного III группы. Во всех трех группах соответственно снизился и индекс Лекена, который изначально был в среднем выше у больных III группы и только у больных I группы различия оказались достоверными. Максимальное безболевое сгибание в коленном суставе с помощью инструктора в I группе после лечения было в диапазоне от 42° до 90° с увеличением подвижности в среднем на 35,2 %, а во II и III группах соответственно на 20,5% и 32,0%. Аналогичное измерение в тазобедренном суставе в I группе после лечения было в диапазоне от 42° до 65°, с увеличением подвижности в среднем на 16,6 %, а во II и III группах соответственно на 11,7% и 11,6%. Динамика этого показателя не была достоверной ни в одной из групп.

Таблица 2 – Динамика некоторых клинических показателей (M±m).

Показатели \ Группы	I группа (n = 32)		II группа (n = 13)		III группа (n = 7)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Выраженность боли в суставе в покое (по ВАШ, мм) M±m	24,4±1,5	13,4±0,5*	21,1±0,6	19,3±0,6	25,8±1,4	24,3±1,4
Выраженность боли в суставе при пальцевом надавливании (по ВАШ, мм)	48,3±1,2	21,1±0,3*	36,8±1,6	29,5±1,5	45,1±2,1	44,2±2,1
Выраженность боли в суставе при ходьбе (по ВАШ, мм)	64,9±1,5	33,2±1,3*	71,1±2,6	53,6±1,7	69,3±1,9	58,2±1,9
Индекс Лекена, (баллы)	15,9±0,6	7,9±0,6*	16,2±0,8	11,9±0,9	16,3±0,9	13,2±0,8
Максимальное сгибание в коленном суставе (градусы)	92,3±2,6	59,8±1,9*	84,1±1,8	66,8±1,8	73,3±2,9	49,8±2,8*
Максимальное сгибание в тазобедренном суставе (градусы)	62,2±3,1	51,9±2,8	69,8±2,9	61,6±2,8	52,4±2,7	46,3±2,8

Сравнение результатов, полученных в трех изученных группах, подтвердило наше изначальное предположение о том, что комплексное применение использованных методов окажется более эффективным, но, тем не менее, и во II и в III группах положительный эффект лечения был достаточно высоким, хотя в динамике основных показателей достоверных различий не выявлено. По итогам лечения в I группе значительное улучшение установлено у 15 больных, улучшение у 12 и отсутствие эффекта у 5 пациентов, во II группе – соответственно у 3, 6 и 4 пациентов, а в III группе – у 2, 2 и 3 пациентов. Следовательно, в I группе положительный эффект (значительное улучшение и улучшение) был получен у 84,4%, во II группе – у 69,2%, а в III группе – у 71,4 % больных.

Комплексное лечение больных I группы с применением магнитотерапии с нафталановым маслом, лечебной гимнастики и массажа оказалось на 38,2% более эффективным, чем использование во II группе только магнитотерапии с нафталановым маслом и на 13,0% более эффективным, чем назначение в III группе только лечебной гимнастики и массажа.

Заключение. Применение комплексного лечения ОА коленного и тазобедренного суставов с назначением магнитотерапии с нафталановым маслом, лечебной гимнастики и массажа очень эффективно, в основном, на ранней стадии заболевания и, из-за простоты и доступности применения, может быть рекомендовано для применения как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

Для лечения ОА коленного и тазобедренного суставов магнитотерапия с использованием нафталанового масла оказывает выраженный анальгетический эффект и значительно увеличивает подвижность суставов, особенно, при комплексном применении с лечебной гимнастикой и массажем.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Беляева О.А., Авдеева О.С. Эффективность комплексной терапии с применением инъекционной формы хондроитина сульфата и гиалуроната натрия при остеоартрите коленного сустава. Тер.архив, 2019; 5:96-102. [Belyayeva O.A., Avdeeva O.S. Effektivnost kompleksnoy terapii s primneneniyem inyeksionnoy formi khondroitina sulfata i gialuronata natriya pri osteoartrite kolennogo sustava. Ter. arkhiv, 2019; 5:96-102 (In Russ.)]
2. Дроздов В.Н., Ших Е.В., Сереброва В.Ю. и др. Алфутол – в современной симптом- модифицирующей терапии остеоартрита. Тер.архив, 2019; 5:134-140. [Drozdov V.N., Shikh E.V., Serebrova V.Y. i dr. Alfutol- v sovremennoy simptom-modifitsiruyushey terapii osteoartrita. Ter. arkhiv, 2019; 5:134-140 (In Russ.)]
3. Корочкина И.Э., Багирова Г.Г. Метаболический синдром и течение остеоартроза//Тер.архив, 2007;10:13-20 [Korochkina I.E., Bagirova G.G. Metabolicheskiy sindrom i techeniye osteoartroza. Ter. arkhiv, 2007;10:13-20 (In Russ.)]
4. Насонов Г.Л., Зайцева Е.М., Алексеева Л.И. и др. Магнито-резонансная томография при остеоартрозе. Науч.-практ.ревматология, 2006; 5: 59-75 [Nasonov G.L., Zaytseva E.M., Alekseeva L.I. i dr. Magnito-rezonansnaya tomografiya pri osteoartroze. Nauch.-prakt. revmatologiya, 2006; 5:59-75 (In Russ.)]
5. Каратаев А.Е., Погожева Е.Ю., Сухарева М.Л. и др. Оценка эффективности и безопасности магнитотерапии при остеоартрите. Результаты многоцентрового слепого плацебоконтролируемого исследования КОСМО. Науч.-практ.ревматология, 2020; 58(1): 55-61. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2020-55-61> [Karataev A.E., Pogojeva E.Y., Suxareva M.L. i dr. Otsenka effektivnosti i bezopasnosti vfqnitoterapii pri osteoartrite. Rezultati mnoqotsentrovogo slepoqo platsebokontroliruemogo issledovaniya KOSMO. Nauch. prakt. revmatologiya, 2020; 58(1):55-61 (In Russ.)]
6. Майко О.Ю., Багирова Г.Г. Влияние курсового лечения с применением хондропротекторов и нестероидных противовоспалительных препаратов на качество жизни больных остеоартрозом. Клин. медицина, 2009; 4: 47-55 [Mayko O.Y., Baqirova G.G. Vliyaniye kursovoqo lecheniya s primneneniyem hondroprotektorov i nesteroidnix protivovospalitelnix preparatov na kachestvo jizni bolnix osteoartrozom. Klin. meditsina, 2009; 4: 47-55 (In Russ.)]
7. Любшина О.В., Лосихин И.Е. Эффективность фармакотерапии остеоартроза коленных суставов у пациентов с соматической патологией. Проф. медицина, 2012; 1:32-36 [Lyubshina O.V., Losixin I.E. Effektivnost farmakoterapii osteoartroza kolennix sustavov u patsientov s somaticheskoy patologiyey. Prof. meditsina, 2012; 1:32-36. (In Russ.)]
8. Мендель О.И., Наумов А.В., Алексеева Л.И. Остеоартроз и сердечно-сосудистые заболевания, общие факторы риска и клинико-патогенетические взаимосвязи. Оптимизация терапии. Проф. медицина, 2010; 3:35-41 [Mendel' O.I., Naumov A.V., Alekseeva L.I. Osteoartroz i serdechno-sosudistie zabolevaniya, obshie faktori riska i kliniko-patogeneticheskiye vzaimosvyazi. Optimizatsiya terapii. Prof. meditsina, 2010; 3:35-41 (In Russ.)]
9. Гулиева С.А. Уникальная лечебная нафталанская нефть. Баку, 1981, 232 с. [Qulieva S.A. Unikal'naya lechebnaya naftalanskaya nef. Baku, 1981, 232s. (In Russ.)]
10. Abasov V.M., Musayev A.V., Musayeva G.A. Naftalan nefti ve onun naften karbohidrogenleri// Baku, 1998, 120 s. (In Azery)
11. Lequesne M.G., Mery C. Samson M., Gerard P. Indexes of severity for osteoarthritis of the hip and knee: Validation-value in comparison with other assesment tests/Scand. J. Rheumatology, Vol.16, Suppl.65, 1987, p.85-89

Алфавитный перечень авторов

- Александров В.В., 294
Андрущенко Н.В., 244
Арустамян А.В., 139
Арустамян Э.Э., 269
Балашова Л.М., 215
Баранов А.Ю., 312
Баранов И.А., 312
Безготько Г.А., 108
Белавина Е.А., 155
Белая С.В., 57
Белянин О.Л., 210
Бесланеев А.А., 114
Бесстрашнова Я.К., 108
Болотов Д.Д., 103
Бронников В.А., 32, 35
Брыксин Д.А., 114
Валинуров Р.Г., 67
Валиуллина Л.А., 131
Васильченко Е.М., 72, 76, 88, 320
Веревкин И.А., 57
Вечканова И.Г., 261
Виноградская З.В., 91
Владимирова О.Н., 40, 49, 53
Владыкина Н.П., 256
Власова-Розанская Е.В., 168
Вольнец Г.В., 114, 228
Вороненко Е.А., 204
Галицкая А.К., 191
Ганузин В.М., 237
Гордиевская Е.О., 210
Горайнова М.В., 155
Григорова Ю.А., 224
Григорьева М.И., 32, 35
Григорьева Н.Г., 265
Громакова С.В., 210
Гулиева С.Г., 339
Гурьева И.В., 196, 281
Гусева Е.С., 57
Демина Э.Н., 62
Денисова Я.А., 320
Дорничев В.В., 312
Дорничев В.М., 312
Дробышева Е.Г., 122
Дудченко Л.Ш., 308
Дымочка М.А., 281
Ежов А.В., 289
Ежов В.В., 289, 294
Ежова Л.В., 294
Емельянцева Т.А., 80
Жатько О.В., 76
Жукова Е.В., 180, 187, 303
Зонтова О.В., 98
Иванова Е.Н., 196
Иосифова А.В., 174
Иосифова Э.К., 131
Искендеров Д.Э., 241
Ишутина И.С., 40, 53, 273
Каблукова А.В., 114
Каладзе Н.Н., 308
Калинина В.В., 57
Кантемирова Р.К., 273
Карапетян К.К., 72
Карасаева Л.А., 67, 155
Карицкая Ю.О., 325
Кароль Е.В., 155
Климашева С.Б., 101
Коганова А.Б., 335
Кожушко Л.А., 49
Козлова С.В., 95
Колока О.Е., 22
Кондратьева Ю.Е., 67
Коновалова Н.Г., 122
Копыток А.В., 163
Костерина З.В., 101
Костив И.Г., 57
Котельникова А.В., 204
Крамер И.В., 88
Крюков Е.Ю., 244
Кузнецова Г.П., 269
Кукшина А.А., 204
Куницына Л.А., 294
Кускова С.П., 286
Ланская О.В., 207
Леонтьева Л.А., 265
Лорер В.В., 218
Лысов А.Д., 207
Львова Н.Л., 300
Ляховецкая В.В., 122
Майер М.А., 244
Макаров К.М., 210
Мананкова Бю С., 108
Маскова Г.С., 237
Мехтиев П.С., 339
Мещанинова Т.П., 57
Мизин В.И., 289
Морозова Е.В., 44, 196, 281
Мусаев А.В., 339
Мухамедрахимов Р.Ж., 244
Никитин А.В., 114, 228
Никитин С.А., 108
Охотникова А.А., 312
Першин А.А., 335
Петухов Д.Ю., 143
Пирожкова Т.А., 114
Погольская М.А., 91
Порохина Ж.В., 196
Порохина Ж.В., 44
Пудов В.И., 98
Радуто В.И., 22
Разуванов А.И., 159
Рахманина И.Н., 139
Рогачева Т.В., 126
Родионова А.Ю., 278
Рожко К.Н., 108
Саликова С.И., 325, 330
Самарина Л.В., 222

Самойлова Д.А., 139
Светлова О.В., 196, 281
Свинцов А.А., 22
Сергеева В.В., 278
Серов А.В., 241
Склянная К.А., 32
Скребенков Е.А., 210
Смычек В.Б., 95, 159
Соловьёва О.О., 265
Сотская Г.М., 180, 187, 303
Старобина Е.М., 148
Сязина Н.Ю., 139
Физицкая В.Д., 114
Ходаковский М.Д., 40
Хохлова О.И., 320
Царев А.Ю., 289, 294
Цинявская Т.В., 251
Чеминава Т.В., 57
Чердакова А.В., 152

Чернякина Т.С., 22
Черюканов А.В., 57
Чеснокова Л.В., 265
Чистяков Е.В., 57
Чукардин В.А., 148
Шабанова О.А., 53, 273
Шамшева Е.В., 330
Шемякина С.Д., 261
Шеремета А.Н., 330
Шестаков В.П., 22
Шматова С.А., 131
Шмелева И.Э., 114
Шошмин А.В., 108
Шубина Е.В., 237
Шуляк Г.А., 241
Шургая М.А., 114
Юзефович А.С., 57
Ярков А.А., 44

Index of authors

Alexandrov V.V., 295
Andrushchenko N.V., 246
Arustamyan A.V., 140
Arustamyan E.E., 269
Balashova L.M., 216
Baranov A.Y., 313
Baranov I.A., 313
Belavina E.A., 157
Belaya S.V., 58
Belyanin O.L., 211
Beslaneyev A.A., 116
Besstrashnova Y.K., 109
Bezgot'ko G.A., 109
Bolotov D.D., 104
Bronnikov V.A., 32
Bronnikov V.A., 36
Bryksin D.A., 116
Cheminava T.V., 58
Cherdakova A.V., 153
Chernyakina T.S., 23
Cherukanov A.V., 58
Chesnokova L.V., 266
Chistyakov E.V., 58
Chukardin V., 149
Demina E.N., 63
Denisova Ya.A., 321
Dornichev V.M., 313
Dornichev V.V., 313
Drobysheva E.G., 122
Dudchenko L.Sh., 308
Dymochka M.A., 282
Ezhov A.V., 290
Ezhov V.V., 290, 295
Ezhova L.V., 295
Fizitskaya V.D., 116
Galitskaya A.K., 192
Ganuzin V.M., 237
Gordievskaya E.O., 211
Goryainova M.V., 157
Grigoreva M.I., 36

Grigorieva M.I., 32
Grigorova Ju.A., 225
Grigoryeva N.G., 266
Gromakova S.V., 211
Gurieva I.V., 197, 282
Guseva E.S., 58
Iosifova A.V., 175
Iosifova E.K., 132
Ishutina I.S., 41, 54, 274
Iskenderov D.E., 242
Ivanova E.N., 197
Kablukova A.V., 116
Kaladze N.N., 308
Kalinina V.V., 58
Kantemirova R.K., 274
Karapetian K.K., 73
Karasaeva L.A., 67, 157
Karitskaya Y.O., 326
Karol E.V., 157
Khodakovskii M.D., 41
Khokhlova O.I., 321
Klimasheva S.B., 102
Koganova A.B., 335
Kolyuka O.E., 23
Kondratyeva Ju.E., 67
Konovalova N.G., 122
Kosterina Z.V., 102
Kostiv I.G., 58
Kotelnikova A.V., 205
Kozhushko L.A., 50
Kozłowa S.W., 96
Kramer I.V., 89
Kryukov E.Yu., 246
Kukshina A.A., 205
Kunitzina L.A., 295
Kuskova S.P., 287
Kuznetzova G.P., 269
Kapytok H.V., 164
Lanskaya O.V., 207
Leontyeva L.A., 266

Lorer V.V., 219
 Lvova N.L., 301
 Lyachovetskaya V.V., 122
 Lysov A.D., 207
 Maier M.A., 246
 Makarov K.M., 211
 Manankova Bye S., 109
 Maskova G.S., 237
 Mehdiyev P.S., 339
 Meshchaninova T.P., 58
 Mizin V.I., 290
 Morozova E.V., 45, 197, 282
 Muhamedrahimov R.J., 246
 Musayev A.V., 339
 Nikitin A.V., 116, 230
 Nikitin S.A., 109
 Ohotnikova A.A., 313
 Pershin A.A., 335
 Petukhov D.Yu., 144
 Pirozhkova T.A., 116
 Pogolskaya M.A., 92
 Porohina J.V., 45, 197
 Pudov V.I., 98
 Quliyeva S.Q., 339
 Raduto V.I., 23
 Rahmanina I.N., 140
 Razuvanau A.I., 160
 Rodionova A.Y., 279
 Rogacheva T.V., 127
 Rozhko K.N., 109
 Salikova S.I., 326, 331
 Samarina L.V., 223
 Samoiloa D.A., 140
 Sazhina N.U., 140
 Sergeeva V.V., 279
 Serov A.V., 242
 Shabanova O.A., 54, 274
 Shamsheva E.V., 331
 Shemyakina S.D., 262
 Sheremeta A.N., 331
 Shestakov V.P., 23
 Shmatova S.A., 132
 Shmeleva I.E., 116
 Shoshmin A.V., 109
 Shubina E.V., 237
 Shulyak G.A., 242
 Shurgaya M.A., 116
 Sklyannaya K.A., 32
 Skrebenkov E.A., 211
 Smychek V.B., 96, 160
 Solovieva O.O., 266
 Sotskaya G.M., 181, 187, 304
 Starobina E., 149
 Svetlova O.V., 197, 282
 Svintsov A.A., 23
 Tsarev A.Yu., 290, 295
 Tsinyavskaya T.V., 252
 Ulasava-Razanskaya E.V., 169
 Uzefovich A.S., 58
 Valinurov R.G., 67
 Valiullina L.A., 132
 Vasilchenko E.M., 73, 77, 89, 321
 Vechkanova I.G., 262
 Verevkin I.A., 58
 Vinogradskaya Z.V., 92
 Vladimirova O.N., 41, 50, 54
 Vladykina N.P., 256
 Volynets G.V., 116, 230
 Voronenko E.A., 205
 Yarkov A.A., 45
 Yemelyantsava T.A., 80
 Zhatko O.V., 77
 Zhukova E.V., 181, 187, 304
 Zontova O.V., 98

РЕАБИЛИТАЦИЯ – XXI ВЕК: ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ

**МАТЕРИАЛЫ III НАЦИОНАЛЬНОГО КОНГРЕССА
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

Глав. ред. д-р мед. наук, проф. Г.Н. Пономаренко

Ред. коллегия: д-р мед. наук, проф. Г.В. Помников, канд. мед. наук Е.М. Васильченко,
канд. мед. наук, доц. О.Н. Владимирова, канд. биол. наук А.В. Шошмин, К.Н. Рожко

ISBN 978-5-6044061-6-8



Подписано в печать 19.11.2020 г.

Печать цифровая. Бумага офсетная.

Формат 60x84/8. Объем 21,75 п.л.

Заказ № 2011/20 Тираж 600 экз.

Отпечатано в типографии ООО «ЦИАЦАН»
Санкт-Петербург, пр. Энергетиков, дом.70, литер А, пом. 114