

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ИМ. Г. А. АЛЬБРЕХТА»  
МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ:  
МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ**

Сборник материалов конференции



Санкт-Петербург  
14 сентября 2018 года

УДК 364

ББК 67.305

Комплексная реабилитация инвалидов: межведомственное взаимодействие: сборник материалов научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 14 сентября 2018 года / Минтруд России; [Глав. ред. д-р мед. наук, проф. Пономаренко Г.Н.; ред. коллегия: канд. мед. наук Владимирова О.Н., канд. биол. наук Шошмин А.В., Ломоносова О.В., Корнеева Н.Б.]. – ООО «ЦИАЦАН», ООО «Р-КОПИ» – СПб., 2018. – 204 с.

ISBN 978-5-6041675-0-2

В сборнике материалов научно-практической конференции «Комплексная реабилитации инвалидов: межведомственное взаимодействие» представлены работы, обобщающие результаты научно-практических исследований в области межведомственного взаимодействия в системе реабилитации и абилитации больных и инвалидов, современной модели инвалидности, экспертно-реабилитационной диагностики, определения потребностей в реабилитационных мероприятиях, оценки эффективности реабилитации, применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

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

Материалы адресованы специалистам учреждений медико-социальной экспертизы, реабилитации, образования, социальной защиты населения, служб ранней помощи детям и занятости.

Главный редактор:

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

Редакционная коллегия:

Владимирова О.Н. - кандидат медицинских наук, 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

Ломоносова О.В. – старший научный сотрудник Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Корнеева Н.Б. – старший научный сотрудник Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

ISBN 978-5-6041675-0-2

© Минтруд России, 2018

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

© ООО «Р-КОПИ», 2018

THE MINISTRY OF LABOUR AND SOCIAL PROTECTION OF THE RUSSIAN FEDERATION

FEDERAL STATE BUDGETARY INSTITUTION

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

**SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE**  
**COMPREHENSIVE REHABILITATION**  
**OF DISABLED PEOPLE:**  
**INTERDEPARTMENTAL INTERACTION**

*Proceedings of the Conference*



St. Petersburg  
14 September 2018

Comprehensive Rehabilitation of disabled people: interdepartmental interaction: Proceedings of the Scientific and Practical Conference, St. Petersburg, 14 September 2018 / The Ministry of Labour of Russia; [Chief Ed. Dr. Med. Sci., Prof. G.N. Ponomarenko; Ed. board: Ph.D in Medicine O.N. Vladimirova, Ph.D in Biology, A.V.Shoshmin, O.V. Lomonosova, N.B. Korneeva]. – OOO «CIACAN», OOO «R-COPY» - St. Petersburg., 2018. – 204 p.

ISBN 978-5-6041675-0-2

Proceedings of the Scientific and Practical Conference “Comprehensive Rehabilitation of disabled people: Interdepartmental interaction” contain articles and short papers summarizing findings of scientific and practical researches in the fields of interdepartmental interaction in the system of rehabilitation and habilitation of disabled people, modern model of disability, expertise and rehabilitation diagnostics, identification of needs in rehabilitation measures, assessment of rehabilitation efficiency, implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health.

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

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

Chief Editor:

Ponomarenko G.N. – Honored Worker of Science of the Russian Federation, Doctor of Medical Sciences, Professor, Director General of FSBI FSCRD n.a. G.A. Albrecht of the Ministry of Labour of Russia

Editorial board:

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

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

Lomonosova O.V. – Senior Researcher of the Institute of Rehabilitation and Habilitation of the Disabled of FSBI FSCRD n.a. G.A. Albrecht of the Ministry of Labour of Russia

Korneeva N.B. – Senior Researcher of the Institute of Rehabilitation and Habilitation of the Disabled of FSBI FSCRD n.a. G.A. Albrecht of the Ministry of Labour of Russia

ISBN 978-5-6041675-0-2



Участникам научно-практической конференции «Комплексная реабилитация инвалидов: межведомственное взаимодействие»

Искренне приветствую участников, гостей и организаторов Научно-практической конференции «Комплексная реабилитация инвалидов: межведомственное взаимодействие»!

Проведение Конференции является значимым событием.

На ней обсуждаются вопросы эффективного взаимодействия органов власти, организаций, общественных объединений, участвующих в комплексной реабилитации людей с инвалидностью.

Выполнение обязательств, взятых нашим государством в ходе ратификации Конвенции о правах инвалидов, предусматривает дальнейшее развитие системы мер, направленных на защиту прав людей с инвалидностью, их максимальную самореализацию в соответствии с имеющимися потребностями и возможностями.

Вопросы организации межведомственного взаимодействия по назначению реабилитационных мероприятий и реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) на современном этапе, усиления сотрудничества организаций, занимающихся медицинской, профессиональной, спортивной, социальной реабилитацией, занятостью населения, в настоящее время, приобретают особую актуальность и решение их во многом зависит от эффективной совместной работы различных ведомств, выработки единых механизмов её регулирования.

Уверен, что Конференция пройдет в конструктивном ключе, будет способствовать объединению усилий специалистов широкого профиля и выработке приоритетных направлений развития научных и прикладных исследований, появлению новых технологий и организационных решений в реабилитации.

Желаю всем участникам эффективной и плодотворной работы!

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

## Оглавление

<b>Раздел 1. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ.....</b>	<b>17</b>
ПЕРСПЕКТИВЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ Колосова Г.В.....	17
МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПОТРЕБНОСТИ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРАХ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ Ломоносова О.В., Владимирова О.Н., Шошмин А.В., Старобина Е.М., Сокуров А.В., Корнеева Н.Б.....	18
ПРИНЦИПЫ ПОДБОРА ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРОЦЕССЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ. Божков И.А., Севастьянов М.А.....	23
ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНВАЛИДАМ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ИЛИ АБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ НА ТЕРРИТОРИИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ Сергеева О.В.....	24
ПОТРЕБНОСТЬ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ, УСЛУГАХ, ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Копыток А.В.....	29
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ Кускова С.П. ....	34
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОЦЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ Севастьянов М. А., Сарана А.М.....	42
ПРИМЕНЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА И РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОГНОЗА С УЧЕТОМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ НА ПРИМЕРЕ ФКУ «ГЛАВНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНТРУДА РОССИИ. Бехтерева Н. А., Медовник А. В., Пайков А. Ю.....	47
О РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ «АУТИЗМ. МАРШРУТЫ ПОМОЩИ» В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ Сергеева О. В. ....	51
АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРАВ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ Пайков А. Ю., Медовник А. В.....	56

РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ Устинова Е. В. ....	60
ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ) Максимова З.С. ....	64
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДАМ, ПРОЖИВАЮЩИМ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ. Усенкова И.В., Рычкова Н.М., Кулешова Т.И., Кухто Н.П. ....	70
ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ (ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ) И ОРГАНИЗАЦИЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ИНФОРМАЦИОН-НОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ НА ПРИМЕРЕ УЧРЕЖДЕНИЙ МИНИСТЕРСТВА ТРУДА, ЗАНЯТОСТИ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН Зарипова Э. А. ....	74
КОМПЛЕКСНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ «ВМЕСТЕ С МАМОЙ» ГОСУДАРСТВЕННОГО КАЗЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ «ЧАПАЕВСКИЙ РЦДИПОВ «НАДЕЖДА» Роткина С. В. ....	79
<b>Раздел 2. МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ. ....</b>	<b>85</b>
ОПЫТ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ФКУ «ГБ МСЭ ПО УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ» МИНТРУДА РОССИИ С ОРГАНАМИ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА (РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА) Мухаметгалеева Е.Д., Муравцева Т.М., Семенова Е.В. ....	85
РЕЗУЛЬТАТЫ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ФКУ «ГБ МСЭ ПО РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ» МИНТРУДА РОССИИ С ОРГАНИЗАЦИЯМИ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ И ИСПОЛНЕНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА (РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА), В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПОЛОЖЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 1 ДЕКАБРЯ 2014 ГОДА № 419-ФЗ Струкова О.Г., Кара-оол Н.А. ....	89
ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРАВИЛ ПРИЗНАНИЯ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ В ПРАКТИКЕ РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕЗУЛЬТАТОВ ИХ ОБСУЖДЕНИЯ С ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ ОБЩЕСТВЕННЫХ ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ Кароль Е.В., Абросимов А.В., Кузнецова Ю.И., Белавина Е.А., Тузова М.А. ....	90

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИЛИ АБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ, ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА Безрукова С.А.....	94
О РЕЗУЛЬТАТАХ СОВМЕСТНОГО АНАЛИЗА РЕКОМЕНДАЦИЙ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ В ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016-2017 гг. Перминов В.А., Грузных С.Н.....	96
РЕЗУЛЬТАТЫ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ТРУДОУСТРОЙСТВА ИНВАЛИДОВ Перминов В.А., Грузных С.Н. ....	100
РОЛЬ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ РАЗРАБОТКЕ И РЕАЛИЗАЦИИ ИПРА ИНВАЛИДА (РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА) НА ПРИМЕРЕ ОПЫТА СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ Парпура И.Б., Смушкина Н.Е, Новоселова И.В., Любушкина Т.Л .....	104
О МЕЖВЕДОМСТВЕННОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ФКУ «ГБ МСЭ ПО Г. МОСКВЕ», МОСКОВСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ФСС РФ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ ПО АСПЕКТАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ В 2015 – 2017гг. Лецкая О.А., Кошелева О.В., Смирнова Н.Г., Шелковникова О.А., Яшкина Т.Б., Рассказова Л.П., Харламова М.С. ....	109
УКРЕПЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ПАРТНЕРСТВА С МЕДИЦИНСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ (НА ПРИМЕРЕ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ) Смагина Т. Н., Кузнецова О. В., Малаева В. В., Кавардина Н. П.....	114
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН Бодрова Р.А.....	118
<b>Раздел 3. МЕТОДИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ.....</b>	<b>121</b>
НУЖДАЕМОСТЬ В СЛОЖНОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОБУВИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ПО ДАННЫМ РАЗРАБОТАННЫХ ИПРА В ФКУ «ГЛАВНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО АЛТАЙСКРМУ КРАЮ» МИНТРУДА РОССИИ Акопян Т.А., Владимирова И.А., Тимошников И.В., Самарин Б.А. ....	121
НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ИНВАЛИДОВ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ В САНКТ - ПЕТЕРБУРГЕ В 2015-2017 ГОДАХ Кароль Е.В. Попова Н.В., Самсоненко О.О., Якимова Е.А.....	125
ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ САНКТ – ПЕТЕРБУРГА ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В 2015-2017 ГОДАХ Кароль Е.В., Кузнецова Ю.И., Белавина Е.А., Попова Н.В.....	126



ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ Вальчук Э.Э.....	127
КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭКСПЕРТНО ЗНАЧИМЫХ ДОМЕНОВ МКФ У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ УХА И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА Горайнов И.В., Владимирова О.Н., Шабанова О.А .....	129
РАЗРАБОТКА ПОДХОДОВ К ФОРМИРОВАНИЮ ПЕРЕЧЕНЯ ПРОФЕССИЙ ДЛЯ РАЦИОНАЛЬНОГО ТРУДОУСТРОЙСТВА ЛИЦ С АКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИЕЙ СЛУХА ПОСРЕДСТВОМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ Козлова С.В.....	130
КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ОДНОВРЕМЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ И СЛУХА (НА ПРИМЕРЕ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ) Смагина Т.Н., Кульбаева Г.С., Алексеева Л. Н., Гамова О.А. ....	133
РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Копыток А.В.....	137
РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДА ВСЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ СЛУХА ЧЕРЕЗ УСЛУГИ СУРДОПЕРЕВОДА (ТИФЛОСУРДОПЕРЕВОДА) (НА ПРИМЕРЕ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ) Смагина Т.Н., Деревянко А.В., Бертольд А.М., ЗоммерЛ.Г.....	138
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УСТАНОВЛЕНИЯ СТЕПЕНИ УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ. Севастьянов М.А., Пенина Г.О., Деденёва И.В.....	143
ПОТРЕБНОСТЬ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ СКОЛИОЗА И ИХ РЕАЛИЗАЦИЯ С УЧЕТОМ СОВРЕМЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ Шабанова О.А.....	146
ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО ПРИЧИНЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА Свиридова Е.О., Кантемирова Р.К., Герасимова Г.В., Дорошев А.П., Фидарова З.Д., Суляев В.Г.....	148
ПЕРВИЧНЫЙ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НАЗНАЧЕНИЙ ОРТЕЗОВ СОГЛАСНО ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ (ИПРА) И КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ МЕДИКО-ТЕХНИЧЕСКОЙ КОМИССИИ У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА Джомардлы Э.И., Кольцов А.А .....	150
РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ Полякова А.В., Токарева Д.В., Вознюк И.А., Забиров С.Ш.....	151

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ Мерзликин А.В., Ковлен Д.В., Ищук В.Н.....	152
ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ В СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ Саликова С. И., Шамшева Е.В. ....	153
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО РЕЖИМА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АМПУТАЦИЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ Кантемирова Р.К., Свиридова Е.О., Бурнос А.А., Фидарова З.Д., Сусляев В.Г.....	157
ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛЬНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ГЛАВНОМ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ Рыбченко Н. В., Баранова Л. Ю., Сасси Н. Ю.....	162
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Запарий С.П., Герасимова М.Н.....	166
ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ЛИЦ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА Щукин Н. Н., Хмелевская О. Г.....	172
ПРИМЕНЕНИЕ ТРЕНАЖЕРА «НОВОЕ ДЫХАНИЕ» НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА Ежов В.В., Мизин В.И., Дышко Б.А., Царев А.Ю., Платунова Т.Е.....	174
ФГОС НОО ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ. ОПЫТ РАБОТЫ РЕСПУБЛИКИ КОМИ Уланова С.А., Карманова Н.В.....	178
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МКФ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ДЦП Шошмин А.В., Кожушко Л.А.....	187
ВЕДУЩИЕ ТЕНДЕНЦИИ ИНВАЛИДНОСТИ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В 5-ЛЕТНЕЙ ДИНАМИКЕ Рябокоть А.Г., Доронина О.Е.....	189
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ Гонтмахер А. В., Белая Н.Н., Кокозова М.Ф., Кривцова Л.В.....	190
РАЗВИТИЕ КООРДИНАЦИИ И РАВНОВЕСИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ Гонтмахер А.В., Белая Н.Н., Кокозова М.Ф., Кривцова Л.В.....	191
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ИНВАЛИДОВ КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БАЗОВОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Виданова Ю.И.....	193

ДЕСТРУКТИВНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СКЕЛЕТА У ДЕТЕЙ Зорин В.И., Костик М.М., Мушкин А.Ю.....	194
РАБОТА С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ В УСЛОВИЯХ КАБИНЕТА МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ Русакова М.М., Золотова Е.Н., Галимзянов А.А., Пронина Е.В.....	195
РЕСУРСНЫЙ ЦЕНТР ПО ОКАЗАНИЮ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ ГРАЖДАНАМ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ ФКУ «ГБ МСЭ ПО САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНТРУДА РОССИИ Трекин С. В.....	197
ПОСЛЕНАРКОЗНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА Решетова Т. В., Герасимова А. В., Ломоносова О.В.....	198
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Сергеева В.В., Дымнова С.Е., Бобылева Т.А.....	199

## Table of contents

<b>CHAPTER 1. METHODOLOGICAL AND ORGANIZATIONAL QUESTIONS OF COMPREHENSIVE REHABILITATION AND MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE</b>	17
PROSPECTS FOR THE FORMATION OF A COMPREHENSIVE REHABILITATION SYSTEM AND REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE IN ST. PETERSBURG. Kolossova G.V.....	17
METHODICAL APPROACHES TO DETERMINING THE NEED FOR REHABILITATION MEASURES AT THE PRESENT STAGE Lomonosova O.V., Vladimirova O.N., Shoshmin A.V., Starobina E M., Sokurov A.V., Korneeva N.B. ....	18
PRINCIPLES OF SELECTION OF AIDS FOR PEOPLE WITH DISABILITIES IN THE PROCESS OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH DISABILITIES Bozhkov I. A., Sevastyanov M.A.....	23
THE ORGANIZATION PROVIDED TO PERSONS WITH DISABILITIES REHABILITATION OR HABILITATION SERVICES ON THE TERRITORY OF THE VORONEZH REGION Sergeeva O.V.....	24
THE NEEDS OF PERSONS WITH DISABILITIES IN REHABILITATION ACTIVITIES, SERVICES, TECHNICAL MEANS OF SOCIAL REHABILITATION Kapytok A.V.....	29
ASSESSMENT OF FUNCTIONING AND DISABILITY IN PATIENTS WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS WITH THE USE OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH Kuskova S.P.....	34
THE MAIN DIRECTIONS OF IMPROVEMENT OF THE PROCESS OF REHABILITATION INJURED AT WORK Sevastianov, M.A., Sarana A.M.....	42
APPLIANCE OF THE SPECIAL DIAGNOSTIC EQUIPMENT FOR RATING REHABILITATION POTENTIAL AND REHABILITATION PROGNOSIS TALKING INTO ACCOUNT THE CRITERIA OF INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH AS EXEMPLIFIED BY FEDERAL STATE-FUNDED INSTITUTION "THE MAIN OFFICE OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERT REVIEW IN ROSTOV REGION" OF LABOUR DEPARTMENT OF RUSSIA Bekhtereva N. A., Medovnik A.V., Paykov A.Y.....	47
ON THE IMPLEMENTATION OF THE INTEGRATED PROGRAMME «AUTISM. ROUTES HELP» IN VORONEZH REGION Sergeeva O.V.....	51
RELEVANT ASPECTS OF ENSURING THE RIGHTS OF HANDICAPPED INDIVIDUALS Paikov A.Y., Medovnik A.V.....	56
REABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES IN THE SAMARA REGION Ustinova E.V. ....	60
THE ORGANIZATION OF COMPLEX REHABILITATION AND HABILITATION IN THE REPUBLIC OF SAKHA (YAKUTIA) Maksimova Z.S.....	64

ORGANIZATION OF WORK ON THE FORMATION OF INDIVIDUAL PROGRAM FOR REHABILITATION OR REHABILITATION FOR DISABLED PEOPLE LIVING IN INPATIENT SOCIAL SERVICES OF KRASNOYARSK REGION Usenkova I.V., Rychkova N.M., Kuleshova T.I., Kuhto N.P.....	70
FORMATION OF A SYSTEM OF COMPREHENSIVE REHABILITATION AND HABILITATION FOR DISABLED PEOPLE, INCLUDING CHILDREN WITH DISABILITIES, AND THE ORGANIZATION OF AUTOMATED INTERDEPARTMENTAL INFORMATION INTERACTION - AS ONE OF THE FACTORS ENSURING EFFECTIVE COMPREHENSIVE REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE, INCLUDING DISABLED CHILDREN, AS EXEMPLIFIED BY SOCIAL SERVICE INSTITUTIONS SUBORDINATED TO THE MINISTRY OF LABOR, EMPLOYMENT AND SOCIAL SERVICES OF THE REPUBLIC OF TATARSTAN Zaripova E.A.....	74
COMPREHENSIVE ASSISTANCE OF FAMILIES ADVISING CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH HEAVY FORMS OF DISEASES IN CONDITIONS OF THE REHABILITATION DEPARTMENT "TOGETHER WITH MOTHER" STATE CIVIL INSTITUTION OF THE SAMARA REGION "CHAPAEVSKY RCDIPOV "NADEZHDA" Rotkina S. V.....	79
<b>CHAPTER 2. INTERDEPARTMENTAL INTERACTION IN THE SYSTEM OF COMPREHENSIVE REHABILITATION.....</b>	<b>85</b>
EXPERIENCE OF INTERDEPARTMENTAL INTERACTION OF FSI «MB MSE FOR THE UDMURT REPUBLIC» OF THE MINISTRY OF LABOR OF RUSSIA WITH EXECUTIVE AUTHORITIES OF THE UDMURT REPUBLIC FOR AN ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF THE INDIVIDUAL PROGRAM OF REHABILITATION OR HABILITATION OF THE DISABLED PERSON (THE DISABLED CHILD) Mukhametgaleeva E.D., Muravtseva T.M., Semenova E.V.....	85
THE RESULTS OF THE INTERDEPARTMENTAL INTERACTION PKU" GB IN THE REPUBLIC OF KHAKASSIA, "ITU LABOR RUSSIA WITH ORGANIZATIONS OF EXECUTIVE POWER IN THE REPUBLIC OF KHAKASSIA IN THE FORMATION AND EXECUTION OF THE INDIVIDUAL PROGRAM OF REHABILITATION OR HABILITATION (A PERSON WITH A DISABILITY A CHILD WITH A DISABILITY), WITHIN THE FRAMEWORK OF THE IMPLEMENTATION OF THE PROVISIONS OF THE FEDERAL LAW OF DECEMBER 1, 2014 YEAR NO. 419-FZ Strukova O.G., Kara-ool N.A.....	89
SOME ASPECTS OF THE APPLICATION OF THE RULES OF RECOGNITION OF PERSONS WITH DISABILITY IN THE PRACTICAL WORK OF MEDICAL-SOCIAL EXPERTISE AND RESULTS DISCUSSION WITH REPRESENTATIVES OF PUBLIC PATIENT ORGANIZATIONS Karol E.V., Abrosimov A.V., Kuznetcova Y.I., Belavina E.A., Tuzova M.A.....	90
PSYCHOLOGY AND PEDAGOGICAL REHABILITATION OR ABILITATION OF DISABLED PEOPLE, DISABLED CHILDREN IN AN EDUCATION SYSTEM OF ST. PETERSBURG Bezrukova S.A.....	94
ABOUT RESULTS OF THE JOINT ANALYSIS OF RECOMMENDATIONS OF SEPARATE TYPES OF TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION IN INDIVIDUAL REHABILITATION PROGRAMS OR HABILITATION OF DISABLED PEOPLE OF THE TOMSK AREA FOR 2016-2017 YEARS Perminov V.A., Khokhlov V.E.....	96

RESULTS INTERDEPARTMENTAL INTERACTION IN SOLVING PROBLEMS OF EMPLOYMENT OF DISABLED PEOPLE Perminov V.A., Gruzniĥ S.N.....	100
THE ROLE OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE INSTITUTIONS IN THE REGIONAL SYSTEM OF INTERDEPARTMENTAL COOPERATION IN THE DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF THE IPRA DISABLED (DISABLED CHILD) ON THE EXAMPLE OF THE EXPERIENCE OF THE SVERDLOVSK REGION Parpura I.B., Smushkina N.E., Novoselova I.V., Lyubushkina T.L.....	104
ON INTERAGENCY COOPERATION FKU "GB MSE ACROSS MOSCOW», THE MOSCOW REGIONAL BRANCH FSS OF THE RUSSIAN FEDERATION AND OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS DEPARTMENT OF HEALTH OF MOSCOW ASPECTS OF REHABILITATION OF VICTIMS OF WORKPLACE INJURIES IN 2015 – 2017 Eletsky A.O., Kosheleva O.V., Smirnov N.G., Shelkovnikova O.A., Yashkina T.B., Rasskazov L.P., Kharlamova M.S.....	109
STRENGTHENING SOCIAL PARTNERSHIPS WITH HEALTH CARE INSTITUTIONS (ON THE EXAMPLE OF THE ORENBURG REGION) Smagina T.N. Kuznetsova O.V., Malaeva V.V., Cawardine N. P. ....	114
THE EFFECTIVENESS OF INTERAGENCY REHABILITATION ON THE EXAMPLE OF REPUBLIC OF TATARSTAN Bodrova R. A.....	118
<b>CHAPTER 3. METHODOICAL QUESTIONS OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE AND REHABILITATION.....</b>	<b>121</b>
NEEDINESS IN COMPLEX ORTHOPAEDIC SHOE DISABLED CHILDREN ACCORDING TO DEVELOPED INRA IN PKU "HEAD OFFICE MEDICAL AND SOCIAL EXAMINATION ON ALTAJSKRMU THE STPS, EDGE" OF RUSSIA Hakobyan T.A., Vladimirova I.A., Timoshnikova I.V., Samarin B.A.....	121
SOME INDICATORS OF RECOMMENDATIONS ON THE PROVISION OF DISABLED PEOPLE WITH TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION IN ST. PETERSBURG IN 2015-2017 Karol E.V., Popova N.V., Samsonenko O.O., Yakimova E.A.....	125
MAIN RESULTS OF ACTIVITY OF THE INSTITUTIONS MEDICO-SOCIAL EXPERTISE OF SAINT PETERSBURG FOR REHABILITATION OF THE DISABLED IN THE YEARS 2015-2017 Karol E.V., Kuznetsova Y.I., Belavina E.A., Popova N.V.....	126
EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF PRIMARY DISABILITY WITH MALIGNANT NEOPLASMS OF THE MAMMARY GLAND AT FEMALE POPULATION OF THE REPUBLIC OF BELARUS Valchuk E.E.....	127
CLINICAL AND STATISTICAL ANALYSIS OF EXPERTLY SIGNIFICANT ICF DOMAINS IN CHILDREN WITH DISABILITIES AFTER EAR DISEASES AND MASTOID PROCESS Goryainov I.V., Vladimirova O.N., Shabanova O.A.....	129
DEVELOPMENT OF APPROACHES TO FORMING THE LIST OF PROFESSIONS FOR THE RATIONAL EMPLOYMENT OF PERSONS WITH ACOUSTIC CORRECTION OF HEARING BY MEANS OF THE USE OF MODERN TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION Kozłowa S.W.....	130

COMPUTER TECHNOLOGIES FOR THE REHABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES WITH SIMULTANEOUS VISUAL AND HEARING IMPAIRMENT (ON THE EXAMPLE OF THE ORENBURG REGION) Smagina T. N., Kulbaeva G.S., Alekseeva L.N., Gamova O.A. ....	133
THE RESULTS OF THE IMPLEMENTATION OF INDIVIDUAL REHABILITATION PROGRAMS OF YOUNG DISABLED PEOPLE Kapytok A.V. ....	137
REHABILITATION OF A DISABLED PERSON DUE TO HEARING IMPAIRMENT THROUGH THE SERVICES OF SIGN LANGUAGE (TEPLOSETEVAYA) (ON THE EXAMPLE OF ORENBURG REGION) Smagina T.N., Derevyanko A.V., Bertholt A. M., Sommer L.G. ....	138
REGIONAL FEATURES OF ESTABLISHMENT OF DEGREE OF LOSS OF PROFESSIONAL WORKING CAPACITY Sevastianov M.A., Penina G.O., Dedeneva I.V. ....	143
THE NEED FOR REHABILITATION OF CHILDREN DISABLED DUE TO SCOLIOSIS AND THEIR IMPLEMENTATION TAKING INTO ACCOUNT MODERN POSSIBILITIES Shabanova O. A. ....	146
PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS AFTER AMPUTATION OF LOWER LIMBS ON THE REASON OF TARGET ATHEROSCLEROSIS Sviridova E.O., Kantemirova R.K., Gerasimova G.V., Doroshev A.P., Fidarova Z.D., Suslyayev V.G. ....	148
THE PRIMARY COMPARATIVE ANALYSIS OF PRESCRIPTIONS OF ORTHOSES ACCORDING TO INDIVIDUAL REHABILITATION AND HABILITATION PROGRAM AND CLINICAL RECOMMENDATIONS MEDICAL AND TECHNICAL COMMISSION IN CHILDREN WITH SPASTIC FORMS OF CEREBRAL PALSY Dzhomardly E.I., Koltsov A. A. ....	150
THE ROLE OF FUNCTIONAL ELECTROSTIMULATION IN THE EARLY REHABILITATION OF PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE Polyakova A.V., Tokareva D.V., Voznyuk I.A., Zabirov S.Sh. ....	151
ASSESSMENT OF THE NEED FOR MEDICAL REHABILITATION IN SELECTED POPULATION GROUPS Merzlikin A.V., Kovlen D.V., Ishchuk V.N. ....	152
TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION OF SOCIAL ADAPTATION OF DISABLED CHILDREN OF THE OMSK REGION Salikova S. I., Shamsheva E.V. ....	153
THE CHOICE OF THE OPTIMAL MODE OF THE MOTOR IN PATIENTS WHO CARRIED THE AMPUTATION OF THE LOWER LIMBS AT THE REHABILITATION STAGE Kantemirova R.K., Sviridova E.O, Burnos A.A., Fidarova Z.D., Suslyayev V.G. ....	157
THE STRUCTURE OF CONTROL AND METHODOLOGICAL WORK IN THE HEAD BUREAU OF MEDICAL-SOCIAL EXPERTISE IN IRKUTSK REGION Ryibchenko N.V., Baranova L.Y., Sassi N.Y. ....	162
PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF REHABILITATION AND HABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES AS A RESULT OF BREAST CANCER Zaparyi S.P., Gerasimova M. N. ....	166

PECULIARITIES OF PRIMARY DISABILITY OF PERSONS OF RETIREMENT AGE Schukin N. N., Khmelevskaya O. G.....	172
APPLICATION OF SIMULATORS "NEW BREATH" ON SANATORIUM STAGE OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC BRAIN ISCHEMIA Ezhov V.V., Mizin V.I., Dishko B.A., Tsarev A.Y., Platunova T.E.....	174
AND INTELLECTUAL DISABILITIES. EXPERIENCE OF THE KOMI REPUBLIC EDUCATION STANDARDS FOR CHILDREN WITH DISABILITIES Ulanova S.A., Karmanova N.V.....	178
THE USE OF THE ICF IN REHABILITATION DIAGNOSTICS OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY Shoshmin A.V., Kozhushko L.A. ....	187
LEADING TRENDS IN DISABILITY IN THE LENINGRAD REGION IN THE 5-YEAR DYNAMICS Riabokon A.G., Doronina O.E.....	189
MODERN TECHNOLOGY IN A COMPREHENSIVE PHYSICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY Gontmaher A.V., Belaya N.N., Kokozova M.F., Krivtsova L.V.....	190
THE DEVELOPMENT OF COORDINATION AND BALANCE IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY Gontmaher A.V., Belaya N.N., Kokozova M.F., Krivtsova L.V.....	191
PROFESSIONAL ORIENTATION AND PROFESSIONAL COUNSELING OF DISABLED PEOPLE AS ONE OF THE ACTIVITIES OF THE BASIC PROFESSIONAL EDUCATIONAL ORGANIZATION Vidanova Y. I. ....	193
DESTRUCTIVE LESIONS OF THE SKELETON IN CHILDREN Zorin V.I., Kostik M.M., Mushkin A.Y.....	194
WORK WITH CHILDREN SUFFERING FROM DISABILITY IN THE CONDITIONS OF THE DEPARTMENT OF MEDICAL SOCIAL CARE OF CHILDRENS HEALTH CENTER Rusakova M.M , Zalotova E.H , Galimzyanov A.A , Pronina E.B.....	195
RESOURCE CENTER RENDERING PUBLIC SERVICES TO PERSONS WITH DISABILITIES OF FEDERAL STATE INSTITUTION «THE MAIN BUREAU OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE IN SAMARA REGION» OF MINISTRY OF LABOR AND SOCIAL PROTECTION OF THE RUSSIAN FEDERATION Trekin S.V.....	197
POST ANESTHETIC REHABILITATION FOR HIGH-RISK PATIENTS Reshetova, T. V., Gerasimov A.V., Lomonosova O. V.....	198
ACTUAL PROBLEMS REHABILITATION OF PATIENTS WITH OSTEOPOROSIS OF ADVANCED AGE Sergeeva V.V., Dimkova S. E., Bobyleva T.A.....	199



# **РАЗДЕЛ 1. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И МСЭ**

УДК 614.8.067.3

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ**

Колосова Г.В.

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

## **PROSPECTS FOR THE FORMATION OF A COMPREHENSIVE REHABILITATION SYSTEM AND REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE IN ST. PETERSBURG**

Kolosova Galina Vladimirovna

The Committee on social policy of St. Petersburg  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация:** В статье рассматриваются ключевые направления реализации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) в Санкт-Петербурге.

**Abstract:** The article discusses the key areas of implementation of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled (disabled children) in St. Petersburg.

**Ключевые слова:** инвалиды, дети-инвалиды, реабилитация, межведомственное взаимодействие, система

**Key words:** Personswithdisabilities, childrenwithdisabilities, rehabilitation, interdepartmentalin-teraction, thesystem

В настоящее время в Санкт-Петербурге с учетом действующего федерального законодательства реализуются следующие направления реабилитации: медицинская, социальная, профессиональная, мероприятия по общему и профессиональному образованию, физкультурно-оздоровительные мероприятия, мероприятия по занятию спортом, выполняемых с учетом имеющихся у инвалидов (детей-инвалидов) индивидуальных программ реабилитации и абилитации (далее – ИПРА), выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.

В Санкт-Петербурге сформирована база учреждений различных сфер деятельности, осуществляющих мероприятия ИПРА:

образование - 386 учреждений;

здравоохранение - 45 учреждений;

социальное обслуживание населения - 64 учреждения;

занятость населения - 18 учреждений;

физическая культура и спорт - 18 учреждений

Несмотря на имеющуюся в Санкт-Петербурге развитую инфраструктуру предоставления мероприятий, предусмотренных ИПРА, в соответствующих сферах, остается ряд проблем, решение которых имеет стратегическое значение для развития социальной сферы.

Реализация комплексной системы реабилитации и абилитации инвалидов будет реализовано посредством:

- организации межведомственного взаимодействия учреждений здравоохранения, образования, занятости населения, социального обслуживания, физической культуры и спорта: определение потребности инвалидов (детей-инвалидов), детей целевых групп в реабилитационных

и абилитационных услугах, услугах ранней помощи, их выявление, маршрутизация получения ими услуг в соответствующих сферах;

- обеспечения доступности реабилитационных и абилитационных услуг для инвалидов и детей-инвалидов, услуг ранней помощи для детей целевых групп, путем формирования перечня учреждений различных сфер деятельности, участвующих в системе комплексной реабилитации

и абилитации, перечней услуг, которые они предоставляют, учитывая их специфику;

- координации деятельности учреждений различных сфер деятельности, использование информационных технологий, обеспечение преемственности в сопровождении инвалидов и детей-инвалидов в системе комплексной реабилитации и абилитации, оказания услуг ранней помощи детям целевых групп, путем создания Координационного совета по формированию и развитию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов), организации ранней помощи;

- формирования современной инфраструктуры служб ранней помощи, учреждений, оказывающих реабилитационные и абилитационные услуги инвалидам, детям-инвалидам;

- создания ресурсных центров, реализующих методическое сопровождение деятельности организаций, участвующих в реализации мероприятий, предусмотренных в ИПРА, в системе комплексной реабилитации и абилитации.

УДК 616-036.86+342.72/.73

## **МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПОТРЕБНОСТИ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРАХ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Ломоносова О.В. , Владимирова О.Н. , Шошмин А.В. ,  
Старобина Е.М. , Сокуров А.В. , Корнеева Н.Б.

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

## **METHODICAL APPROACHES TO DETERMINING THE NEED FOR REHABILITATION MEASURES AT THE PRESENT STAGE**

Lomonosova O.V. , Vladimirova O. N. , Shoshmin A.V. ,Starobina E. M.,  
Sokurov A.V., Korneeva N. B.

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

**Аннотация.** Цель исследования – в рамках нового прецизионного (персонализированного) медико-социального направления изучения инвалидности разработать и обосновать рекомендации по определению потребности инвалида и ребенка-инвалида в реабилитации и абилитации на основе оценки ограничения жизнедеятельности с учетом социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных с применением действующих нормативных правовых актов и положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее-МКФ) [1].

Сделаны предложения по внедрению в практическую деятельность специалистов медико-социальной экспертизы и специалистов, участвующих в оказании реабилитационных услуг, методик экспертно-реабилитационной диагностики с учетом социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных с целью определения видов и степени выраженности ограничений жизнедеятельности, а также определения потребности инвалида и ребенка-инвалида в реабилитации и абилитации на основе оценки ограничений жизнедеятельности с использованием МКФ.

**Abstract.** The aim of the study is to analyze the international and Russian experience, to develop evidence - based recommendations to determine the needs of disabled people and children with disabilities in rehabilitation and habilitation based on the assessment of restrictions of life, taking into account social, professional, labor and psychological data with the use of existing regulations and provisions of the International Classification of Functioning, Disability and Health (hereinafter-ICF).

Proposals are made for the introduction into practice of medical and social expertise and specialists involved in the provision of rehabilitation services, methods of expert and rehabilitation diagnostics, taking into account social, professional, labor and psychological data to determine the types and severity of life restrictions, as well as determining the needs of the disabled and disabled child in rehabilitation and habilitation based on the assessment of life restrictions using ICF.

**Ключевые слова:** инвалидность, реабилитация, абилитация, ограничение жизнедеятельности, потребности.

**Key words:** disability, rehabilitation, habilitation, health limitation, needs.

**Актуальность.** В настоящее время отсутствуют утвержденные методические рекомендации по определению потребностей в проведении реабилитационных и абилитационных мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида и ребенка – инвалида. Кроме этого, используемая, в настоящее время во МСЭ, классификация ограничений жизнедеятельности (ОЖД) основана на понятиях, принятых в МКН [1] и значительно устарела, так как не дает полного описания состояния освидетельствуемого. Данные для применения в практической деятельности формулировки имеют расплывчатый характер и не имеют классификацию более низкого порядка, что не всегда позволяет описать целостную потребность инвалидов в мерах реабилитации с учетом нарушенных функций, активности инвалида/ребенка-инвалида и его участия в жизни общества с учетом факторов окружающей среды для его интеграции в среду жизнедеятельности.

В то время как разработанная на основе МКН и описанная в МКФ биопсихосоциальная модель инвалидности позволяет более полно и последовательно описать потребности инвалида в реабилитации/абилитации.

Несмотря на активное практическое внедрение оценки нарушенных функций организма, ограничений жизнедеятельности с учетом затруднений во взаимодействии с окружающей средой, отработка методических приемов практического использования МКФ является актуальной проблемой.

**Материал и методы исследования:** в ходе исследования использовались качественные и количественные методы оценки; анализ нормативных правовых источников; сравнение; обобщение; анализ документов; моделирование.

**Результаты и их обсуждение.**

Подписание в 2008 году Российской Федерацией и ратификация в 2012 году Конвенции о правах инвалидов от 13 декабря 2006 г. (далее - Конвенция) [2], является показателем готовности страны к формированию условий, направленных на соблюдение международных стандартов экономических, социальных, юридических и других прав инвалидов.

Частью 4 статьи 15 Конституции Российской Федерации [3] предусмотрено, что общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются составной частью ее правовой системы.

В соответствии с главой 1 Государственной программы «Доступная среда» [4] система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов формируется с учетом требований Конвенции, а также положений МКФ.

Положения МКФ включены в нормативное правовое регулирование порядка организации медицинской реабилитации, ранней помощи детям и их семьям.

МКФ теоретически обосновывает и рекомендует использовать стандартизированные подходы при изучении последствий изменения здоровья у людей, предлагая простой

и понятный для всех пользователей язык общения. Её положения являются логическим дополнением МКБ-10, позволяют оценить «составляющие» здоровья человека и интегрирует две модели (медицинскую и социальную) для понимания и объяснения ограничений жизнедеятельности и функционирования на основе «биопсихосоциального» подхода [5].

МКФ позволяет все состояния здоровья инвалидов, больных и здоровых сравнивать по общей шкале – шкале здоровья и ограничений жизнедеятельности и принята в ООН как одна из классификаций, на которой основываются «Стандартные правила по созданию равных возможностей для лиц с ограничениями жизнедеятельности» [6]

ВОЗ в процессе реабилитации выделяет три этапа: медицинской, профессиональной и социальной реабилитации.

В качестве основного системо- и структурообразующего фактора системы реабилитации выступают объективно существующие в обществе потребности инвалидов и детей-инвалидов в разных мерах реабилитации/абилитации.

Можно выделить следующие аспекты реабилитационной работы: медицинский, профессиональный, психологический, правовой, социальный. Многоаспектный характер реабилитационной деятельности определяет участие в ней разных специалистов, ведомств, служб, фондов и общественных организаций.

Оценка потребности инвалида и ребенка-инвалида в реабилитации и абилитации является многоэтапным процессом, который проходит в федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы, на уровне исполнительных органов власти субъекта Российской Федерации и в учреждениях реабилитационной направленности разных организационно-правовых форм и форм собственности.

Реабилитационно-экспертная диагностика включает в себя клиническую, психологическую, социальную, профессионально-трудовую и психофизиологическую диагностики. Заимствуя методы исследования других научных дисциплин (медицины, психологии, социологии и других), специалисты при определении потребности в реабилитации/абилитации на основе комплексного обобщения и анализа результатов этих исследований выходят на новый уровень знаний и представлений о больном человеке (в отличии от конкретной научной дисциплины), интерпретируя полученные данные в терминах и понятиях реабилитологии и используя их для решения конкретных реабилитационных задач.

Отличительными особенностями реабилитационно-экспертной диагностики являются: ее проведение в разных учреждениях и организациях, сложный и комплексный характер, необходимость применения разных методов и методик исследования и участия разных специалистов, сложные в методическом отношении подходы по обобщению, анализу и интерпретации полученных результатов диагностики для принятия правильного решения в отношении направлений реабилитации/абилитации или конкретных реабилитационных/абилитационных мер.

Федеральные учреждения медико-социальной экспертизы Российской Федерации выполняют важную государственную задачу - не только установление инвалидности, но и определение потребности в мерах медицинской, профессиональной, социальной реабилитации, технических средствах реабилитации.

Согласно положениям статьи 11 Федерального закона Российской Федерации от 25.11.1995г. № 181-ФЗ (далее-Федеральный закон) [7] необходимый объем оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности определяется специалистами федеральных учреждений медико-социальной экспертизы при формировании индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (далее - ИПРА инвалида).

Определение потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, происходит в установленном порядке на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма (согласно Федеральному закону).

Данная оценка осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма гражданина на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием Классификаций и критериев [8].

Определение потребности инвалида, ребенка инвалида в реабилитации или абилитации состоит из следующих этапов:

- а) проведение реабилитационно-абилитационной экспертной диагностики;
- б) оценка социального статуса;
- в) оценка реабилитационного и абилитационного потенциала;
- г) определение реабилитационного и абилитационного прогноза;
- д) определение реабилитационных или абилитационных мероприятий, технических средств реабилитации, товаров и услуг, в которых нуждается инвалид, ребенок-инвалид для восстановления (формирования) (полностью или частично) или компенсации (полностью или частично) утраченных (отсутствующих) способностей к выполнению бытовой, общественной, профессиональной деятельности с учетом его индивидуальных особенностей и возможностей

Технологически реабилитационно-экспертная диагностика включает следующие этапы:

- 1) клинико-функциональную диагностику: определение стойкости, вида и степени нарушений функций организма гражданина;
- 2) сбор и изучение социальных, профессионально-трудовых и психологических данных методами опроса, интервьюирования, запроса документов, обследования на дому, имитации и др.
- 3) оценка социального, профессионально-трудового, психологического статусов гражданина;
- 4) оценка прогноза и потенциала восстановления или компенсации жизнедеятельности инвалида (реабилитационного потенциала и прогноза);
- 5) оценка категории ограничения жизнедеятельности, степени ОЖД;
- 6) оценка факторов окружающей среды: барьеров, затрудняющих реализацию жизнедеятельности инвалида, облегчающих факторов (в т.ч. возможностей реабилитационной инфраструктуры);
- 7) оформление данных в экспертной документации;
- 8) принятие соответствующих решений: о факте инвалидности, о потребности в мерах реабилитации или абилитации.

Критерии формирования специалистами федеральных учреждений медико-социальной экспертизы заключений о наличии у инвалида ограничений жизнедеятельности, их вида и степени выраженности и нуждаемости (не нуждаемости) в соответствующих видах реабилитации или абилитации, ТСП включают в себя три группы критериев:

- 1) Клинико-функциональные критерии (по смыслу, медицинские показания и противопоказания) и психофизиологические критерии, которые выявляют в результате клинико-функциональной диагностики и психофизиологической диагностики в учреждении МСЭ с учетом сведений, полученных из медицинской организации.
- 2) Критерии активности и участия (жизнедеятельности), которые диагностируют путем проведения социальной, профессионально-трудовой, психолого-педагогической и иных видов диагностики
- 3) Критерии окружающей среды.

Сложность использования МКФ заключается в отсутствии регламентирующих процедур, которые позволили бы сократить количество и объем диагностической работы по установлению номенклатуры и степени функциональных нарушений. В базовом наборе МКФ оценке могут подлежать сотни функций, анатомических структур, проявлений активности и реализации, не говоря уже о многообразии взаимодействия с окружающей средой. Без выработки определенного порядка и ограничений диагностического алгоритма, МКФ легко превратить в громоздкий и неудобный механизм.

В предложенной авторами методике, сделана попытка выделить основные значимые домены МКФ по соответствующим категориям.

Предлагается выносить заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в мерах реабилитации или абилитации исходя из соотношения:

1) степени выраженности стойких нарушений функций организма, установленной в соответствии с количественной системой оценки и нарушений функций и структур организма по МКФ;

2) наличия и степени выраженности ограничений жизнедеятельности и оценки активности и участия гражданина по МКФ;

3) состояния основных компонентов социального статуса человека по оценке результатов экспертно-реабилитационной диагностики и факторов окружающей среды по МКФ.

Например, при определении нуждаемости в мероприятиях по социально-средовой реабилитации или абилитации, специалистам необходимо оценить следующие факторы стойких умеренных и более выраженных нарушений (40-100%) функций: речевых, психических, сенсорных, статодинамических, сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, системы крови и иммунной системы, мочевыделительной, кожи и связанных с ней систем, в соотношении со стойкими нарушениями функций организма по доменам МКФ b110-b899; s110- s 899; ограничениям способностей к самообслуживанию, передвижению, к общению, ориентации, обучению, контролю за своим поведением 1,2,3 степени при наличии потребности и возможности компенсации данных ОЖД с учетом затруднений в выполнении отдельных видов жизнедеятельности по следующим доменам МКФ:

- d310-d 369 общение;
- d410- d 489 мобильность;
- d510-d 599 самообслуживание;
- d610-d 699 бытовая жизнь; а также оценкой социально-средового статуса: (нарушен или утрачен (не сформирован) с применением основных доменов МКФ, таких как:
  - e110-199 продукции и технологии (пользование техническими средствами для передвижения, барьеры передвижения в жилье, на улице и др.)
  - e 210-e299 природное окружение и изменения окружающей среды, осуществлённые человеком: место жительства и передвижение в городе, в селе, по песку, гравию, по холмистой местности, в зимнее время года по снегу и др.
  - e 310-e399 поддержка и взаимосвязи: помощь семьи, родственников, персонала при передвижении, при взаимодействии в социуме
  - e 410-e499 установки
  - e 510-599 службы, административные системы и политика, в т.ч наличие развитой реабилитационной инфраструктуры.

На основании вышеизложенного, методологические подходы к оценке потребностей инвалида и ребенка-инвалида в мерах реабилитации и абилитации должны основываться на действующих нормативных правовых документах Российской Федерации, а также международных принципах, изложенных на современном этапе в Конвенции о правах инвалидов, модели инвалидности, описанной в МКФ и дополненных отечественной практикой.

Используя МКФ, можно на уровне организма, личности и общества довольно точно исследовать характер и выраженность ОЖД, в контексте влияния основных компонентов социального статуса человека (факторов окружающей среды), что, в свою очередь, позволит доказательно обосновывать необходимость и объем реабилитационных мероприятий и решения по определению потребности в тех или иных мерах реабилитации

Это позволит придать этим решениям конкретный правовой статус в соответствии с требованиями нормами международного и российского законодательства, действующего в области социальной защиты лиц с ограничениями жизнедеятельности.

Список литературы:

1. Международная классификация функционирования. Пересмотр Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН), которая впервые была опубликована Всемирной Организацией Здравоохранения в 1980 г. для исследовательских целей. Разработанный после всесторонних испытаний и международных консультаций в течение последних 5 лет, он был утвержден 22 мая 2001 г. 54-й сессией ассамблеи ВОЗ (резолюция WHA54.21).

2. Конвенция о правах инвалидов. – ООН, 2006 URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 13.07.2018).

3. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 13.07.2018).

4. Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 N 1297 (ред. от 30.03.2018) "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 - 2020 годы" URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 13.07.2018).

5. Кочубей А.В., Юнусов Ф.А. «Интеграция инструментов международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья и современной модели реабилитационного процесса». Неврологический вестник. 2009.-N 4.-С.22-26.

6. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. – ООН, 1993 URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 13.07.2018).

7. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 29.12.2017) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации". URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 13.07.2018).

УДК: 617.7

## **ПРИНЦИПЫ ПОДБОРА ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРОЦЕССЕ МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ.**

Божков И.А.<sup>1</sup>, Севастьянов М.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ФГБОУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов»  
Минтруда России, Санкт-Петербург

## **PRINCIPLES OF SELECTION OF AIDS FOR PEOPLE WITH DISABILITIES IN THE PROCESS OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH DISABILITIES**

Bozhkov I. A.<sup>1</sup>, Sevastyanov M.A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

<sup>2</sup>St. Petersburg State Budgetary Institution «Medical and social rehabilitation of visually  
handicapped persons Centre»

**Ключевые слова:** социальное обеспечение инвалидов, технические средства реабилитации, дети-инвалиды

**Key words:** social security of persons with disabilities, assistive rehabilitation devices, disabled child.

Правильный подбор и применение технических средств реабилитации (ТСР) может значительно уменьшить или даже устранить ограничения активности и участия пациентов. Обеспечение ТСР является важной составляющей частью индивидуального плана реабилитации ребёнка-инвалида. Назначение ТСР входит в область задач как медицинских, так и социальных служб.

Исходя из текста приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 13 февраля 2018 г. № 86н особые изделия с грифом «в том числе для детей инвалидов» встречаются среди кресел-колясок, ходунков, опор, подгузников, Брайлевских дисплеев и программ экранного доступа, остальные 19 позиций, по мнению Минтруда, универсальны и не требуют выделения детского ассортимента.

Даже среди изделий с грифом «в том числе для детей инвалидов» представлен далеко не полный перечень требующихся дополнительных функций. Так, среди предлагаемых модификаций кресел-колясок наиболее сложным изделием является: «Кресло-коляска с ручным приводом с дополнительной фиксацией (поддержкой) головы и тела, в том числе для больных ДЦП (для инвалидов и детей-инвалидов)». При этом не учтена возможная необходимость таких дополнительных приспособлений как различные типы фиксаторов (майка, жилетка, штанишки и т.д.), абдукторов, подножек с фиксацией стоп, подлокотников разной высоты, боковых поддержек туловища и т.д.

Для возможно более полного удовлетворения индивидуальных потребностей детей-инвалидов в возможно использование алгоритмов/формуляров, позволяющих оперативно и комплексно определить индивидуальную потребность ребенка с учетом многообразия значимых факторов. Например, рассматривая алгоритм назначения кресло-стула с санитарным оснащением, становится очевидной необходимость учета многих параметров: условий проживания, уровня мобильности, зависимости от окружающих при пересаживании, роста, веса и пола пациента, а также возможности самостоятельно встать, поддерживать равновесие в положении сидя и контролировать положение головы. Оценивая эти и иные критерии, мы смогли получить более 60 различных вариантов изделий, необходимых конкретным пациентам. Как показал первый опыт использования подобных стандартов, любой участник процесса выбора ТСР может быстро без «проб и ошибок» определить необходимое изделие, снизив финансовые и временные расходы необходимые для создания оптимальной адаптивной среды.

Подбор ТСР с помощью вышеуказанных алгоритмов, существенно ускоряет и упрощает работу специалистов, занимающихся индивидуальным подбором ТСР.

УДК 364, 376

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНВАЛИДАМ  
РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ИЛИ АБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ НА ТЕРРИТОРИИ  
ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ**

Сергеева О.В.

Департамент социальной защиты Воронежской области

Воронеж

**THE ORGANIZATION PROVIDED TO PERSONS WITH DISABILITIES  
REHABILITATION OR HABILITATION SERVICES ON THE TERRITORY OF THE  
VORONEZH REGION**

Sergeeva O. V.

The Department of social protection of the Voronezh region

Voronezh



**Аннотация:** Статья посвящена вопросам повышения уровня обеспеченности инвалидов, в том числе детей-инвалидов, реабилитационными и абилитационными услугами, ранней помощью, а также уровня профессионального развития и содействия занятости инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Воронежской области.

**Abstract:** the Article is devoted to the issues of increasing the level of provision of disabled people, including children with disabilities, rehabilitation and habilitation services, early assistance, as well as the level of professional development and employment, including the promotion of employment, disabled people, including children with disabilities, in the Voronezh region.

**Ключевые слова:** инвалид, реабилитация, абилитация, исполнительные органы государственной власти

**Key words:** disabled person, rehabilitation, habilitation, Executive bodies of state power

#### **Вступление.**

Важнейшей социальной задачей в настоящее время является обеспечение реабилитации и социальной защиты инвалидов, что позволит им стать полноправными членами социума и принимать активное участие во всех сферах общественной жизни.

В Воронежской области, как и в России в целом, на протяжении многих лет уровень инвалидности населения остается высоким. Численность инвалидов составляет более 210 тыс. человек (около 10 процентов постоянного населения). Численность детей-инвалидов в возрасте 0-17 лет составляет 6,7 тыс. человек.

В 2017 году показатель полной реабилитации инвалидов старше 18 лет составил 1,8 процента, показатель частичной реабилитации – 9,2 процента.

#### **Актуальность и цели.**

Актуальность создания системы комплексной реабилитации или абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, связана с нуждаемостью инвалида в проведении медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья.

Существующие реабилитационные учреждения работают без достаточной координации своих действий и это негативно сказывается на эффективности процесса реабилитации инвалидов.

Действующая система медико-социальной экспертизы и реабилитации предполагает неоднократное посещение гражданами ряда учреждений, затрату времени и усилий для получения реабилитационных услуг, рекомендованных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида.

Формирование системы реабилитации или абилитации на территории Воронежской области имеет своей целью создание условий для полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности.

#### **Методы и результаты.**

В настоящее время на территории Воронежской области создана и функционирует 3-х уровневая система медицинской реабилитации.

С декабря 2016 года Воронежская область включена в пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации».

В рамках реализации пилотного проекта было обучено 39 специалистов (врачи, клинические психологи и логопеды).

Медицинская реабилитация осуществляется в 22 медицинских организациях Воронежской области.

На 1 этапе медицинская реабилитация проводится в палатах интенсивной терапии и палатах ранней реабилитации первичных сосудистых отделений (центров) на 425 койках.

В соответствии со Шкалой реабилитационной маршрутизации пациенты направляются на второй этап медицинской реабилитации, которая осуществляется на базе реабилитационных отделений стационаров для больных с заболеваниями ЦНС, соматическими заболеваниями, периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата.

Все отделения медицинской реабилитации пролицензированы, оснащены необходимым оборудованием, функционируют мультидисциплинарные бригады специалистов, прошедших обучение, в том числе и на федеральных базах.

На территории Воронежской области действует ежедневный видеоселектор («бюро госпитализаций»), позволяющий улучшить взаимодействие между первичными сосудистыми отделениями и отделениями 2 этапа реабилитации. Отмечается увеличение в два раза в 2017 году количества пациентов, направленных на 2 этап реабилитации сразу после 1 этапа, с учетом показаний, реабилитационного потенциала и оценки баллов по шкале Ренкин.

Третий этап амбулаторной реабилитации в соответствии с маршрутизацией осуществляется на базе амбулаторно-поликлинических отделений для взрослого и детского населения.

Работа по формированию в Воронежской области системы ранней помощи начата в 2012 году на базе областного центра реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями «Парус надежды». Была создана служба раннего вмешательства, деятельность которой направлена на минимизацию отклонений в развитии и профилактику инвалидности у детей на основе комплексной реабилитации в раннем возрасте путем проведения максимально ранней реабилитационной работы с ребенком и его родителями.

В настоящее время услуги детям раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) оказывают областные детские реабилитационные учреждения, которыми производится выявление детей группы риска в самом раннем возрасте при непосредственном участии родителей, последующая углубленная диагностика, оказание ребенку при необходимости медицинских и социально-реабилитационных услуг. После установления диагноза родители имеют возможность направить ребенка на реабилитацию в центр «Парус надежды», а также в один из центров ментального здоровья, либо в кабинет для работы с детьми с РАС в детском амбулаторном отделении Воронежского областного клинического психоневрологического диспансера.

При достижении ребенком трехлетнего возраста в систему оказания услуг ранней помощи, помимо вышеперечисленных учреждений включаются детские дошкольные учреждения региональной системы образования: лекотеки и ресурсные группы, а также учреждения социальной защиты: «Воронежский центр реабилитации инвалидов» (г. Воронеж) и зональный реабилитационный центр «Журавлик» (г. Борисоглебск). Основная цель второго этапа – подготовка ребенка и его родителей к получению образования по специальной или общей программе, в зависимости от тяжести заболевания и реабилитационного потенциала.

Основной (типовой) перечень услуг для семьи в рамках второго этапа:

- медико-профилактическое сопровождение;
- повышение родительских компетенций в сфере ранней диагностики РАС и воспитания детей с ментальными нарушениями;
- развитие когнитивных функций;
- психолого - педагогическая реабилитация и коррекция;
- медико-социальная реабилитация и абилитация.

В целях организации взаимодействия по оказанию услуг детям с ОВЗ органами государственной власти Воронежской области в сфере образования, здравоохранения и социальной защиты в апреле 2016 года подписано трехстороннее соглашение,

разработана и утверждена «дорожная карта» реализации мероприятий межведомственных планов по вопросам образования детей-инвалидов и детей с ОВЗ на 2017- 2020 гг.

На базе казенного общеобразовательного учреждения Воронежской области «Центр лечебной педагогики и дифференцированного обучения» создано подразделение Службы ранней помощи детям, испытывающим трудности в развитии и социальной адаптации в возрасте от 1,5 до 3 лет в группах дневного пребывания, для содействия их оптимальному развитию и жизни в обществе.

В 2017 году создан ГБУ ВО «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи». Помимо организации межведомственного взаимодействия по вопросам комплексного сопровождения детей-инвалидов, детей с ОВЗ Центр является ресурсной базой по разработке практико-ориентированных технологий системного и индивидуального сопровождения детей с особыми образовательными потребностями.

За последнее десятилетие в Воронежской области был реализован широкий комплекс мер, направленных на профессиональную подготовку инвалидов (детей-инвалидов).

Профессиональная ориентация для детей-инвалидов – это отдельное направление, реализуемое через профинформирование, профориентационную диагностику, консультирование и психологическую поддержку детей-инвалидов. Во всех профессиональных образовательных организациях проводятся дни открытых дверей, мастер - классы, выставки прикладного и технического творчества для абитуриентов из числа лиц с инвалидностью и ОВЗ и их родителей (законных представителей).

В целях поддержки инклюзивного образования в регионе в 2017 году создана базовая профессиональная образовательная организация на базе ГБПОУ ВО «Новоусманский многопрофильный техникум». Приоритетными направлениями работы базовой профессиональной образовательной организации являются:

- разработка адаптированных образовательных программ для инвалидов и лиц с ОВЗ;
- реализация образовательных программ СПО для инвалидов и лиц с ОВЗ с использованием сетевой формы;
- предоставление для коллективного пользования специальных информационных и технических средств, дистанционных образовательных технологий, учебно-методических материалов;
- повышение квалификации педагогических работников профессиональных образовательных организаций Воронежской области;
- осуществление консультаций инвалидов и лиц с ОВЗ, их родителей (законных представителей) по вопросам получения среднего профессионального образования, в том числе с проведением профессиональной диагностики.

На территории Воронежской области с 1994 года действует многопрофильное комплексное реабилитационное учреждение БУВО «Воронежский областной реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста», имеющее лицензии на медицинскую и образовательную деятельность. Центр реализует пять программ социальной реабилитации, включая предоставление услуг по обучению самостоятельной жизнедеятельности незрячим инвалидам, инвалидам с нарушением органов слуха, опорно-двигательной системы, страдающим расстройством центральной нервной системы и другими заболеваниями. В Центре осуществляется профессиональная ориентация. На базе учебных мастерских и специально оборудованных кабинетов проводится профессиональное обучение по 13 профессиям. Нуждающиеся инвалиды получают медицинские и психологические услуги.

В Воронежской области функционирует и планомерно развивается сеть из 36 организаций социального обслуживания, предоставляющих социальные услуги инвалидам в стационарной форме, в том числе 18 домов-интернатов (милосердия) для

престарелых и инвалидов, 1 областной геронтологический центр, 16 психоневрологических интернатов, 1 детский дом-интернат для умственно отсталых детей.

Положения Конвенции о правах инвалидов и опыт ведущих мировых и российских структур определяют, что в целях дальнейшего развития системы социального обслуживания инвалидов необходимо создавать новые службы и структуры, позволяющие инвалидам проживать не только в стационарных учреждениях, но и в родных (замещающих) семьях, и при этом обеспечивать им полезную занятость, развивать творческий потенциал.

Создание таких служб возможно на базе принципиально новых центров реабилитации и абилитации инвалидов, отвечающих современным требованиям.

Строительство таких комплексов запланировано на базе бюджетного учреждения Воронежской области «Бутурлиновский детский дом-интернат для умственно отсталых детей» и, в последующем, на базе казенного учреждения Воронежской области «Областной центр социальной помощи семье и детям «Буревестник».

Одной из основных проблем инвалидов с ментальными нарушениями, даже имеющих сохраненный интеллект, является то, что они не могут жить без сопровождения. В настоящее время единственной альтернативой жизнеустройства данной категории граждан при невозможности проживания в семье в связи с отсутствием лиц, имеющих возможность осуществлять за ними уход, является помещение в психоневрологический интернат. Зачастую, дети, выросшие в семье, особенно дети с аутизмом, не готовы к новым условиям жизни в большом коллективе в условиях психоневрологического учреждения. Мировая и российская практика показывают, что наиболее оптимальным вариантом жизнеустройства молодых инвалидов, является создание для них условий, позволяющих проживать не в закрытом учреждении, а в обычной квартире, выполняя под наблюдением специалистов и (или) родителей, простейшие действия по закупке продуктов, приготовлению пищи, стирке, уборке помещения, оплате коммунальных платежей, пользованию общедомовым имуществом, социальной инфраструктурой и др. Для этого в рамках подпрограммы предполагается реализация приоритетного проекта «Служба сопровождающего проживания для молодых инвалидов с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями. Суть проекта - обучение целевой группы элементарным жизненным и бытовым навыкам, знаниям, умениям самообслуживания, поведения в быту и общественных местах, самоконтролю, навыкам общения и другим формам жизнедеятельности в условиях фактического проживания в жилой квартире.

Одним из действенных инструментов решения или смягчения проблемы инвалидности, всестороннего физического, социального и профессионального становления, адаптации к жизни граждан с ОВЗ является адаптивная физическая культура во всех ее компонентах.

Развитие адаптивной физической культуры в Воронежской области осуществляется в спортивных и образовательных организациях, а также в организациях социальной защиты, физкультурно-спортивных клубах, общественных организациях. Физкультурные и спортивные мероприятия с инвалидами и людьми с ОВЗ в Воронежской области организуют спортивная школа паралимпийского резерва и спортивный клуб для людей с ограниченными возможностями здоровья.

Основной целью спортивной школы паралимпийского резерва является осуществление специализированной подготовки спортсменов-инвалидов высокого класса и спортивного резерва с целью достижения высоких спортивных результатов, позволяющих войти в состав спортивных сборных команд Воронежской области, Российской Федерации по паралимпийским, сурдлимпийским, специальным олимпийским видам спорта, а также пропаганда и вовлечение в спорт инвалидов в Воронежской области.

В регионе реализуется многочисленные социокультурные проекты, согласованные с региональным отделением Всероссийского общества инвалидов. Театрально-

концертными учреждениями проводятся выездные благотворительные показы спектаклей в городских центрах реабилитации. Реализуется уникальный инклюзивный проект «Театр равных», актёрами которого являются обычные молодые юноши и девушки с ОВЗ. Театр ставит спектакли, проводит образовательную программу для артистов и выездные мастер-классы, гастролирует и приобщает к творческой деятельности людей с ОВЗ посредством своего примера. В Воронежском областном художественном музее им. И.Н. Крамского создана постоянно действующая интерактивная зона с тактильными экспонатами «Трогательная история» для людей с ОВЗ. Экспонаты изготовлены использованием рельефно-графических пособий с объемными изображениями картин, скульптур с сопроводительными текстами по системе Брайля.

#### **Выводы.**

Осуществление мероприятий по реабилитации и абилитации инвалидов является одной из важнейших социально-экономических задач, которые затрагивают права и потребности миллионов граждан страны и необходимость решения которых вытекает из требований законодательства Российской Федерации, в том числе из международных договоров Российской Федерации.

Комплексная реабилитация и абилитация инвалидов, в том числе детей-инвалидов, должна охватывать медицинский, социальный аспект, вопросы образования и трудоустройства и учитывать, что инвалиды представляют собой неоднородную группу лиц и потребности их различны.

Реабилитация и абилитация должны начинаться как можно раньше и основываться на многопрофильной оценке нужд и сильных сторон инвалида (ребенка-инвалида), способствовать вовлечению его в местное сообщество и быть доступными для инвалидов как можно ближе к местам их непосредственного проживания.

#### **Список литературы.**

1. Конвенция о правах инвалидов: принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года. [Электронный ресурс] URL: [http://ombudsmanspb.ru/files/files/OON\\_02\\_site.pdf](http://ombudsmanspb.ru/files/files/OON_02_site.pdf) (Дата обращения: 20.06.2018).
2. Федеральный закон от 03.05.2012 № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов». Доступно по ссылке <http://www.kremlin.ru/acts/bank/35237> (Дата обращения 20.06.2018).
3. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов» (в ред. Федерального закона от 19.12.2016 № 461-ФЗ) // СЗРФ.1995 № 48.
4. ГОСТ Р 53874-2010 Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг. Режим доступа: <http://vsegost.com/Catalog/51/51159.shtm>.

УДК 616-036.86

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

Копыток А.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

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

Капыток А.В.

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

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

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

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

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

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

**Keywords:** person with disabilities, rehabilitation, rehabilitation service, technical means of social rehabilitation.

#### **Актуальность проблемы.**

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

Комплексная реабилитация инвалидов является сложной многокомпонентной системой, которая включает в себя медицинские, социальные, психологические и профессиональные аспекты. Система многопрофильной комплексной реабилитации должна способствовать восстановлению способностей инвалидов к социальному функционированию, независимому образу жизни, обеспечению конкурентоспособности инвалида на рынке труда.

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

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

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

При выполнении статистического анализа нами использовались абсолютные, относительные величины.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

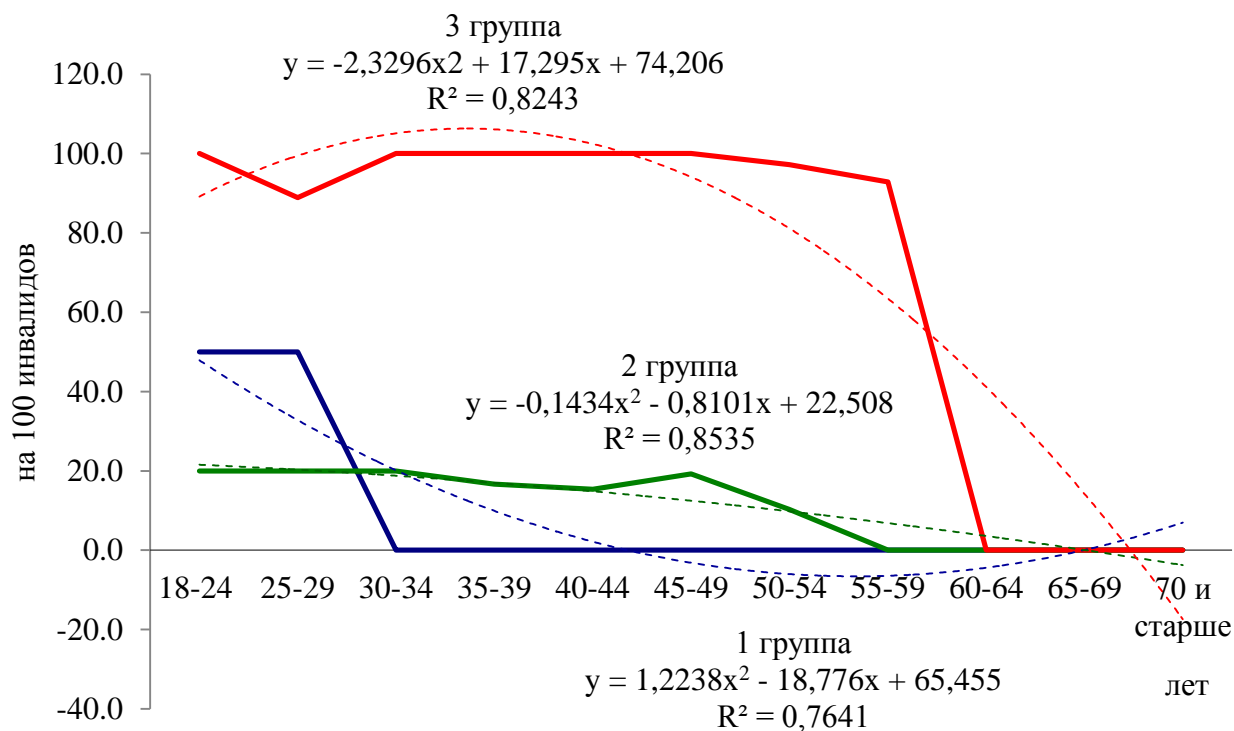


Рисунок 1 – Потребность инвалидов в профессиональной и трудовой реабилитации с учетом возраста



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

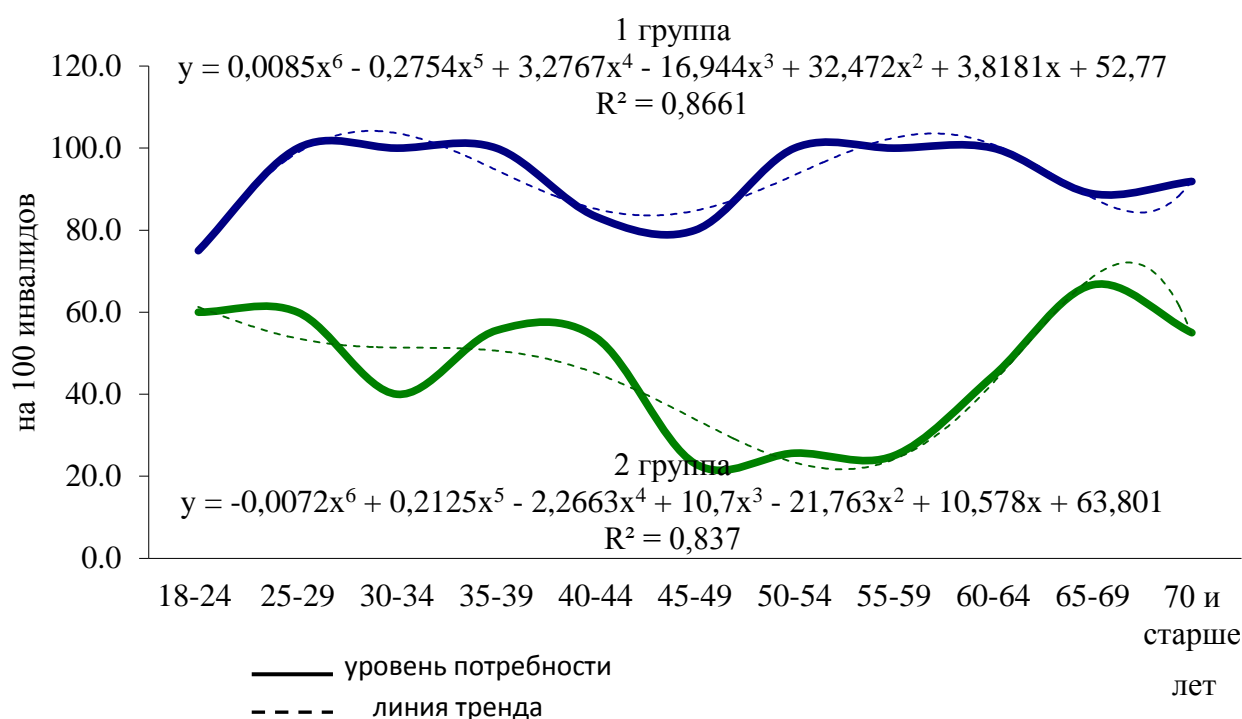


Рисунок 2 – Потребность инвалидов в социальной реабилитации с учетом возраста

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

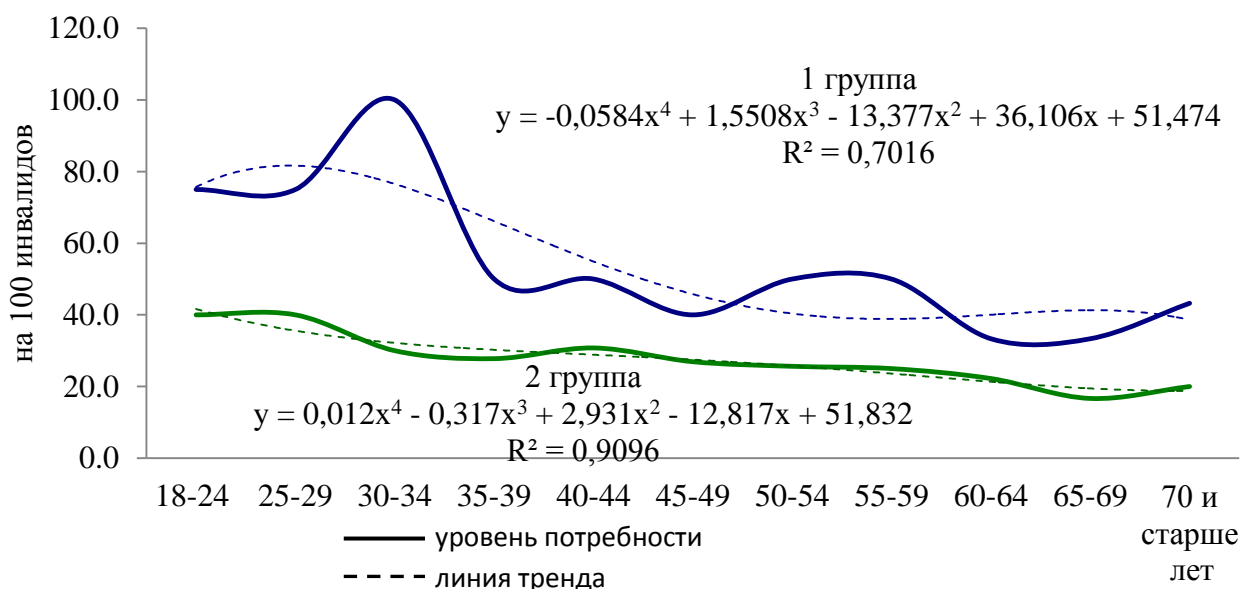


Рисунок 3 – Потребность инвалидов в технических средствах социальной реабилитации с учетом возраста

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

УДК 616-61-056.24-036.82/.865:006.032

**ОЦЕНКА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ОГРАНИЧЕНИЙ  
 ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ  
 ПИЕЛОНЕФРИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОЙ  
 КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ  
 ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ**

Кускова С.П.

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, Республика Беларусь, пос. Городище

**ASSESSMENT OF FUNCTIONING AND DISABILITY IN PATIENTS WITH  
 CHRONIC PYELONEPHRITIS WITH THE USE OF THE INTERNATIONAL  
 CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH**

Kuskova S.P.

Republican Scientific and Practical Center for Medical Examination and Rehabilitation,  
 Republic of Belarus, pos. Settlement

**Аннотация:** цель исследования – применить Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее - МКФ) при оценке функции почек, активности и возможностей участия у пациентов с хроническим пиелонефритом. Выделены наиболее значимые коды для объективизации критериев нарушений органов и систем, разработаны экспертно-реабилитационные критерии оценки активности и возможности участия у пациентов с хроническим пиелонефритом. Разработаны критерии оценки отклонений или утрат функций и структур организма, активности и возможности участия, ранжированные по 5-ти бальной шкале в зависимости от степени выраженности проблем в функционировании, активности и возможности участия пациентов с хроническим пиелонефритом.

МКФ уделяет большое внимание особенностям образа жизни и окружающей среды и рекомендует в качестве стандарта использовать принятые в мире подходы к описанию здоровья и измерения нарушения здоровья унифицированным стандартным языком, что важно для адекватной оценке результатов медицинской реабилитации, определения потребности в ее проведении и разработке мероприятий, направленных на достижение максимальной адаптации пациента в реальной жизненной ситуации.

**Abstract:** The aim of the study is to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (hereinafter ICF) in assessing kidney function, activity and participation in patients with chronic pyelonephritis. The most significant codes for objectifying the criteria for violations of organs and systems are singled out, expert-rehabilitation criteria for assessing the activity and the possibility of participation in patients with chronic pyelonephritis have been developed. Criteria have been developed for assessing deviations or loss of body functions and structures, activity and participation, ranking by 5-point assessment, depending on the severity of problems in functioning, activity, and the possibility of participation of patients with chronic pyelonephritis.

The ICF pays great attention to the lifestyle and environment, and recommends that the standard be used as a standard for using the world's approaches to describing health and measuring disability with unified standards of language, which is important for an adequate evaluation of the results of medical rehabilitation, to calculate the needs for its implementation and the development of activities aimed at to achieve maximum adaptation of the patient in a real life situation.

**Ключевые слова:** Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, экспертно-реабилитационная диагностика, хронический пиелонефрит, домены, активность, возможность участия.

**Key words:** International Classification of Functioning, Disability and Health, expert-rehabilitation diagnostics, chronic pyelonephritis, domains, activity, possibility of participation.

**Цель исследования:** разработать экспертно-реабилитационную диагностику функционирования и ограничения жизнедеятельности с применением МКФ у пациентов с хроническим пиелонефритом.

**Материалы и методы:** Объект исследования – пациенты с хроническим пиелонефритом. Выполнено клиничко-функциональное обследование 25 пациентов с хроническим пиелонефритом, из них 18 (72,7%) женщин, 7 (27,3%) мужчин. Средний возраст обследованных 48,5±5,20. Высшее образование имели 3(12%), средне-специальное – 11 (44%), среднее – 11 (44%) человек. Инвалидность имели 3 (12%) пациента, в их числе 3 группа инвалидности установлена 1 (4.0%), 2 – 1 (4.0%), 1 – 1 (4.0%) пациенту, инвалидами не признаны 22 (88%) пациента. Латентная форма хронического пиелонефрита диагностирована у 25 (100%) пациентов. Хроническая почечная недостаточность определена у 4 (16%), в том числе 1 стадия – 2 (8%), 2 – 1

(4.0%), 4 – 1 (4.0%) пациентов. По данным расчета СКФ по формуле ХБПС, установлена С<sub>1</sub> у 2 (8%), С<sub>2-6</sub> (24%), С<sub>3а</sub> – 1 (4.0%), С<sub>4</sub> - 1 (4.0%), С<sub>5</sub> - 1 (4.0%) пациента.

Клинико-функциональное состояние обследованных пациентов с позиций медико-социальной экспертизы и реабилитации определяли при оценке критериев: клинических, функциональных, лабораторных.

При проведении экспертно-реабилитационной диагностики состояния здоровья обследованных пациентов использована МКФ, разработан набор доменов, характеризующий составляющую функционирования (функции организма), активность и участие, отобраны наиболее значимые для экспертной оценки коды с определителями, определен алгоритм экспертно-реабилитационной диагностики для пациентов с хроническим пиелонефритом. Последний включал анамнез, обязательные лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, бактериологический посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, скрытая лейкоцитурия выявлялась провокационными тестами (преднизолоновый, пирогеналовый); инструментальные исследования (обзорная рентгенография области почек, экскреторная урография, хромоцистоскопия, радиоизотопная рентгенография, ультразвуковое исследование почки, иммунологические методы, основанные на выявлении аутоантител к почечным антигенам с помощью реакции связывания комплемента и реакции пассивной гемагглютинации. Дополнительные методы исследования: ЭКГ, исследование глазного дна, УЗИ сердца, печени. Путем опроса оценивали активность и участие пациентов с хроническим пиелонефритом.

**Результаты.** Для оценки нарушенных функций организма у пациентов с хроническим пиелонефритом использованы коды доменов МКФ: b610 – функции мочеобразования, b620 – функции мочеиспускания, , b639 – функции выделения, b430 – функции системы крови, b420 – функции артериального давления, b410 – функции сердца, b4100 – темп сердечных сокращений, b4101 – ритм сердечных сокращений, b4102 – сократительная сила миокарда желудочков, b455 – толерантность к физической нагрузке, b550 – функции терморегуляции, b280 – ощущение боли, b435 – функции иммунной системы. Для оценки активности и возможности участия использованы коды доменов МКФ: d 450 – ходьба, d 520 – уход за частями тела, d 570 – забота о своем здоровье, d 630 – приготовление пищи, d 640 – выполнение работы на дому, d 850 – оплачиваемая работа.

При проведении экспертно-реабилитационной диагностики получены критерии оценки отклонений или утрат функций и структур организма. Последние ранжированы по 5-ти бальной шкале в зависимости от степени выраженности нарушений функций:

- 1 - bxxx.0 нет нарушений функций;
- 2 - bxxx.1 лёгкие нарушения функций;
- 3 - bxxx.2 умеренные нарушения функций;
- 4 - bxxx.3 тяжёлые нарушения функций;
- 5 - bxxx.4 абсолютные нарушения функций.

В категории функции мочеобразования (b610) оценивались скорость клубочковой фильтрации (СКФ), стадии ХБП, мочевой изолированный осадок(лейкоцитурия, микрогематурия, клетки Штернгеймера-Мальбина). В категории функции мочеиспускания (b620) оценивали функции опорожнения мочевого пузыря, в категории системы крови (b430) – степень анемии, в категории функции артериального давления (b420) - степень и тяжесть гипертонии (b4200), в категории функции сердца (b410) - темп (b4100) и ритм (b4101) сердечных сокращений, сократительную силу миокарда желудочков(b4102), в категории функции толерантности к физической нагрузке (b455) –

переносимость физической нагрузки, в категории функции терморегуляции (b550) - гипертермию, в категории функции иммунной системы (b435) – иммунный ответ, оценивали ощущение боли (b280) в части тела (b2801). По результатам экспертно-реабилитационной диагностики разработаны экспертно-реабилитационные критерии оценки нарушений функций органов и систем, вовлеченных в патологический процесс у пациентов с хроническим пиелонефритом, ранжированные по величине и выраженности нарушений (табл.1).

В категории ходьба (d 450) оценивали нарушения ходьбы при прохождении различных расстояний, уход за частями тела (d520) - нуждаемость в помощи других лиц, забота о своем здоровье (d 570) – оценивали способность к самостоятельной реализации повседневных потребностей в заботе о своем здоровье; приготовление пищи (d 630) – трудности при приготовлении простых и сложных блюд; выполнение работы на дому (d 640) – затруднения и нуждаемость в помощи других лиц при выполнении работы на дому; оплачиваемая работа (d 850) – оценивали наличие трудностей в выполнении работы в зависимости от условий труда и продолжительности рабочего времени. Составляющие активность и участия, фактора окружающей среды ранжированы по 5-ти бальной шкале:

- 1 - xxx.0 нет проблем (0-4%);
- 2 - xxx.1 лёгкие проблемы (5-24%);
- 3 - xxx.2 умеренные проблемы (25-49%);
- 4 - xxx.3 тяжёлые проблемы (50-93%);
- 5 - xxx.4 абсолютные проблемы (94-100%).

Разработаны экспертно-реабилитационные критерии оценки активности и возможностей участия пациентов с хроническим пиелонефритом (табл. 2)

Таблица 1

Экспертно-реабилитационные критерии оценки нарушений функций органов и систем, вовлеченных в патологический процесс у пациентов с хроническим пиелонефритом

Нарушения функций органов и систем, домены в этой категории	Экспертно- реабилитационные критерии оценки нарушений, ФК				
	Нет нарушений, ФК0	Легкие нарушения, ФК1	Умеренные нарушения, ФК2	Тяжелые нарушения, ФК3	Абсолютные нарушения, ФК4
1	2	3	4	5	6
Функция мочеобразования, б 610	Стойкое снижение скорости клубочковой фильтрации – СКФ – 60-89мл./мин ХБПС1-2	СКФ 45-59мл./мин ХБП С3А  Мочевой изолированный осадок (Лейкоцитурия, микрогематурия, клетки Штернгеймера – Мальбина)	СКФ 30-44мл/мин ХБП С3б  Изолированный мочевой осадок (лейкоцитурия, бактериурия, протеинурия).	СКФ 15-29мл/мин ХБП С4  Изолированный мочевой осадок (лейкоцитурия, бактериурия, протеинурия)	СКФ меньше 15мл/мин ХБП С5  Уровень К в моче выше 9.7ммоль/л, Na выше 220ммоль/л
Функция мочеиспускания б 620	Не нарушена. Диурез 1.0-1.5л мочи в сутки	Диурез в норме (1.0-1.5л мочи в сутки)	Полиурия 2.0-2.5л Уровень Na в моче >220 ммоль/л	Полиурия больше 2.5л поллакиурия гипоизостенурия	Олигурия (менее 300мл. мочи), анурия
Функция выделения б 639	Не нарушена	Не нарушена (в моче нормальное содержание Na, К)	Диурез в норме, или умеренная полиурия	Гипернатриемия (Na выше 220ммоль/л), гиперкалиемия (К выше 125ммоль/л)	Гипернатриемия (Na выше 220ммоль/л), гиперкалиемия (К выше 125ммоль/л)
Функция системы крови б 430	Гемоглобин 120-140г/л (ж) 130-150г/л (м)	Гемоглобин 110г/л Содержание Na в крови 136-145ммоль/л, К - 3.5-5.1ммоль/л	Гемоглобин 100-110г/л Содержание Na в крови менее 135ммоль/л	Гемоглобин 90-100г/л, концентрация Na в крови ниже 135 ммоль/л, К ниже 3.5 ммоль/л	Гемоглобин меньше 90г/л, концентрация Na в крови меньше 135ммоль/л, К ниже 3.5ммоль/л
Функция артериального давления б 420	Артериальная гипертензия 1ст. безкризовое течение	Артериальная гипертензия 1, 2, 3 степени безкризовое течение или редкие неосложненные кризы	Артериальная гипертензия 1,2,3 степени кризовое течение (кризы гипертонические частые, легкие)	Артериальная гипертензия 2,3 степени со стабильно высоким ДАД с тяжелыми осложнениями	Артериальная гипертензия 3 степени, осложненная ретинопатией, инсультом, левожелудочковой недостаточностью

Нарушения функций органов и систем, домены в этой категории	Экспертно-реабилитационные критерии оценки нарушений, ФК				
	Нет нарушений, ФК0	Легкие нарушения, ФК1	Умеренные нарушения, ФК2	Тяжелые нарушения, ФК3	Абсолютные нарушения, ФК4
1	2	3	4	5	6
Функция сердца b 410	Не нарушена	Гемодинамика в покое не нарушена, ФВ>50% гипертрофия левого желудочка	Тахикардия (число сердечных сокращений в покое до 100 уд/мин)  Гипертрофия левого желудочка, ФВ<50% легочная гипертензия 1ст.	Тахикардия (частота сердечных сокращений до 110 уд/мин)  Выраженные нарушения гемодинамики, легочная гипертензия 2ст., ФВ<35% Гипертрофия левого желудочка	Тахикардия в покое. Тяжелые нарушения ритма сердца и проводимости, ФВ<20% Гипертрофия левого и правого желудочка. Легочная гипертензия выраженная.
Толерантность к физической нагрузке b 455	Сохранена		Снижена незначительно	Значительно снижена	Снижена в значительно выраженной степени
Функция терморегуляции b 550	Не нарушена	Гипертермия при обследовании Сохранена	Гипертермия при обследовании	Гипертермия	Гипертермия
Боль b 280	Отсутствует	Тупая в нижней части спины в легкой степени	Тупая боль в нижней части спины умеренной степени	Тупая боль в нижней части спины выраженная	Не определяется
Функция иммунной системы b 435	Не нарушена	Не нарушена	Т-лимфоциты снижены незначительно	Умеренное снижение Т-лимфоцитов	Угнетена

**Экспертно-реабилитационные критерии оценки активности и возможностей участия пациентов с хроническим пиелонефритом**

Домены активности и участия	Экспертно-реабилитационные критерии оценки				
	Нет ограничений (0-4%)	Легкие ограничения (5-24%)	Умеренные ограничения (25-49%)	Тяжелые ограничения (50-95%)	Абсолютные ограничения (96-100%)
1	2	3	4	5	6
d450 (ходьба)	Нет затруднений	Легкие нарушения ходьбы периодически возникающие при сохранении способности к самостоятельному передвижению	Умеренные нарушения ходьбы на дальние расстояния медленным темпом использование общественного транспорта возможно без помощи других лиц	Ограничение ходьбы на расстояние дистанции, использование общественного транспорта без помощи других лиц	Ходьба не возможна без помощи других лиц
d 520 (уход за частями тела)	Без ограничений	Без ограничений	Нуждаемость в эпизодической помощи других лиц 1 раз в месяц	Умеренные трудности при самостоятельной заботе о частях тела с более длительной затратой времени нуждаемость в эпизодической помощи других лиц 1 раз в неделю	Самостоятельная забота о частях тела без помощи посторонних лиц невозможна
d 570 (забота о своем здоровье)	Нет ограничений	Нет ограничений	Сохранена способность к самостоятельной реализации повседневных потребностей в заботе о своем здоровье	Способность к самостоятельной реализации повседневных потребностей в заботе о своем здоровье снижена при эпизодической	Способность к самостоятельной реализации повседневных потребностей в заботе о своем здоровье резко снижена



Домены активности и участия	Экспертно-реабилитационные критерии оценки				
	Нет ограничений (0-4%)	Легкие ограничения (5-24%)	Умеренные ограничения (25-49%)	Тяжелые ограничения (50-95%)	Абсолютные ограничения (96-100%)
1	2	3	4	5	6
d 630 (приготовление пищи)	Нет затруднений	Незначительное ограничение в приготовлении сложных блюд	Умеренные трудности при самостоятельном приготовлении простых блюд, нуждаемость в эпизодической помощи посторонних лиц при приготовлении ??? блюд 1 раз в месяц	Умеренные трудности при самостоятельном приготовлении пищи, более длительная затрата времени, нуждаемость в эпизодической помощи других лиц (1 раз в неделю)	Потребность в постоянной посторонней помощи, повседневная бытовая деятельность не возможна
d 640 (выполнение работы на дому)	Нет затруднений	Незначительное ограничение	Умеренные трудности при выполнении работы по дому, нуждаемость в эпизодической помощи других лиц 1 раз в месяц при ликвидации мусора	Умеренные трудности при выполнении работы по дому с большей затратой времени с использованием эпизодической помощи других лиц (1 раз в неделю)	Потребность в постоянной посторонней помощи
d 850 (оплачиваемая работа)	Нет затруднений	Нет затруднений	Легкие трудности в выполнении работы в обычных условиях труда	Неспособность выполнять работу по основной профессии в обычных условиях и обычной продолжительности рабочего времени	Абсолютно противопоказано выполнение всякого труда

**Выводы:** Экспертно-реабилитационная диагностика и оценка составляющих функционирования и ограничения жизнедеятельности с применением МКФ позволит выявить и оценить проблемы, возникающие в функциях и структурах органов и систем, вовлеченных в патологический процесс у пациентов с хроническим пиелонефритом, возможности активности и участия в выполнении реабилитационных мероприятий. Использование валидизированных категорий МКФ при оценке и динамике результатов экспертно-реабилитационной диагностики позволит доказательно оценить эффективность реабилитационных технологий применительно к пациентам с хроническим пиелонефритом

**Список литературы:**

1. Международная классификация нарушений, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева, ВОЗ, 2001.
2. Смычек В.Б. Современные методические подходы к определению инвалидности / В.Б. Смычек. Здоровоохранение. – 2012. - №9. С.39-44.
3. Болезни почек / под ред. проф. Г. Маждракова, проф. Н. Попова; пер. с болг. Н. Мякотиной и Н. Какринской. - София: Медицина и физкультура, 1973г. – 782с.

УДК: 614.8.067.2; 369.063.45

**ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОЦЕССА  
РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ**

Севастьянов М. А<sup>1</sup>., Сарана А.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей экспертов»  
Минтруда России, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>Санкт-Петербургского государственного университета,  
Санкт-Петербург

**THE MAIN DIRECTIONS OF IMPROVEMENT OF THE PROCESS OF  
REHABILITATION INJURED AT WORK**

Sevastianov, M. A.<sup>1</sup>, Sarana A. M. <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Federal State Budgetary Institution «Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, St.-Petersburg

<sup>2</sup>Medical faculty of St.-Petersburg State University, St.-Petersburg

**Аннотация:** Тезисы посвящены одной из актуальных проблем, связанных со здоровьем и трудоспособностью работающего населения – созданием системы медико-социальной реабилитации пострадавших на производстве.

Приведены результаты анализа действующей системы реабилитации пострадавших на производстве. С позиций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья выявлены, описаны и систематизированы основные барьеры и недостатки системы, в качестве которых выделены: организационные, кадрово-образовательные, технологические, методические и мотивационные факторы. Организационное совершенствование системы предложено проводить путём создания системы реабилитационного менеджмента, осуществляющей стратегическое, тактическое и оперативно-координационное управление реабилитационным процессом.

**Abstract:** The article is devoted to one of the urgent problems related to health and working capacity of the working population – the creation of a system of medico-social rehabilitation of injured at work. The results of the analysis of the current system of rehabilitation of injured at work.

From the standpoint of the International Classification of Functioning, Disability and Health identified, described and systematized the main obstacles and shortcomings of the system, which are marked as: organizational, personnel, educational, technological, methodological and motivational factors. Organizational improvement of the system proposed by creating a system of rehabilitation management, implementing strategic, tactical and operational-coordinating the management of the rehabilitation process.

**Ключевые слова:** социальное страхование, пострадавший на производстве, реабилитация, реабилитационный менеджмент, процессное управление, профессиональное заболевание, травма, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

**Key words:** social insurance, injured at work, rehabilitation, rehabilitation management, process management, occupation disease injury, International Classification of Functioning, Disability and Health

Работающие составляют половину мирового населения и вносят основной вклад в экономическое и социальное развитие общества [1]. Одной из главных стратегических угроз национальной безопасности России в области экономики является прогрессирующая трудонедостаточность [2]. Проблемы социальной защиты и реабилитации пострадавших вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания имеют значимое социально-экономическое значение, поскольку касаются состояния здоровья трудоспособной части населения, что в условиях прогнозируемого дефицита трудовых ресурсов приобретает особую актуальность.

Существующий в настоящее время механизм обеспечения реабилитационными мероприятиями застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, является составной частью системы государственного социального страхования Российской Федерации, основной субъект которой – пострадавший на производстве.

Службы, административные системы и политика социального страхования, здравоохранения, труда и занятости, а также службы, предлагающие свои услуги по реабилитации пострадавших на производстве, не объединены единой административной системой стратегического, тактического и организационно-координационного управления, что в отсутствие единого координирующего органа, приводит к снижению эффективности реабилитации пострадавших, в первую очередь профессиональной [4, 5].

Организационное совершенствование системы реабилитации необходимо рассматривать через призму индивидуальных потребностей пострадавшего с позиций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [6]. Основной целью совершенствования системы как таковой, должно стать устранение барьеров и увеличение количества облегчающих факторов для уменьшения ограничений активности и участия лиц, пострадавших на производстве.

Среди барьерообразующих внешних факторов микросреды, т.е. непосредственно в деятельности главного действующего участника – Фонда социального страхования РФ, можно выделить нижеследующие.

1. Организационные факторы:

– отсутствие утвержденной стратегии и принятых целевых стратегических ориентиров в развитии системы реабилитации;

- отсутствие стратегического управления реализацией различных мероприятий, проектов, программ, на которые выделяется определенный объем финансовых ресурсов, в результате чего они не приносят ожидаемых результатов, т.к. наблюдается их слабая взаимосвязь и взаимонаправленность;

– отсутствие преемственности в оказании реабилитационных услуг пострадавшим на производстве и единого координирующего реабилитацию пострадавших на производстве органа.

2. Кадрово-образовательные факторы:

– недостаточный уровень обеспеченности специалистами, способными решать задачи по комплексной реабилитации лиц, пострадавших на производстве;

– отсутствие в структурах Фонда социального страхования подразделений, задачей которых является координация реабилитационного процесса.

### 3. Технологические факторы:

– недостаточно совершенный механизм оплаты необходимых реабилитационных мероприятий Фондом социального страхования;

– низкая вариативность механизмов оплаты.

### 4. Методические факторы:

– отсутствие стандартов реабилитации пострадавших на производстве и маршрутов движения пострадавших;

– отсутствие порядков оснащения реабилитационных центров для пострадавших на производстве и требований к составу и качеству оказываемых ими услуг.

### 5. Мотивационные факторы:

– отсутствие критериев оценки эффективности деятельности территориальных органов Фонда социального страхования по реабилитации пострадавших на производстве в зависимости от результатов профессиональной реабилитации последних;

– отсутствие объективных критериев оценки результатов деятельности основных участников процесса оказания услуг (медицинские учреждения, в том числе учреждения, оказывающие санаторно-курортные услуги, центры реабилитации Фонда социального страхования, учреждения медико-социальной экспертизы, производители и поставщики ТСР и т.д.).

В целях координации работы по эффективному оказанию медицинской и социальной помощи застрахованным в медицинских учреждениях, а также в подведомственных Фонду социального страхования бюджетных учреждениях и в целях совершенствования работы по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации лиц, пострадавших на производстве, может быть предложено создание страховщиком службы реабилитационного менеджмента.

Под реабилитационным менеджментом понимают случай менеджмента в отношении процесса реабилитации лица, пострадавшего на производстве.

Ключевыми участниками (элементами) реабилитационного менеджмента являются:

– лицо, пострадавшее на производстве;

– страховщик;

– страхователь.

Основными принципами работы системы реабилитационного менеджмента являются:

1) адресность: личный контакт менеджера с пострадавшим в ходе всего реабилитационного процесса, индивидуальное оперативное решение возникающих в ходе реабилитации организационных проблем;

2) эффективность и результативность: четкое понимание менеджером целей и задач реабилитационного процесса индивидуума, его координация и контроль;

3) комплексность: партнерская связь всех участников, предоставляющих различного вида услуги, необходимые для достижения конечной цели реабилитационного процесса;

4) мотивация пострадавших к выполнению реабилитационных назначений.

Стратегическое управление реабилитационной работой является верхним уровнем интегративной системы управления и осуществляется на основе выявления и мониторинга рыночной ситуации, гибкого реагирования на меняющиеся факторы внешней среды с целью достижения максимального социального эффекта от реабилитационной работы в долгосрочной перспективе.

Основными задачами стратегического уровня управления являются:

1) осуществление мониторинга внешней среды

2) разработка целей, целевых показателей, концепции и стратегии развития системы реабилитации лиц пострадавших на производстве.

Тактическое управление является вторым уровнем интегративного управления. Основная задача тактического управления – осуществление анализа, оценки и совершенствования реабилитационной работы. Видится целесообразным применение процессного подхода к тактическому управлению. Процессный подход к тактическому управлению системой реабилитационной работы – это управление реабилитационной работой путем построения системы процессов, управления ими, осуществление деятельности по улучшению процессов.

В настоящее время система реабилитации пострадавших на производстве сочетает в себе элементы административного (структурно-функционального) управления и программно-целевого управления. Хотя функциональное управление широко используется на практике, оно порождает ряд трудностей. Различные функциональные структуры часто имеют очень узкий взгляд на совокупность процессов и не заинтересованы в том, что прямо их не касается. Зачастую, организации, участвующие в реабилитационной работе, сосредоточены только на своих функциях и то, что происходит за пределами организации, их не волнует.

Обмен информацией в значительной степени тормозится из-за передачи информации сверху вниз и снизу вверх, а не по горизонтали, т.е. напрямую между организациями.

Процессное управление – это альтернатива функциональному управлению при помощи которого предлагается модернизировать основной процесс реабилитации.

Он будет состоять из следующих подпроцессов:

– *стационарная помощь* – комплекс неотложных медицинских мероприятий в отделениях реанимации и интенсивной терапии, включая высокотехнологичные виды медицинской помощи, по профилю заболевания с целью сохранения жизни пострадавшего, стабилизации состояния, ликвидации или предупреждению осложнений, а также ранних восстановительных мероприятий (на базе медицинских организаций);

– *подпроцесс «ранней» реабилитации* для всех лиц, пострадавших на производстве, включающий в себя реабилитационные мероприятия медицинского, социального и профессионального характера, лекарственное обеспечение, протезирование, обеспечение техническими средствами реабилитации в соответствии с планом-графиком реабилитации (на базе медицинских организаций и/или центров реабилитации Фонда социального страхования);

– *подпроцесс «поздней» реабилитации* для всех лиц, пострадавших на производстве, в период остаточных явлений течения заболевания или травмы, при хроническом течении заболевания вне обострения при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления утраченных функций (реабилитационного потенциала), включающий комплексные реабилитационные мероприятия, при необходимости лекарственное обеспечение, протезирование, обеспечение (замену) технических средств реабилитации, меры социально-профессиональной адаптации, в соответствии с программой реабилитации пострадавшего (на базе центров реабилитации Фонда социального страхования);

– *подпроцесс «пассивной» реабилитации* для всех лиц, пострадавших на производстве, при отсутствии перспективы восстановления утраченных функций (реабилитационного потенциала), включающий оздоровительные реабилитационные мероприятия, замену протезно-ортопедических изделий и технических средств реабилитации (на базе центров реабилитации Фонда и санаторно-курортных учреждений).

Процессное управление оказанием реабилитационных услуг ставит акцент на качественное выполнение работ, ориентированных на результаты, основные из которых представлены ниже:

- установление измеряемого результата процессов и подпроцессов;
- создание системы учета результатов процессов и подпроцессов;
- оценка и анализ результатов за три предшествующих года;
- внедрение механизмов взаимосвязки средств выделяемых на процесс (подпроцесс) с достижением заданных результатов;

- стимулирование ответственных за процессы и подпроцессы, за поиск резервов повышения эффективности расходов;
- утверждение регламентирующей документации по реализации процессов и подпроцессов.

Тактическое процессное управление способно обеспечить постоянное соответствие осуществляемой реабилитационной работы потребностям рынка и меняющейся внешней среде.

Третьим уровнем иерархии управления является оперативно-координационное управление, которое призвано обеспечить текущую работу по реабилитации лиц, пострадавших на производстве за счет координации деятельности организаций участвующих в данных процессах и действий лиц, пострадавших на производстве.

Один из ключевых принципов работы координационного органа – максимально высокий уровень доступности реабилитационных услуг для пострадавших на производстве. Функции координационного органа могут быть возложены на Службу реабилитационного менеджмента, реабилитационные центры или другие структуры.

Оперативно-координационное управление имеет 2 взаимосвязанных направления: 1) управление организациями, участвующими в осуществлении реабилитационных работ; 2) проектное управление по каждому страховому случаю с пострадавшим.

Организации, участвующие в реабилитационной работе, должны рассматриваться как объединение взаимно независимых партнеров, действующих для достижения определенных партнерами целей по согласованным правилам и коммуникационным каналам.

Сеть организаций создается под каждый конкретный страховой случай – под каждого пострадавшего, нуждающегося в реабилитации. Актуальной является задача формирования участников данной сетевой структуры. Формирование состава организаций представляет собой нахождение варианта наилучшего достижения результатов реабилитации. Основными критериями для включения организации в данную структуру является наличие ключевых компетенций и ресурсов для достижения целей реабилитации. Состав и число организаций, участвующих в реабилитации конкретного пострадавшего может меняться и носит рекомендательный характер. При этом координационный орган должен иметь возможность подобрать наилучший состав организаций для каждого пострадавшего, совместная деятельность которых будет способствовать улучшению результатов и сокращению сроков реабилитации.

В настоящее время осуществляется эксперимент по созданию системы реабилитационного менеджмента в ряде региональных отделений Фонда социального страхования. Одним из основных направлений деятельности данной службы является координирование деятельности всех необходимых медицинских и иных организаций и служб на всех этапах реабилитационного процесса. Оперативно-координационное управление направлено на максимальную реабилитацию пострадавших с учетом имеющихся временных, информационных, кадровых, материальных и финансовых ресурсов.

При функционировании службы реабилитационного менеджмента возможно реализовать управление, ориентированное на пострадавшего, при котором реабилитация пострадавшего рассматривается как отдельный проект. Проект начинается с момента обращения пострадавшего.

Поскольку предполагается, что представитель службы менеджмента должен иметь личный контакт с пострадавшим в ходе непрерывного реабилитационного процесса, то проектное управление, ориентированное на пострадавшего, видится реализуемым. Это позволит повысить эффективность реабилитации пострадавших на производстве и существенно поднять процент лиц, вернувшихся к трудовой деятельности.

### **Список литературы:**

1. Здоровье работающих: глобальный план действий. Шестидесятая сессия всемирной ассамблеи здравоохранения 23. мая 2007 г.

URL:[http://www.who.int/occupational\\_health/publications/global\\_plan/ru/](http://www.who.int/occupational_health/publications/global_plan/ru/) (дата обращения 22.04.2016);

2. Указ Президента РФ от 31.12.2015 № 683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации». Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 31.12.2015;

3. Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» // ИПС КонсультантПлюс;

4. Божков И.А., Меркурьева Л.А., Севастьянов М.А. Оценка экономической эффективности реабилитационных мероприятий в профпатологии// Совершенствование экспертизы временной нетрудоспособности. Роль восстановительного лечения в снижении нетрудоспособности и реабилитации инвалидов. – СПб: Феникс, 2004. – 168 с. – С 34 - 37;

5. Шестаков В.П., Свинцов А.А., Чернова Г.И., Чернякина Т.С., Радуто В.И., Богданов Е.А. Оценка эффективности реализации программ реабилитации пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Российской Федерации// Медико-социальная экспертиза и реабилитация, сб. научн. статей / под общей ред. В.Б. Смычка. – 2015. С. 195-199;

6. Аухадеев Э.И., Бодрова Р.А. Новый методологический подход к реабилитации пациентов на основе международной классификации функционирования// Вестник восстановительной медицины. – 2014. - №1(59). – С. 6-10;

7. Иванова Г.Е., Стаховская Л.В., Репьев А.П. Правовые основы оказания помощи по медицинской реабилитации// Вестник восстановительной медицины. – 2014. - №1(59). – С. 2-5

УДК 616 – 036.865

**ПРИМЕНЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО  
ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА И  
РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОГНОЗА С УЧЕТОМ МЕЖДУНАРОДНОЙ  
КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ  
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ НА ПРИМЕРЕ ФКУ «ГЛАВНОЕ БЮРО  
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ»  
МИНТРУДА РОССИИ**

Бехтерева Н. А., Медовник А. В., Пайков А. Ю.

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ростовской области»

Минтруда России, г. Ростов-на-Дону

**APPLIANCE OF THE SPECIAL DIAGNOSTIC EQUIPMENT FOR RATING  
REHABILITATION POTENTIAL AND REHABILITATION PROGNOSIS TALKING  
INTO ACCOUNT THE CRITERIA OF INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF  
FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH AS EXEMPLIFIED BY FEDERAL STATE-  
FUNDED INSTITUTION "THE MAIN OFFICE OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERT  
REVIEW IN ROSTOV REGION"  
OF LABOUR DEPARTMENT OF RUSSIA**

Bekhtereva N. A., Medovnik A.V., Paykov A. Y

Federal State-funded Institution "The main office of medicaland social expert review in Rostov  
Region"Labour Department of Russia, Rostov-on-Don

**Аннотация:** Проанализирован опыт проведения реабилитационно-экспертной диагностики с применением эргометра с функцией диагностической дорожки с силовой платформой и аппаратно-программного комплекса для оценки нарушений опорно-двигательного аппарата и нервной системы для определения реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза с учетом Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

**Annotation:** The experience of carrying out rehabilitation and expert diagnostics has been analyzed to determine the rehabilitation potential and rehabilitation prognosis, taking into account the International Classification of Functioning, Disability and Health. There were: an ergometer with the function of a diagnostic treadmill, a power platform and a hardware-software complex for assessing disorders of the musculoskeletal and the nervous system.

**Ключевые слова:** реабилитационный прогноз; реабилитационный потенциал; специальное диагностическое оборудование

**Keywords:** rehabilitation prognosis; rehabilitation potential; diagnostic equipment.

**Актуальность и цели:** Современные представления о процессе реабилитации базируются на Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF), далее - МКФ, которая была утверждена на 54-й сессии Ассамблеи ВОЗ 22 мая 2001 г. [2]. Конкретные реабилитационные задачи определяются особенностями заболевания, характером и степенью нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности инвалида, его потребностями в мерах социальной защиты. В одних случаях они могут быть относительно простыми, в других – включать целый комплекс различных по характеру и направленности реабилитационных мер (обеспечение техническими средствами реабилитации, психотерапия, профессиональное переобучение, содействие в трудоустройстве и т. д.) [4]. Обеспечить комплексный подход к решению вышеуказанных задач, оценить реабилитационный потенциал и прогноз, обоснованно вынести экспертное решение о нуждаемости инвалида в тех или иных мерах, средствах и услугах реабилитации позволяет взаимодействие различных специалистов учреждений медико-социальной экспертизы: врачей-экспертов, специалистов по реабилитации, психологов, специалистов по социальной работе и профориентации и т. п. Одним из значимых этапов этого процесса является проведение реабилитационно-экспертной диагностики с использованием современного специального диагностического оборудования.

**Методы исследования:** ФКУ «ГБ МСЭ по Ростовской области» Минтруда России оснащено специальным диагностическим оборудованием согласно Нормативам, утвержденным Минтруда России (Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 3 июля 2013 г. N 291н"Об утверждении нормативов оснащения учреждений главных бюро медико-социальной экспертизы по субъектам Российской Федерации специальным диагностическим оборудованием) и располагает:

- медицинским диагностическим оборудованием с функциями аудио- и импедансометрии;
- эргометром с функцией диагностической дорожки с силовой платформой;
- лестницей с платформой и наклонной плоскостью для оценки функции передвижения;
- аппаратно-программным комплексом (медицинским оборудованием) для функциональной диагностики, оценки нарушений опорно-двигательного аппарата и нервной системы;
- аппаратно-программным комплексом для обследования вестибулярного аппарата с функциями видеонистагмометрии, воздушной ирригации и вращательным стендом (креслом) электрическим;
- шумозащитной кабиной



- электрофизиологическим оборудованием для электроретинографии
- оборудованием для проведения психолого-педагогической экспертно-реабилитационной диагностики в виде аппаратно-программного комплекса нейроскрининга и диагностики когнитивных и моторных функций, внимания.

Исследования выполняются врачами и психологом отдела реабилитационно-экспертной диагностики, прошедшими повышение квалификации по дополнительным профессиональным программам по применению специального диагностического оборудования.

На обследование направляются лица, проходящие освидетельствование в экспертных составах главного бюро как с целью применения специальных (особо сложных) методов обследования, так и в порядке обжалования решений бюро-филиалов и контроля. В течение последних лет отмечается увеличение частоты применения специального диагностического оборудования. Так, в первом полугодии текущего года число случаев применения данного оборудования превысило тысячу и составило почти 25% по отношению к общему объему освидетельствований в экспертных составах ФКУ «ГБ МСЭ по Ростовской области» Минтруда России.

**Результаты.** Эргометр с функцией диагностической дорожки и силовой платформой позволяет провести исследование функции поддержания равновесия и измерение параметров ходьбы. Нарушение функции равновесия является составной частью статодинамических нарушений и оказывает значимое влияние на функцию передвижения[1]. Кроме того, изменение и поддержание положения тела является доменом, входящим в раздел «мобильность» составляющей «активность и участие» МКФ[2].

Исследование устойчивости на беговой дорожке в отделе реабилитационно-экспертной диагностики ФКУ «ГБ МСЭ по Ростовской области» Минтруда России проводилось освидетельствуемым в возрасте от 18 до 75 лет. При анализе нозологической структуры основных заболеваний у лиц, направленных специалистами экспертных составов для исследования функции поддержания равновесия были получены следующие результаты. Первое ранговое место занимает цереброваскулярная патология (38%). В данной группе освидетельствованных преобладали лица с последствиями острых нарушений мозгового кровообращения различной локализации (65%). Пациенты с последствиями черепно-мозговых травм составили 19% от общего количества обследованных, остеохондрозом – 16%, последствиями позвоночно-спинномозговых травм – 8,5%. Прочая патология была представлена новообразованиями мозжечка, последствиями перенесенных нейроинфекций, рассеянным склерозом и другими заболеваниями.

В зависимости от характера патологического процесса диагностика функций нарушения равновесия на эргометре с функцией диагностической дорожки и силовой платформой выполнялась при стоянии на обеих ногах, на одной ноге, с использованием подушки из вспененного материала для создания нестабильной опоры, при приседании, вставании из положения сидя. Для обеспечения безопасности пациента эргометр оснащен страховочным оборудованием.

Ходьба человека является сложным, произвольным актом, в котором задействованы различные уровни нервной системы, мышцы, связки, костно-суставной аппарат [3]. Таким образом, исследование параметров ходьбы является важным компонентом оценки нарушений статодинамических функций в целом. Кроме того, ходьба и другие виды передвижения относятся к доменам раздела «мобильность» составляющей «активность и участие» МКФ[2].

Возможность индивидуального подбора темпа ходьбы и наличие страховочного оборудования позволяет обследовать на эргометре с функцией диагностической дорожки как взрослых пациентов различных возрастных групп, так и детей. Отдел реабилитационно-экспертной диагностики ФКУ «ГБ МСЭ по Ростовской области» Минтруда России имеет опыт применения данной аппаратуры для регистрации параметров ходьбы у детей начиная с шестилетнего возраста. Необходимыми условиями для проведения исследования являются

рост не ниже 120 см (обусловлено высотой поручней) и возможность понимания и выполнения ребенком инструкций по ходу обследования.

Распределение нозологических форм заболеваний среди взрослых, направленных экспертными составами Главного бюро для измерения параметров ходьбы следующее. Доля последствий травм нижних конечностей составила 25,5%, остеохондроза – 21%, артрозов суставов нижних конечностей (преимущественно коксартрозов и гонартрозов) – 19%, цереброваскулярной патологии (включая последствия острых нарушений мозгового кровообращения различной локализации) – 11%, последствий позвоночно-спинномозговых травм – 7%. Кроме того, данное обследование проводилось также гражданам, страдающим посттромбофлебитическим синдромом, последствиями туберкулезного коксита, анкилозирующим спондилоартритом, последствиями нейроинфекций, токсической полинейропатией. У детей диагностика нарушений функции ходьбы проводилась при ювенильном ревматоидном артрите, детском церебральном параличе, врожденной патологии тазобедренных суставов.

В процессе исследования проводилось измерение и графическое представление распределения давления (усредненное, максимальное, для отдельных шагов), траектории центра давления под стопами, траектории миграции общего центра давления (с расчетом вариабельности), ротации стоп, показателей фазовой структуры ходьбы, длины, ширины, темпа, скорости ходьбы, реакции опоры (вертикальной составляющей). Эргометр с функцией диагностической дорожки используется не только для регистрации традиционных показателей ходьбы, но и для оценки влияния двигательной активности или условий среды на способности человека к выполнению той или иной задачи. Еще одним направлением применения данного оборудования является оценка параметров ходьбы при использовании различных технических средств реабилитации: протезов, ортезов, средств опоры.

Аппаратно-программный комплекс для оценки нарушений опорно-двигательного аппарата и нервной системы ВТЕPRIMUSRS это – универсальный комплекс для функциональной оценки нарушений опорно-двигательного аппарата и нервной системы, диагностики и медицинской реабилитации. Включает большое количество адаптеров и насадок для симуляции различных профессиональных и повседневных действий (как изолированные, так и комплексные движения). Позволяет определять объем активных и пассивных движений, проводить тренировки во всех двигательных плоскостях.

В ФКУ «ГБ МСЭ по Ростовской области» Минтруда России данное оборудование применяется чаще всего для диагностики степени выраженности нарушения функции верхних конечностей, то есть проведения оценки составляющих «активность и участие» МКФ в категории «мобильность», домены «использование точных движений кисти», «использование движений кисти и руки»[2].

Исследование функций верхней конечности в отделе проводилось реабилитационно-экспертной диагностики ФКУ «ГБ МСЭ по Ростовской области» Минтруда России лицам в возрасте от 16 до 80 лет. В нозологической структуре основных заболеваний у этих освидетельствуемых преобладали последствия травм верхней конечности, в первую очередь повреждения нервов и сухожилий (37%). Пациенты с последствиями ОНМК в виде гемиплегии составили 24% от общего количества, страдающие остеохондрозом шейного отдела позвоночника – 13%. Прочая патология была представлена опухолями и травмами шейного отдела спинного мозга, последствиями черепно-мозговых травм в виде пирамидной недостаточности, ревматоидным артритом, рассеянным склерозом и другими.

В зависимости от характера и локализации двигательных нарушений при обследовании пациентов используются: рукоятка для пронации-супинации предплечья, рычаги для сгибания-разгибания в лучезапястном, локтевом суставах, отведения плеча. Аппарат PRIMUSRS позволяет проверить возможность выполнения всех классических видов хвата, среди которых цилиндрический рассматривается как основной и щипковый как самый тонкий. Возможна симуляция бытовых и профессиональных задач: открывание бутылок и

банок, закручивание болтов, поворот ключа и дверной ручки, использование отвертки и многих других.

Так как среднепопуляционные нормы показателей силы и выносливости не играют большой роли при вынесении заключения о степени нарушения функции верхней конечности у конкретного человека, возможности выполнения им тех или иных действий, реабилитационном потенциале и прогнозе лучшим методом анализа полученных результатов является сравнение поврежденной и неповрежденной конечностей.

Наличие специального диагностического оборудования, предназначенного для оценки различных составляющих статодинамических функций, позволяет специалистам отдела реабилитационно-экспертной диагностики ФКУ «ГБ МСЭ по Ростовской области» Минтруда России индивидуально подобрать программу тестирования для конкретного освидетельствуемого в зависимости от характера заболевания и специфики нарушений.

**Выводы.** Таким образом, результаты, полученные при обследовании граждан на высокотехнологичном специальном оборудовании, в частности – эргометре с функцией диагностической дорожки и силовой платформой и аппаратно-программном комплексе для оценки нарушений опорно-двигательного аппарата и нервной системы, могут быть использованы для выявления нарушений нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций организма, ограничения активности и возможности участия в рамках МКФ. В комплексе с другими данными, полученными при проведении МСЭ они позволяют оценить ограничение категорий жизнедеятельности, реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз достаточно широкого контингента освидетельствуемых различного возраста с различной патологией, что определяет их высокую экспертную значимость.

#### **Список литературы:**

1. Батышева Т. Т., Скворцов Д. В., Труханов А. И. Современные технологии диагностики и реабилитации в неврологии и ортопедии. – М.: Медика, 2006. – 256 с.
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.
3. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями: Том I/ Под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Щепетовой. – М.: Антидор, 1998. – 224 с.
4. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации/ Под ред. В. Г. Помникова, М. В. Коробова. – 4-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Гиппократ, 2017. – 1152 с.

УДК 364, 376

### **О РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ «АУТИЗМ. МАРШРУТЫ ПОМОЩИ» В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ**

Сергеева О. В.  
Департамент социальной защиты Воронежской области  
Воронеж

### **ON THE IMPLEMENTATION OF THE INTEGRATED PROGRAMME «AUTISM. ROUTES HELP» IN VORONEZH REGION**

Sergeeva O. V.  
The Department of social protection of the Voronezh region  
Voronezh

**Аннотация:** Статья посвящена проблемам формирования на региональном уровне системы комплексной реабилитации и реабилитации детей с расстройствами аутистического

спектра. В статье описывается опыт Воронежской области в данной сфере деятельности, результаты и основные работы на ближайшую и среднесрочную перспективы.

**Abstract:** the Article is devoted to the problems of formation at the regional level of the system of complex rehabilitation and rehabilitation of children with autism spectrum disorders. The article describes the experience of the Voronezh region in this field, the results and the main work for the near and medium term.

**Ключевые слова:** аутизм, инвалид, реабилитация, абилитация, исполнительные органы государственной власти

**Key words:** autism, disabled person, rehabilitation, habilitation, Executive bodies of state power.

Аутизм — расстройство, возникающее вследствие нарушения развития головного мозга и характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями. Успешная реабилитация и социализация ребенка с аутизмом возможна только при условии обеспечения комплексного подхода на наиболее ранних этапах его развития.

#### **Актуальность и цели.**

Оказание помощи детям с расстройствами аутистического спектра (далее – РАС) на территории Воронежской области на протяжении ряда лет осуществлялось учреждениями различной ведомственной принадлежности (здравоохранения, социальной защиты, образования) и имело разобщенный характер. При этом, из-за особенностей заболевания ребенок с расстройствами аутистического спектра, в отличие от детей с другими ментальными нарушениями, нуждается в именно в комплексной, непрерывной реабилитации, проводимой на межведомственном уровне на межведомственном уровне.

#### **Методы и результаты.**

В марте 2003 года в областном центре реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями «Парус надежды» была сформирована первая группа детей с расстройствами аутистического спектра (далее - РАС) в количестве 10 человек в рамках разработанной в центре программы медико-психолого-педагогической помощи детям и подросткам с РАС.

С тех пор система реабилитации детей-инвалидов постоянно развивалась. Совершенствовалась материальная база, увеличивалось качество и количество предоставляемых услуг. Однако, используя только внутренние региональные ресурсы, достичь каких-либо прорывных результатов в данной сфере невозможно. В данных условиях своевременной оказалась поддержка с 2009 года на федеральном уровне: финансовое участие в региональных проектах принял Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

В период с 2009 по 2012 год Фонд по различным программам и проектам направил в Воронежскую область средства в сумме 14,0 миллионов рублей. За счет этих средств мы приобрели новейшее реабилитационное оборудование, транспорт для инвалидов, интернет-классы.

В целях формирования кадрового и квалификационного потенциала, организационно-правовой и методической базы в 2012 году в Воронежскую область был привлечен Благотворительный фонд содействия решению проблем аутизма «Выход». Благодаря высокому профессионализму экспертов Фонда «Выход», научным и интеллектуальным ресурсам, в 2012 - 2015 годах область вышла на принципиально новый уровень решения вопросов в сфере организации помощи детям с аутизмом и их семьям.

Впервые в Воронежской области была разработана и принята к исполнению комплексная программа помощи людям с РАС «Аутизм. Маршруты помощи». Цель программы – создание в регионе межведомственной системы помощи детям с расстройствами аутистического спектра и их родителям.

В ходе реализации программы были разработаны и переданы в учреждения социальной сферы передовые методики, учебные планы и электронные курсы по

реабилитации детей с РАС, информационные буклеты и стенды для информирования родителей; обучено более 1600 специалистов и родителей, воспитывающих детей с ментальными нарушениями. Проведен ремонт и закуплено оборудование для обслуживания детей с РАС в трех базовых государственных учреждениях системы реабилитации детей-инвалидов в сфере социальной защиты, образования и здравоохранения.

В 2015 году Воронежская область была включена в число участников пилотного проекта Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, по оказанию комплексной помощи детям с РАС и воспитывающим их семьям. В рамках участия в пилотном проекте, на 1 этапе его реализации был сформирован региональный межведомственный план действий по оказанию комплексной межведомственной помощи детям с РАС и воспитывающим их семьям, в который вошли, в том числе, мероприятия программы «Аутизм. Маршруты помощи».

Структура межведомственного плана включает мероприятия, охватывающие все стороны жизни, все возрастные категории и периоды развития ребенка с РАС от рождения до восемнадцати лет, а также после достижения восемнадцатилетнего возраста при наличии отрицательного реабилитационного прогноза.

Принятые в рамках исполнения межведомственного плана действий меры позволили сформировать в Воронежской области действующую экспериментальную модель комплексного медико-социального и психолого-педагогического сопровождения детей с РАС и воспитывающих их семей.

На сегодняшний день в системе комплексной помощи разработан и функционирует непрерывный реабилитационный маршрут, разделенный на 4 этапа развития ребенка:

1. Выявление, диагноз, ранняя помощь – семьи с детьми в возрасте от 0 до 3 лет;
2. Дошкольное образование, социальная реабилитация и абилитация – семьи с детьми в возрасте от 3 до 7 лет;
3. Общее (специальное) образование и социализация – семьи с детьми в возрасте от 7 до 18 лет;
4. Жизнь в обществе - семьи с детьми-инвалидами с отрицательным прогнозом, достигшими восемнадцатилетнего возраста.

На 1 этапе в систему комплексной помощи включены детские учреждения здравоохранения области, в том числе два центра ментального здоровья, кабинет для детей с РАС на базе областного клинического психоневрологического диспансера и отделение раннего развития в областном центре реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями «Парус надежды».

На данном этапе производится выявление детей группы риска в самом раннем возрасте при непосредственном участии родителей, последующая углубленная диагностика, оказание ребенку при необходимости медицинских и социально - реабилитационных услуг.

После установления диагноза родители получают возможность направить ребенка на реабилитацию в вышеупомянутый центр «Парус надежды», а также в один из центров ментального здоровья, либо в кабинет для работы с детьми с РАС в детском амбулаторном отделении Воронежского областного клинического психоневрологического диспансера.

В целях увеличения выявляемости детей группы риска, организована работа по информированию населения в рамках информационного сета «Обратите внимание: аутизм!». Изготовлена печатная продукция (буклеты, лифлеты, пособия для педиатров, родителей), которая направлена во все детские учреждения области.

В отделении раннего развития центра «Парус надежды» организовано предоставление услуг ранней помощи семьям, воспитывающим детей с РАС, начиная с шестимесячного возраста и до достижения возраста 6 лет. Основное направление деятельности отделения раннего развития - возможно более ранняя специализированная комплексная психолого-медико-педагогическая и социальная поддержка семьи, имеющей ребенка с выявленными ментальными нарушениями (риском нарушения), подбор адекватных способов взаимодействия с ребенком, его воспитания и обучения, коррекция отклонений в развитии.

Ежемесячно услугами Службы пользуются до 30 семей и более 45 семей получают консультации.

Принимаемые на первом этапе меры позволили существенно увеличить выявляемость детей с РАС.

В настоящее время в реестре департамента здравоохранения Воронежской области на учете с диагнозом РАС состоят 838 детей. Для сравнения: в 2012 году, когда мы начинали работу над формированием системы, у нас на учете состояли 195 детей с РАС..

В целях обеспечения сохранения доступности услуг выявления и ранней увеличивающейся целевой группе правительство Воронежской области намерено в 2019-2024 годах ежегодно открывать новые консультационные и консультационно-диагностические пункты (кабинеты) в учреждениях здравоохранения и социальной защиты, организовать работу служб раннего развития в сельской зоне на базе учреждений социальной защиты.

На втором этапе, по достижении ребенком трехлетнего возраста, в систему комплексной помощи, помимо вышеперечисленных учреждений включаются детские дошкольные учреждения региональной системы образования: лекотеки на базе детских садов в районах области, две ресурсные дошкольные группы на базе муниципальных дошкольных учреждений системы образования, а также учреждения социальной защиты.

Основная цель второго этапа – подготовка ребенка и его родителей к получению образования по специальной или общей программе, в зависимости от тяжести заболевания и реабилитационного потенциала. Основной (типовой) перечень услуг для семьи в рамках второго этапа:

- медико-профилактическое сопровождение;
- повышение родительских компетенций в сфере ранней диагностики РАС и воспитания детей с ментальными нарушениями;
- развитие когнитивных функций;
- психолого - педагогическая реабилитация и коррекция;
- медико-социальная реабилитация и абилитация.

В системе образования в настоящее время функционируют пять ресурсных групп в детских садах областного центра и районов области.

Для детей дошкольного возраста с ОВЗ в возрасте от 2 месяцев до 7 лет на базе 29 образовательных организаций, реализующих программы дошкольного образования, функционируют «Лекотеки», в которых получают образовательные услуги более 300 детей с ОВЗ, открыто 129 консультационных центров. Специалисты «Лекотек» реализуют индивидуально-ориентированные программы сопровождения ребенка и его семьи.

В областном центре реабилитации детей и подростков с ОВЗ «Парус надежды» и Воронежском центре реабилитации инвалидов для детей с РАС реализуется комплексная социальная услуга – домашнее визитирование, предполагающая выезды в семьи, воспитывающие детей с тяжелыми сопутствующими нарушениями, специалистов (педагог-дефектолог, логопед, психолог), обученных технологии домашнего визитирования, для оказания психолого-педагогической и коррекционно-развивающей помощи в домашних условиях. Ежемесячно услугами домашнего визитирования пользуются 45 семей, проживающих в областном центре. Начиная с 2019 года, служба домашнего визитирования будет работать в реабилитационном центре «Журавлик».

Третий этап – наиболее продолжительный и, исходя из мониторингов запроса целевой группы – в настоящее время наиболее востребованный. Его основная цель – подготовка ребенка к самостоятельной жизни, или жизни при минимальном постороннем вмешательстве. На данном этапе в систему реабилитации ребенка с РАС включаются учреждения общего и специального образования.

В целях исполнения родительского запроса в рамках совершенствования реабилитационного процесса на данном этапе развития ребенка департаментом образования, науки и молодежной политики Воронежской области были проведены организационно-

правовые мероприятия по итогам которых в регионе в 2015 году при участии Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и Фонда «Выход»:

- создана лаборатория сопровождения коррекционного образования, обеспечивающая организационно-методическое сопровождение процесса обучения учащихся с РАС на базе регионального института дополнительного образования;

- на базе образовательных школ города Воронежа и области с сентября 2015 года реализуется проект по обучению детей с РАС в ресурсных классах.

Всего в 2017/2018 учебном году функционировали 14 ресурсных классов. Общее количество детей с РАС, охваченных инклюзивным образованием, в 2017/2018 учебном году составило 139 человек.

Организация полезного досуга, занятости и развития в течение года обеспечивается в группах дневного пребывания для детей с РАС школьного возраста в Воронежском центре реабилитации инвалидов, центрах «Парус надежды» и «Журавлик». Цель создания групп - реализация индивидуальных программ медико-социальной, психолого-педагогической реабилитации детей с РАС и другими функциональными нарушениями в условиях кратковременного пребывания. Основные задачи групп – формирование коммуникативных навыков у детей посредством игровой деятельности и участия в досуговых мероприятиях; организация коррекционно-развивающих мероприятий с использованием методик арттерапии, логоритмики, телесно-ориентированной терапии, а также социально-средовая реабилитация (обучение навыкам самообслуживания, поведения в общественных местах, навыкам коммуникации).

Также, в целях повышения доступности услуг для семей с детьми с РАС, в центре «Журавлик» организована работа социальной гостиницы для жителей отдаленных районов на 10 мест. Такая служба уже функционирует в центре «Парус надежды», но ее мощности не хватает для удовлетворения потребностей семей с детьми-аутистами в данном виде социальных услуг.

В целях дальнейшего жизнеустройства детей-инвалидов достигших восемнадцатилетнего возраста с отрицательным прогнозом (4 этап сопровождения ребенка с РАС) в Воронежском центре реабилитации инвалидов и Воронежском областном реабилитационном центре для инвалидов молодого возраста организована работа группы дневного пребывания для молодых инвалидов. Цели и задачи данных групп аналогичны целям и задачам групп дневного пребывания для детей с РАС школьного возраста.

В настоящее время в рамках социального обслуживания для данной категории инвалидов начата работа по созданию консультационных центров, служб поддерживающего трудоустройства и сопровождающего проживания, строительству многофункциональных центров комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, что позволит создать условия для обеспечения их наиболее благоприятного проживания в семьях.

На 2019-2022 годы департаментом запланирована амбициозная задача – построить не имеющий аналогов в Российской Федерации принципиально новый модуль социальной реабилитации и жизне-устройства в действующем Бутурлиновском детском доме-интернате для умственно отсталых детей.

Проект предполагает возведение на территории учреждения уникального многофункционального реабилитационного комплекса для детей-инвалидов и инвалидов молодого возраста, а также четырех коттеджей для компактного проживания молодых инвалидов, воспитанников центра с посещающими их родителями и родителей с детьми-инвалидами, проходящими курс реабилитации в Бутурлиновском ДДИ. Ввод в эксплуатацию объекта позволит решить следующие актуальные для Воронежской области задачи в сфере государственной поддержки детей с ограниченными возможностями здоровья и молодых инвалидов:

1. Повышение доступности реабилитационных услуг для семей с детьми-инвалидами, проживающими в сельских районах области.

2. Реализация прав детей-инвалидов на получение услуг в сфере общего и дошкольного образования по адаптивным программам.

3. Организация полезной занятости и адаптивного трудоустройства ментальных инвалидов, достигших совершеннолетнего возраста.

4. Развитие физкультурного движения и занятий паралимпийскими видами спорта лиц с ограниченными возможностями.

Выводы.

В целом, анализ результатов работы в рамках формирования системы помощи людям с РАС и другими ментальными нарушениями дает основание полагать, что на сегодняшний день наиболее успешно нам удалось реализовать и развивать основные направления в сфере помощи детям с РАС, такие как:

- раннее выявление и ранняя диагностика детей с подозрением на РАС;
- развитие образовательной среды для детей с РАС;
- формирование кадрового потенциала специалистов по работе с детьми с РАС.

В дальнейшем будет активизироваться работа по развитию системы помощи молодым инвалидам с ментальными нарушениями; развитию сети консультационных пунктов для семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями, из сельских районов области; расширению перечня некоммерческих организаций социальной направленности, привлекаемых к мероприятиям в сфере помощи людям с РАС; оптимизации механизмов межведомственного взаимодействия.

Список литературы

1. Конвенция о правах инвалидов: принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года. [Электронный ресурс] URL: [http://ombudsmanspb.ru/files/files/OON\\_02\\_site.pdf](http://ombudsmanspb.ru/files/files/OON_02_site.pdf) (Дата обращения: 20.06.2018).

2. Федеральный закон от 03.05.2012 № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов». Доступно по ссылке <http://www.kremlin.ru/acts/bank/35237> (Дата обращения 20.06.2018).

3. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов» (в ред. Федерального закона от 19.12.2016 № 461-ФЗ) // СЗРФ.1995 № 48.

4. ГОСТ Р 53874-2010 Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг. Режим доступа: <http://vsegost.com/Catalog/51/51159.shtm>.

УДК342.7+36

## **АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРАВ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Пайков А. Ю., Медовник А. В.

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ростовской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,  
Ростов-на-Дону

## **RELEVANT ASPECTS OF ENSURING THE RIGHTS OF HANDICAPPED INDIVIDUALS**

Paikov A. Y., Medovnik A. V.

Federal public institution «The Main Bureau of Sociomedical assessment in Rostov Region»  
Ministry of Labour and Social Development of the Russian Federation,  
Rostov-on-Don



**Аннотация:** Статья посвящена проблемным вопросам обеспечения прав лиц с ограниченными возможностями здоровья. Авторами проанализированы нормативно-правовые акты в сфере обеспечения прав этих лиц, их практической реализации. На основе проведенного исследования сформулированы предложения по совершенствованию процесса взаимодействия в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

**Annotation.** Article is devoted to problematic issues of ensuring the rights of handicapped individuals. Authors have analysed normative legal acts in the sphere of ensuring the rights of these persons, their implementation. On the basis of the conducted research suggestions for improvement of process of interaction in the system of complex rehabilitation and abilitation of disabled people are formulated.

**Ключевые слова:** лица с ограниченными возможностями, медико-социальная экспертиза, реабилитация, абилитация.

**Keywords:** handicapped individuals, medico-social expertise, rehabilitation, abilitation.

Актуальность заявленной в названии темы исследования обусловлена увеличением в популяции числа лиц с ограниченными возможностями здоровья. По данным Всемирной организации здравоохранения более миллиарда человек во всем мире живут с какой-либо формой инвалидности, что составляет около 15% населения мира (согласно оценке глобальной численности населения 2010 года)[3]. Не лучшим образом обстоит дело и в нашей стране, по состоянию на 1 июля 2018 года в Российской Федерации 6 545 675 женщин инвалидов и 4 829 572 мужчин [4].

Российская Федерация проводит последовательную государственную политику в области защиты прав лиц с ограниченными возможностями здоровья, целью которой является обеспечение равных возможностей инвалидов в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, как предусмотренных законодательством Российской Федерации, так и в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права, международными договорами Российской Федерации. В соответствии с законодательством Российской Федерации к основным направлениям реабилитации относятся: медицинская, профессиональная, в том числе содействие в трудоустройстве, социальная реабилитация, физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт, что предполагает объединения усилий различных ведомств. При этом решение проблем интеграции инвалидов невозможно без взаимодействия органов государственной и муниципальной власти, институтов гражданского общества, предпринимательских кругов, их совместных скоординированных усилий. Только в этом случае станет возможным глобальное изменение ситуации по созданию условий жизнедеятельности инвалидов, как в нашей стране, так и других государствах. Защита личных и социальных прав все еще остаются для России актуальной проблемой, - отмечено в Докладе о деятельности Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации за 2017 год [2].

В настоящей публикации предпринята попытка проанализировать нормативно-правовые акты в сфере обеспечения прав лиц с ограниченными возможностями и их практической реализации, а также рассмотреть отдельные проблемные аспекты обеспечения прав инвалидов, выработать предложения по совершенствованию процесса взаимодействия в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее - Закон о социальной защите инвалидов) гарантирует инвалидам проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и услуг, предусмотренных федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета (статья 10).

Организация мероприятий по реабилитации и абилитации начинается с проведения медико-социальной экспертизы (далее также – МСЭ, экспертиза), и разработанной на ее

основе рекомендаций, отраженных в индивидуальной программе реабилитации или абилитации (далее также –ИПРА) инвалида. Ведь целью МСЭ является определение потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию (ст. 60 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 3 августа 2018 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу регламентирован Постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006 года № 95 (ред. от 21 июня 2018 г.) «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (далее также – Порядок).

Порядок разработки и реализации ИПРА инвалида достаточно детально регламентирован нормативно-правовыми актами, в частности Приказом Минтруда России 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», Приказом Минтруда России от 15 октября 2015 г. № 723н «Об утверждении формы и Порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм информации об исполнении возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида и индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида мероприятий в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы», Приказом Минздравсоцразвития РФ от 31 января 2007 г. №77 (ред. от 28.10.2009) «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь», Приказом Минздравсоцразвития РФ от 25 декабря 2006 г. № 874 (ред. от 28.10.2009) «Об утверждении формы Направления на медико-социальную экспертизу, выдаваемого органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, или органом социальной защиты населения» и др.

Отметим, что форма направления гражданина на МСЭ (форма 088/у-06) нуждается в совершенствовании. Так, обращает внимание даже само название - «Направление на медико-социальную экспертизу *организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь*» (выделено авторами). В то время как Порядок предусматривает направление на МСЭ *медицинской организацией*, что вполне закономерно в виду отсутствия в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 3 августа 2018 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» понятия «организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь».

Одним из направлений государственной политики в сфере обеспечения прав инвалидов является упрощение процедуры освидетельствования граждан и обмена необходимыми документами без участия этих граждан. Так, Президент Российской Федерации дал поручение в указанных целях обеспечить внесение в приоритетный проект «Электронное здравоохранение» изменений, предусматривающих возможность обмена необходимыми документами, в том числе в электронном виде, между организациями здравоохранения и учреждениями МСЭ [6].

Данное поручение находит свою реализацию в Плане мероприятий по устранению нарушений в деятельности ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Дагестан» Минтруда России и недопущению в главных бюро медико-социальной экспертизы по субъектам Российской Федерации нарушений установленного законодательством порядка признания граждан инвалидами, утвержденном Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации 2 августа 2018 года №515.В названном Плане речь идет о необходимости заключения соглашений с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения по организации информационного взаимодействия при обмене сведениями в электронном виде о форме направления гражданина на МСЭ, а при отсутствии технической возможности

организации информационного взаимодействия – на бумажном носителе, обеспечении передачи на бумажном носителе по реестру, заверенному главным врачом соответствующей медицинской организации, направлений на МСЭ из медицинских организаций в главные бюро МСЭ по субъектам Российской Федерации для создания технической возможности их передачи в электронном виде.

Согласно действующему Порядку гражданин имеет право самостоятельно предоставить в бюро МСЭ документы при личном приеме или направить их по почте. В этом видится одна из проблем практической реализации отмеченных мероприятий. В этой связи необходимо внесение соответствующих изменений в нормативно-правовые акты, регламентирующие порядок признания гражданина инвалидом. Указанное совершенствование нормативно-правового регулирования порядка предоставления направления на МСЭ в определенной степени способно решить задачу по упрощению процедуры обмена необходимыми документами в рамках оказания государственной услуги по проведению МСЭ, осуществление такого обмена без участия граждан.

Кроме этого, такие преобразования не только сократят срок предоставления документов, время ожидания предоставления государственной услуги по проведению МСЭ, количество посещений в учреждения МСЭ [5], но, если и не исключат, то могут значительно уменьшить количество предоставляемых в бюро МСЭ подложных документов. Напомним, что именно медицинские организации, органы, осуществляющие пенсионное обеспечение, а также органы социальной защиты населения несут ответственность за достоверность сведений, указанных в направлении на МСЭ (пункт 18 Порядка), а сотрудники МСЭ не уполномочены проверять их подлинность и более того не обладают специальными познаниями в этой области.

К числу приоритетных направлений правовой политики относится совершенствование механизма предоставления средств реабилитации и реабилитационных услуг [1, с.179]. Обеспечение прав лиц с ограниченными возможностями здоровья имеют ряд проблемных вопросов. Так, помимо прочих обращений к Уполномоченному по правам человека (оформление и переоформление инвалидности, изменение причин инвалидности) в 2017 году, поступали также просьбы, связанные с внесением изменений в индивидуальную программу реабилитации и ее выполнением[2].

Достаточно остро стоит проблема в обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации (далее также - ТСР): затягивание сроков их предоставления, ненадлежащее качество, проблемы с получением денежной компенсации за самостоятельно приобретенные ТСР, сбои в работе органов системы социального страхования. Об этом сказано в докладе Уполномоченного по правам человека за 2017 год, подтверждает это и судебная практика. Напомним, что Закон о социальной защите инвалидов предусматривает разработку обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности ИПРА инвалида как комплекса оптимальных для него реабилитационных мероприятий, включая обеспечение техническими средствами реабилитации (статья 11).

Если инвалид по каким-либо причинам не был обеспечен уполномоченным органом ТСР, предусмотренным ИПРА, либо обеспечен не в полном объеме, то его право на получение мер социальной поддержки может быть реализовано посредством выплаты денежной компенсации за самостоятельно приобретенные ТСР. Порядок выплаты такой компенсации установлен приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2011 г. № 57н. Представляется необходимым разъяснение уполномоченным органом этого права инвалиду в «Листе информирования гражданина», который прилагается к «Документам результатам» в единой автоматизированной вертикально-интегрированной информационно-аналитической системе по проведению медико-социальной экспертизы (ЕАВИИАС МСЭ) и к медико-экспертной документации на бумажном носителе. Ведь, как отмечено Верховным Судом Российской

Федерации, право на обеспечение ТСР не может быть поставлено в зависимость от наличия или отсутствия достаточного финансирования расходов на их приобретение, равно как и восстановление данного права невозможно путем предоставления ТСР за прошлое время в натуре (Определение Верховного Суда РФ от 28.11.2016 № 56-КГ16-19, Определение Верховного Суда РФ от 14.11.2016 № 44-КГ16-19).

Безусловно, в одной статье трудно охватить все проблемные аспекты обеспечения прав лиц с ограниченными возможностями. Однако, их открытое обсуждение может способствовать совершенствованию механизмов обеспечения данных прав.

### Список литературы

1. Альбеева А. Ю. Правовая политика в отношении инвалидов в советской и постсоветской России (историко-правовое исследование): дисс. канд. юрид. наук. – Самара, 2017. – 248 с.

2. Доклад о деятельности Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации за 2017 год // Официальный сайт Уполномоченного по правам человека в России. URL: <http://ombudsmanrf.org/content/doclad2017> (дата обращения 01.07.2018).

3. Инвалидность и здоровье. Информационный бюллетень. Ноябрь 2017 // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: <http://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/ru/index.html> (дата обращения 01.07.2018).

4. Численность инвалидов // ФГИС «Официальный реестр инвалидов» (ФРИ). URL: <https://sfri.ru/stat/> (дата обращения 01.07.2018).

5. Ломоносова О.В., Дубровская Н.В., Самсоненко О.О., Кароль Е.В. Организация межведомственного взаимодействия в целях разработки и реализации мероприятий по медицинской реабилитации инвалидов. Опыт Санкт-Петербурга // Сборник материалов научно-практической конференции «Совершенствование межведомственного взаимодействия в рамках разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида)» в рамках реализации Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы – Москва: Минтруд России, 2017. – С. 103-105.

6. Перечень поручений Президента Российской Федерации по итогам встречи 5 декабря 2017 года с инвалидами и представителями общественных организаций и профессиональных сообществ, оказывающих содействие инвалидам // Официальный сайт Президента Российской Федерации. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/assignments/orders/56646>. (дата обращения 01.07.2018).

УДК 364

### РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Устинова Е. В.

Государственное учреждение Самарской области  
«Реабилитационный центр для инвалидов «Самарский», г. Самара

### REABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES IN THE SAMARA REGION

Ustinova E. V.

Candidate of Educational Sciences, the deputy director of state budgetary institution of the Samara region "The rehabilitation center for disabled people "Samara", Samara

**Аннотация.** В статье представлен опыт реабилитации инвалидов в Самарской области. Рассматриваются отдельные методологические подходы к применению современных форм социальной работы с инвалидами.

Определяется эффективность и результативность реабилитационных мероприятий.

**Abstract.** The article presents the experience of establishment of an integrated rehabilitation system of persons with disabilities in the Samara Region. It describes selected methodological approaches to using modern forms of social work with persons with disabilities. The efficiency and effectiveness of rehabilitation measures are determined.

**Ключевые слова:** реабилитация, индивидуальная программа реабилитации, социально-бытовая реабилитация, социально-средовая реабилитация, социально-психологическая реабилитация.

**Keywords:** rehabilitation, individual program of rehabilitation, social rehabilitation, social and environmental rehabilitation, social and psychological rehabilitation.

**Актуальность.** Одно из ключевых направлений в социальной политике – это полное и эффективное включение в общество людей с ограниченными возможностями здоровья.

Основная задача органов и учреждений социальной защиты и социального обслуживания населения – устранение барьеров на пути к участию инвалидов в жизни общества и инвестирование достаточного объема средств, знаний и опыта, для раскрытия потенциала людей с инвалидностью.

Согласно последним тенденциям общее количество инвалидов в Российской Федерации в течение последних 5 лет неуклонно снижается. При этом отмечается рост количества детей-инвалидов. Среди субъектов Приволжского Федерального округа наименьший интенсивный показатель первичного выхода на инвалидность на 10 000 детского населения принадлежит Республике Марий Эл (18,1 на 10 000 детского населения), второе место занимает Пермский край (18,2), третье место – Удмуртская Республика (18,9), Самарская область занимает 9 место с показателем первичного выхода на инвалидность 21,7 на 10 000 детского населения [3].

По состоянию на 01.01.2018 в регионе проживает 3,2 млн. человек. Численность детского населения составляет 568,7 тыс. человек (17,7% от общей численности населения), детей раннего возраста от 0 до 3 лет 154,7 тыс. чел. [2].

Количество граждан, имеющих инвалидность 230,8 тыс. (7,2% от общей численности населения области), из них 67 тыс. – инвалиды трудоспособного возраста, 9,8 тыс. – детей-инвалидов в возрасте от 0 до 17 лет, в том числе у 1296 детей инвалидность установлена впервые. За последние пять лет в регионе зафиксировано стабильное снижение общей численности инвалидов старше 18 лет, и рост количества детей-инвалидов. В 2017 году в сравнении с 2015 годом увеличение первичного выхода на инвалидность среди детей-инвалидов составила 39% [1].

С 2001 года в регионе функционирует система комплексной реабилитации инвалидов всех категорий, в основе которой, заложена реализация индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида), содержащая комплекс мер медицинской, социальной, профессиональной, психолого-педагогической реабилитации, способствующих социальной адаптации людей с инвалидностью.

**Цель.** Анализ реализации мероприятий индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) в системе социальной защиты населения и разработка предложений по повышению эффективности их реализации.

**Методы.** Государственным бюджетным учреждением Самарской области «Реабилитационный центр для инвалидов «Самарский» в рамках научной и методической деятельности был проведен анализ реализации выписок из индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида), поступивших из федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области» в министерство социально-демографической и семейной политики Самарской области в 2016-2017 годах. Проведено анкетирование и опрос 562 лиц с инвалидностью. Интервьюирование 5 активистов общественных объединений инвалидов.

**Результаты.** В министерстве социально-демографической и семейной политики Самарской области реализация индивидуальных программ реабилитации и абилитации

инвалида (далее – ИПРА) осуществляется через территориальные отделы, расположенные в 9 округах, объединяющих все муниципальные образования области.

В 2016 году из федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области» (далее – БМСЭ) в территориальные отделы министерства поступило 37 687 выписок из ИПРА инвалида, в 2017 году – 38 575. Рост количества выписок из ИПРА за 2 года составил 3%, на фоне снижения общей численности инвалидов.

В 2016 году министерством в БМСЭ было направлено 2 674 отчетов об исполнении мероприятий ИПРА, в 2017 году – 7561.

Одним из направлений повышения качества жизни инвалидов является создание условий, позволяющих им получить комплексную реабилитацию как можно ближе к их непосредственному месту жительства. Поэтому, основные мероприятия ИПРА реализуются на базе отделений социальной реабилитации, срочных услуг, отделений семья комплексных центров социального обслуживания населения (далее – комплексные центры), расположенных в каждом муниципальном районе области.

Наиболее рекомендуемые БМСЭ мероприятия ИПРА, реализуемые комплексными центрами – это социально-бытовая и социально-средовая реабилитация или абилитация. Основой реализации данных мероприятий являются 53 комнаты социально-бытовой адаптации (далее - КСБА), 53 «Школы реабилитации и ухода» (далее – «Школы»), 122 выездные мультидисциплинарные бригады.

В 2017 году услуги по социально-бытовой и социально-средовой реабилитации в КСБА и «Школах» получили более 50 тысяч человек, в том числе инвалиды (более 23 тысячи человек), родственники, осуществляющие уход за тяжелобольными членами семьи (более 7 тысяч человек, в том числе 283 родителя, воспитывающих ребенка-инвалида). Специалистами комплексных центров проведено более 22 тысяч занятий, из них более 5 тысяч групповых практических занятий и тренингов, а также 17 тысяч индивидуальных консультаций.

Сравнительный результат итогов деятельности по направлениям «Школы» и КСБА за 2016 и 2017 годы показывает, что активность специалистов по данным направлениям имеет тенденцию к снижению и, как следствие идет снижение охвата населения данным видом услуг (в 2016 – более 64 тысяч человек, в 2017 – 50 тысяч человек). Основной причиной снижения показателей является реорганизация учреждений социального обслуживания в 2017 году. Вместе с тем, объединение Центров семья и Центров социального обслуживания населения открыло перспективы для дальнейшего развития «Школ» и КСБА через охват детского населения региона (дети с ограниченными возможностями здоровья, в том числе дети-инвалиды, и их родители) и обеспечение преемственности в работе с инвалидами различных возрастных групп.

Особым направлением реализации мероприятий ИПРА является обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации (далее - ТСР).

В 2017 году из федерального бюджета на его реализацию выделено средств в размере 62,3% от фактической потребности, на предоставление санаторно-курортного лечения - около 30%. Средний срок ожидания получения ТСР составляет 2 года, путевки - 3 года.

Решением вопроса обеспечения инвалидов ТСР в регионе стало развитие пунктов проката. На сегодняшний день в 50 пунктах проката, расположенных во всех крупных населенных пунктах области, инвалид в период ожидания технического средства реабилитации может воспользоваться на безвозмездной основе прокатным фондом. По итогам 2017 года в пунктах проката 4 444 человека получили 5 186 технических средств реабилитации.

С целью совершенствования работы по обеспечению инвалидов ТСР в регионе в течение нескольких лет проводится мониторинг удовлетворенности граждан, выдаваемыми техническими средствами. По результатам анкетирования 200 лиц с инвалидностью выявлено следующее. Удовлетворенность качеством ТСР в 2017 году составила 89%, что на

7% больше чем в 2016 году (82%). У 80% опрошенных жителей Самарской области, использующих ТСР, качество жизни улучшилось.

Среди инвалидов востребована социально-психологическая реабилитация, которая представлена диагностическими и психокоррекционными мероприятиями, психологическим консультированием. Занятия с психологом проходят в индивидуальной и групповой форме. Широко применяются психологические тренинги, направленные на развитие навыков общения и саморегуляции. В 2017 году в реабилитационном центре для инвалидов-колясочников «Преодоление» внедрена психопрофилактическая программа по гармонизации отношений с лицами противоположного пола с использованием арт-терапевтических методик. Рост количества оказанных социально-психологических услуг в 2017 году в сравнении с 2016 годом составил 64%.

Самые любимые инвалидами мероприятия ИПРА - это мероприятия социокультурной реабилитации. В рамках реализации социокультурных мероприятий выстроено взаимодействие между учреждениями социального обслуживания и учреждениями культуры. Для клиентов социальных служб проводятся совместные мероприятия с библиотеками, домами культуры проводятся концерты и культурно-развлекательные программы, организуются экскурсии в музеи: краеведческий, военной техники и т.д.

Ежегодно, с привлечением общественных организаций инвалидов проводятся областные и межрегиональные социокультурные мероприятия, включающие областной творческий фестиваль-конкурс «Вместе со звездами», соревнования «Специальной Олимпиады», «День инвалидов», различные творческие вечера и конкурсы. Зачастую именно реализация данного раздела ИПРА становится для человека с инвалидностью Стартапом для дальнейшей интеграции в общество, ведению здорового образа жизни.

Результаты данной работы можно проиллюстрировать следующим примером. В 2017 году в ходе выборочного обследования и опроса инвалидов было установлено (опрос 146 инвалидов-колясочников и 216 инвалидов по зрению), что из числа инвалидов, прошедших занятия в школе активной реабилитации, примерно 85% смогли добиться наиболее полной психологической и социальной адаптации к изменившимся условиям жизни. Некоторые из них (20%), овладев определенными спортивными умениями, начали более серьезно заниматься тем или иным видом спорта, 23% опрошенных смогли состояться в профессии, 8% устроили свою личную жизнь.

Достижение и сохранение достигнутых результатов в сфере реабилитации инвалидов возможно только при участии всех заинтересованных органов исполнительной власти.

Именно поэтому в Самарской области создана межведомственная рабочая группа по созданию и развитию системы комплексной реабилитации инвалидов, службы ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, в том числе детям-инвалидам, и социального сопровождения их семей.

Шесть органов исполнительной власти Самарской области в сферах труд и занятость, спорт, культура, образование, здравоохранение, социальная защита заключили Соглашение о межведомственном взаимодействии по вопросам комплексной реабилитации (абилитации) инвалидов, ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, в том числе детям-инвалидам, и социального сопровождения их семей.

Благодаря межведомственному взаимодействию удалось выстроить маршруты оказания медико-социальной и психолого-педагогической помощи ребенку-инвалиду, его сопровождение, обеспечена преемственность и непрерывность оказания реабилитационных услуг лицам с инвалидностью.

По итогам 2017 года количество социально-реабилитационных услуг, оказываемых в Самарской области в расчете на 1 инвалида составляет 1,01. То есть каждый инвалид Самарской области может получить необходимые ему услуги. Вместе с тем, фактический охват услугами детей-инвалидов составляет 22%, взрослых инвалидов около 30%.

Согласно информации, полученной в результате интервьюирования активных членов общественных объединений инвалидов, это связано с различными причинами. В каких-то территориях реабилитационные учреждения располагаются в районных центрах и,

инвалиды, проживающие в отдаленных населенных пунктах, не всегда имеют возможность обратиться за услугами. Семьи, воспитывающие детей-инвалидов зачастую не готовы выносить свои проблемы на обсуждение специалистов.

Поэтому в Самарской области активно развивается взаимодействие с некоммерческим сектором, с общественными организациями и родительским сообществом.

Ежегодно, в различных программах предусматривается проведение мероприятий, направленных на социальную интеграцию и реабилитацию инвалидов, в том числе детей-инвалидов. Эти мероприятия реализуются посредством предоставления субсидий областного бюджета некоммерческим организациям на конкурсной основе.

Проведение такого конкурса, позволяет отобрать наиболее интересные проекты, реализовать наиболее востребованные мероприятия.

Так, например, общественной организацией инвалидов Самарское отделение Всероссийского общества слепых в результате реализации проекта «Персональный помощник» удастся охватить социально-реабилитационными услугами незрячих жителей Самарской Губернии, проживающих в отдаленных селах.

Вместе с Самарской городской общественной организацией «Парус Надежды» специалистами системы здравоохранения и социальной защиты населения проводится обучение родителей, воспитывающих детей с ментальными нарушениями различного возраста, основам воспитания и развития особого ребенка в домашних условиях.

**Выводы.** Для решения проблем людей с инвалидностью недостаточно участие только государства и некоммерческих объединений.

В современных экономических и социальных условиях необходимо развивать межсекторное взаимодействие внутри общества. Необходимо разработать механизмы, позволяющие создать систему, которая, с одной стороны будет эффективна в деле решения социально-значимых задач, а с другой - максимально вовлекать в эту деятельность структуры гражданского общества. Мы видим это как одновременное взаимодействие и бизнеса и некоммерческого сектора и государства. И в этом направлении мы продолжаем и теоретическую и практическую работу.

#### **Список литературы**

1. Итоги деятельности ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России за 2017 год. // Брошюра.[Режим доступа].// URL:<http://mse63.ru/wp-content/uploads/2018/03/Брошюра-Итоги-работы-ФКУ-за-2017-год.pdf>.
2. Население. [Электронный ресурс] // Официальная статистика. // URL:[http://samarastat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_ts/samarastat/ru/statistics/population/](http://samarastat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/samarastat/ru/statistics/population/).
3. Статистика инвалидности в России [Электронный ресурс]. // URL:[http://specialbank.ru/2016/10/18/stats\\_russia](http://specialbank.ru/2016/10/18/stats_russia).

УДК 614.8.067.3

### **ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)**

Максимова З.С.

ГБУ РС (Я) «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья», Республика Саха (Якутия), г. Якутск

### **THE ORGANIZATION OF COMPLEX REHABILITATION AND HABILITATION IN THE REPUBLIC OF SAKHA (YAKUTIA)**

Maksimova Z. S.

GBU RS (ya) "Republican rehabilitation center for children and adolescents with disabilities",  
Republic of Sakha (Yakutia), Yakutsk



**Аннотация.** В статье представлены методические подходы реабилитационных технологий по различным направлениям реабилитации и абилитации детей с ограниченными возможностями здоровья и результаты практического опыта по организации комплексной реабилитации и абилитации в Республике Саха (Якутия) на примере деятельности комплексного реабилитационного центра республиканского значения.

**Abstract.** The article presents the methodological approaches of rehabilitation technologies in various areas of rehabilitation and habilitation of children with disabilities and the results of practical experience in the organization of comprehensive rehabilitation and habilitation in the Republic of Sakha (Yakutia) on the example of the complex rehabilitation center of national importance.

**Ключевые слова:** реабилитация или абилитации, дети, ограниченные возможности здоровья.

**Keywords:** rehabilitation or habilitation, children, disabilities.

Понятие «ребенок-инвалид» носит комплексный и многоплановый характер. С одной стороны, семья ребенка-инвалида – это комплекс взаимосвязанных проблем выживания, социальной защиты, образования ребенка. С другой – сам ребенок-инвалид: его развитие как личности заключается не только в отсутствии слуха, зрения, способности передвигаться, но и в том, что он лишен обычного мира детства, отделен от своего здорового сверстника, от круга его дел, забот и интересов. Суть проблемы заключается в изолированности от общества, в котором ему предстоит расти и жить, и общество должно подходить к решению проблемы «инвалид-личность» не с позиции жалости к некоему явлению вне самого общества, а с позиции содружества, соучастия, содействия, сотворчества.

В Республике Саха (Якутия) численность инвалидов по состоянию на 01.01.2018 года составляет 58 102 чел, в т.ч. 6 283 дети-инвалиды или 10,8% от общего количества (таблица 1).

Таблица 1. Количество детей-инвалидов в РС (Я) в 2015-2018 гг.

Наименование категории:	на 01.01.2015	на 01.01.2016	на 01.01.2017	на 1.01.2018
Дети-инвалиды	6 163	6 249	6 053	6 283

В целях консолидированной и системной работы по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в т.ч. детей-инвалидов, утвержден Межведомственный комплексный план. Образована Межведомственная координационная комиссия по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, детей-инвалидов.

При Министерстве труда и социального развития Республики Саха (Якутия) функционируют 4 специализированных реабилитационных центра в городах Якутск, Нерюнгри и Нюрба для детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья общей мощностью 192 койко-мест, где ежегодно проходят реабилитацию более 1400 детей-инвалидов, что составляет примерно половину всей потребности нуждающихся в реабилитации.

В каждом районе республики созданы СО НКО родителей детей с ОВЗ, несколько республиканских общественных организаций, таких как «Харысхал», «Особый ребенок», «Шаг в мир звуков» и прочие.

12 марта 2018 года состоялось торжественное открытие Республиканского реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья в г. Якутске. Здание Центра состоит из 6 блоков, его общая площадь - 12 450 м<sup>2</sup>. В Центре по отдельным блокам расположены отделения медико-социальной реабилитации и социально-психолого-педагогической реабилитации и абилитации (служба ранней помощи),

столовая, кафетерий, общежитие с круглосуточным пребыванием на 100 мест, административный блок, гостиница на 30 мест и конюшня, в будущем здесь будут проводиться занятия по иппотерапии.

На сегодняшний день около 380 детей получили реабилитацию. Целью нашей деятельности является ранняя диагностика и помощь, социальная адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья, их подготовка и поддержка в инклюзивном образовании, оказание психологической помощи и консультации родителям.

В Реабилитационном центре проводится медицинская, психолого-педагогическая и социальная реабилитация, которая направлена на устранение или компенсацию утраченных функций организма детей в возрасте от 0 до 18 лет с дальнейшей социализацией и интеграцией в общество. Реабилитационный центр принимает детей-инвалидов с различными ограничениями согласно ИПРА и ИППСУ.

В отделении социально-психолого-педагогической реабилитации и абилитации оборудованы сенсорные комнаты, кабинеты Монтессори, «Сова-няня», «Саундбим», музыкальной стимуляции, фонетической ритмики, комнаты социально-бытовой адаптации, кроме этого, есть тренажерный зал, спортзал, бассейн. Медико-социальное отделение оснащено диагностическим, лечебно-профилактическим и реабилитационным оборудованием, отвечающим последним требованиям современной медицины.

Алгоритм нашей работы состоит в тщательном изучении состояния ребенка. Как правило, эффективная комплексная реабилитация начинается с качественной диагностики: нейрофункциональная диагностика представлена электроэнцефалографом экспертного класса.

Офтальмологическая диагностика проводится на современной аппаратуре отечественного и импортного оборудования, для диагностики и коррекции различной степени миопии с подбором очков и контактных линз, ретинопатии недоношенных, амблиопии, астигматизма, косоглазия, частичной атрофии зрительного нерва.

Обследование слуха проводится от осмотра внешнего уха до стволовых реакций головного мозга. Клинический высокочувствительный аудиометр от ведущего производителя «Интеракустикс» (Дания), система для отоакустической эмиссии, импедансометрии и аудиологического скрининга «Нейрософт» (Иваново) обеспечивает всестороннюю клиническую и дифференциальную диагностику нарушения слуховой функции с рождения, от состояния наружного и среднего уха до оценки деятельности волосковых клеток улитки на уровне головного мозга.

Целью психолого-педагогической, социальной диагностики в условиях Реабилитационного центра является обеспечение специализированной диагностико - консультативной, коррекционно-восстанавливающей помощи детям с интеллектуальными, сенсорными, речевыми нарушениями различного генеза, для выявления функциональных и компенсаторных возможностей и перспектив интеграции ребенка в образовательную и социокультурную среду.

Также проводится изучение семьи (опрос, беседа) с составлением социального паспорта семьи для дальнейшей постановки на учет и последующей помощи до 18 лет ребенка. В ситуации с особенными детьми самой значимой частью социальной среды есть и будет семья ребенка.

Методы направлены на решение одной и той же проблемы – объединить работу семьи и специалистов в единое целое. Основными методами и методиками социально-психолого-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья Центра являются:

- ежедневные индивидуальные занятия с логопедом-дефектологом.
- групповые коррекционно-развивающие занятия – по развитию коммуникативных навыков.

Речь является основой формирования социальных связей ребенка с окружающим миром, поэтому при отставании в развитии речи или других нарушениях речевой функции у

ребенка возникают проблемы, связанные с вербальной коммуникацией. Важной составной частью системы комплексной реабилитации и одним из основных разделов реабилитации детей и подростков с различными видами отклонений в развитии является логопедическое воздействие, которое рассматривается как нормализация коммуникативной деятельности, наращивания социального потенциала.

Дефектологи используют в практике работы Верботональный метод - способ реабилитации детей, использующий все ресурсы всего организма для развития слушания, устной речи, повышения коммуникативных способностей, для дальнейшей интеграции в общество детей с ОВЗ, включает: вибротактильную фазу (для детей раннего возраста), фонетическую ритмику, музыкальную стимуляцию речи, специальный аудиовизуальный курс, пиктографскую ритмику.

В работе логопедов используются интерактивный стол с компьютерной программой, что позволяет эффективно проводить коррекцию нарушений речи.

В отделении социально-психолого-педагогической реабилитации работает современная сенсорная комната, позволяющая эффективно проводить индивидуальные и групповые коррекционные занятия. Сеансы в сенсорной комнате служат как основной, так и дополнительной реабилитационной технологией, в зависимости от поставленной задачи реабилитационного курса.

Также используем новый реабилитационный метод «Сова нянька». Сенсорная интеграция — это название метода, суть которого в том, чтобы помочь детям восполнить дефицит сенсорного опыта. Некоторые из детей сталкиваются с затруднениями, связанными с обработкой большого объема информации. У них не получается отличать важное от ненужного, концентрироваться, выполнять простые действия или инструкции. При этом они испытывают беспокойство, тревогу, а то и попросту «отключаются». Страдающие от аутизма дети нередко сталкиваются с трудностями при обработке сенсорных стимулов. Они могут быть чрезмерно или малочувствительны, вследствие чего возникают явления сенсорной перегрузки. Внешне это выражается стереотипными движениями и избеганием контакта. Регулярное использование Сова-нянька приведёт к заметным улучшениям в его состоянии:

- при ДЦП помогает уменьшить спастичку;
- при аутизме эффективно снижает тревожность, способствует восстановлению функций восприятия себя, своего тела;
- при СДВГ помогает «приземлить» ребёнка, выровнять эмоциональный фон.

В работе со всеми детьми с ОВЗ (с 0 до 14 лет) широко используются возможности комнаты Монтессори – Монтессори терапия. Основными принципами системы являются: создание развивающей среды с условием развития самостоятельности ребёнка, свободы в установленных границах, естественное психологическое, физическое и социальное развитие ребёнка с ограниченными возможностями.

Социально-медицинская реабилитация в комплексной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья представлена клинико-консультативной, диагностической, реабилитационной частью, а именно врачами педиатром, неврологом, психотерапевтом, ортопедом-травматологом, специалистами по лечебной физкультуре, физиотерапевтом, офтальмологом, оториноларингологом-сурдологом, функциональной нейро и сурдодиагностикой.

Отделение оснащено диагностическим, лечебно-профилактическим и реабилитационным оборудованием, отвечающим последним требованиям современной медицины.

Офтальмологический кабинет оснащен бесконтактной и безболезненной, что важно для детей, аппаратурой импортного и отечественного производства, для коррекции зрения.

Последующей важнейшей частью комплексной реабилитации и социальной адаптации ребенка является физическая реабилитация.

В данной связи, основной задачей, которая стоит перед специалистом по лечебной физкультуре это объяснение основных теорий физической реабилитации для особенных

детей внутри семьи. Родители должны четко понимать последовательность действий и их значение в прогнозируемом будущем.

Если упростить, то основных теорий физической реабилитации две:

1. Теория последовательности (этапности) развития ребенка.

Последователи данной теории считают, что любой ребенок, вне зависимости от его физического состояния и возраста на данный момент, обязан пройти все соответствующие этапы физического развития. К примеру, сначала ребенок должен начать поднимать и держать голову, затем сидеть, ползать на животе, ползать на четвереньках, стоять и ходить.

2. Теория "не последовательности". В данной теории считается, что ребенок может "перепрыгивать" через некоторые этапы, главной целью здесь является самостоятельность ребенка как индивида, его максимально возможная независимость от родителей, других членов социума. В частности, такие дети могут не уметь ползать, но могут самостоятельно ходить, что делает их намного более социально адаптированными.

В своей работе мы стараемся скомпилировать обе теории, стараясь добиться максимально полных результатов. То есть, если ребенок не может ползать, но делает попытки ходить, мы стараемся научить ребенка правильно ходить в первую очередь. Но при этом учим его и ползанию тоже.

Зал мягких модулей и сенсорных дорожек - на мягких модулях ребенок учится в игровой форме и максимально безопасной среде преодолевать различные препятствия, ползанию, лазанию и т.д. Это позволяет развивать чувство равновесия, координацию движений и т.д. На сенсорных дорожках дети получают дополнительную сенсорную стимуляцию стоп, что стимулирует дополнительную работу ЦНС. Неровные поверхности дорожек развивают мускулатуру стоп, производя лечебный и профилактический эффект на детей с плоскостопием, вальгусом и детей с предрасположенностью к ним.

Родители, наблюдая за нашей работой, следуя нашим рекомендациям приобретают возможность и навыки проводить подобные тренировки для своего ребенка в домашних или любых других условиях с максимально эффективными результатами.

Деятельность наших специалистов по лечебной физкультуре и ортопедии направлена на работу по программе «Move» и заключается в ранней стимуляции и развитии суставной мобильности, обучению ходьбы на тренажерах фирмы «Rehab Medical» при нарушениях опорно-двигательного аппарата, в частности при детском церебральном параличе, вертикализации и горизонтации ребенка, что позволяет проводить эффективную индивидуальную двигательную реабилитацию детей, ведь в целом как ранее было отмечено развитие начинается с движения.

Безусловно потребность в движении реализуется и гидрокинезотерапией: физическими упражнениями в воде, плаванием, вытяжением позвоночника и конечностей в водной среде, различными видами подводного массажа и коррекции положением в воде. Высокая эффективность и результативность применения гидрокинезотерапии определяется многосторонним действием ее на функции органов опоры и движения, одновременно происходит релаксация напряженных и укрепление ослабленных мышц, возрастает амплитуда движений в суставах, снижается болевой синдром, улучшается психоэмоциональный статус. Прохладная вода, как правило, активирует функцию внешнего дыхания, течение обменных процессов, способствует постепенной нормализации массы тела. Водолечебница представлена тракционной ванной для вытяжения позвоночника в водной среде, вихревыми ножными ваннами, каскадной сидячей ванной, гидромассажными ваннами, ваннами для детей до 2-х лет, воздействие которых направлено на улучшение микроциркуляции кровеносной системы, релаксации, уменьшению болевых ощущений при наличии контрактур, ограничений в движении.

Бассейн с водопадом, гидромассажем оснащен подъемником для перемещения детей с ограниченными двигательными возможностями, водная среда обеспечивает закаливание, положительный эмоциональный фон, улучшение кардиоваскулярной, дыхательной системы и общего психофизического фона детей. Водные процедуры применяются в качестве

лечебного средства с древнейших времен. Их особенностью является доступность и эффективность. Воздействие разных температур, свойств травяных ванн, гидромассажа оказывают общеукрепляющее, успокаивающее или стимулирующее воздействие, в зависимости от методов применения.

Физические упражнения в целом, будь то в водной среде или безводной, оказывают интенсивное разностороннее действие на организм – деятельность дыхательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, состояние нервной системы, ну и конечно же, опорно-двигательного аппарата.

Немаловажную вспомогательную роль в комплексной реабилитации безусловно невозможно представить без физиотерапии. Физиотерапевтическая помощь представлена обширным парком высокорезультативных аппаратов отечественного и импортного производства, обеспечивающих в полном объеме все виды физиотерапевтических услуг, направленных на лечение светом, с помощью воздействия магнитных переменных и постоянных полей, лазертерапией, ингалятором, бесконтактными релаксирующими ваннами, лечением фангопарафином, действие которых направлено на улучшение трофики мышц, микро и макроциркуляции, всех органов и систем, центральной и периферической нервной системы, стимуляции иммунной системы.

Особое внимание следует уделить единственному уникальному неинвазивному аппарату MagPro для транскраниальной магнитной стимуляции головного мозга - электрофизиологическому аппарату для диагностики и терапии заболеваний центральной и периферической нервной системы. Уникальность аппарата, и его высокая реабилитационная активность в реабилитации детей с задержкой психо-речевого и речевого развития заключается в совместной работе врачей физиотерапевта, невролога и логопедическими занятиями, в реабилитации детей с ограничением движения в совместной работе невролога и врача по лечебной физкультуре.

Все вышеуказанные методы реабилитации ведутся в купе с кропотливой ежедневной психотерапевтической помощью, направленной на формирование у родителей адекватного представления о возможностях и об ограничениях их детей, понимание того, что родители обязаны формировать у своих детей ответственность за себя самого, умение самостоятельно принимать жизненно важные решения, того, что собственные жизненные неудачи или успехи родителей не зависят напрямую от заболевания ребенка.

Несмотря на обилие методов воздействия на физическое состояние особенного (и любого другого) ребенка, заинтересованность и готовность родителей к работе являются основными факторами успеха физической реабилитации и абилитации детей. Таким образом, в работе врачей ЛФК главной задачей является работа не столько с детьми, сколько демонстрация возможных сценариев тренировок родителям и объяснение им основных теоретических знаний. Следовательно, основой социально-медицинской реабилитации детей-инвалидов в сфере лечебной физкультуры и механотерапии является семейная реабилитация.

В целом комплексная реабилитационная работа направлена на улучшение качества жизни наших детей, их бытовую и общественную адаптацию, интеграцию в общество и последующему инклюзивному образованию. В целом работа направлена на улучшение качества жизни наших детей, их бытовую и общественную адаптацию, интеграцию в общество в последующем к инклюзивному образованию.

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДАМ, ПРОЖИВАЮЩИМ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ.**

**Усенкова И.В., Рычкова Н.М., Кулешова Т.И., Кухто Н.П.**

ФКУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» Минтруда России, г. Красноярск

**ORGANIZATION OF WORK ON THE FORMATION OF INDIVIDUAL PROGRAM FOR REHABILITATION OR REHABILITATION FOR DISABLED PEOPLE LIVING IN INPATIENT SOCIAL SERVICES OF KRASNOYARSK REGION**

**I.V. Usenkova, N.M. Rychkova, T. I. Kuleshova, N. P. Kuhto**

FGI «СВ MSE on the Krasnoyarsk region» of Mintrud of Russia, the city of Krasnoyarsk

**Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы организации проведения мероприятий по реабилитации лиц, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания. Представлен практический опыт межведомственного взаимодействия учреждений медико-социальной экспертизы с органами исполнительной власти по актуализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов на территории Красноярского края.

**Abstract.** the article deals with the organization of measures for the rehabilitation of people living in stationary social services. Practical experience of interdepartmental interaction of medical and social expertise institutions with executive authorities on actualization of individual rehabilitation programs or habilitation of invalids in the Krasnoyarsk Territory is presented.

**Ключевые слова:** стационарные учреждения социального обслуживания, индивидуальная программа реабилитации или абилитации, социальная адаптация.

**Key words:** stationary social services, individual rehabilitation or rehabilitation program, social adaptation.

Социальное обслуживание населения в Российской Федерации регламентируется Федеральным законом от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». Закон определяет правовые и экономические стороны данного вопроса, а также полномочия федеральных и региональных органов государственной власти в данной сфере. Прописаны права и обязанности получателей и поставщиков соответствующих услуг, а также обозначены категории лиц, на которых распространяется действие данного закона.

Стационарное социальное обслуживание направлено на оказание разносторонней социальной помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся по состоянию здоровья в постоянном уходе и наблюдении в стационарных условиях учреждений с круглосуточным пребыванием граждан.

К учреждениям стационарного социального обслуживания относятся:

- дом-интернат для граждан пожилого возраста и инвалидов;
- специальный дом-интернат для граждан пожилого возраста и инвалидов;
- психоневрологический интернат;
- пансионат для граждан пожилого возраста и инвалидов;
- психоневрологический интернат для детей

- геронтопсихиатрический центр.

В Красноярском крае функционирует 36 краевых стационарных учреждений социального обслуживания стационарного типа, из которых:

- 12 домов-интернатов для престарелых и инвалидов,
- 4 специальных дома-интерната для престарелых и инвалидов,
- 4 пансионата для граждан пожилого возраста и инвалидов,
- 11 психоневрологических интернатов,
- 4 психоневрологических интерната для детей,
- 1 геронтопсихиатрический центр.

По данным на 01.07.2018 года в указанных учреждениях проживает 6274 человека.

На территории Красноярского края порядок предоставления социальных услуг, в том числе в стационарных учреждениях, регламентирован постановлением Правительства Красноярского края от 17 декабря 2014 г. №600-п «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг поставщикам социальных услуг, включая перечень документов, необходимых для предоставления социальных услуг и порядок предоставления получателями социальных услуг сведений и документом, необходимых для предоставления социальных услуг».

Информация о реабилитационных мероприятиях, установленном гражданам, проживающим в стационарных организациях социального обслуживания Красноярского края за 2017-2018 гг.

Таблица 1

№ п/п	Наименование показателей	2017 год	1 полугодие 2018 г.
	Количество человек, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания, всего:	6313	6274
	в том числе детей, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания	689	670
	Количество человек, имеющих индивидуальные программы реабилитации или абилитации инвалида (далее – ИПРА), всего:	5790	5796
	в том числе детей, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания	689	670
	Количество человек, нуждающихся в уточнении рекомендаций ИПРА, всего:	1013	686
	в том числе детей, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания	320	342
	Количество человек, которым актуализированы рекомендаций ИПРА, всего:	1013	686
	в том числе детей, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания	320	342
	Количество человек, которым актуализированы рекомендаций ИПРА, в том числе оформлено ИПРА с рекомендациями по обеспечению ТСР,	532	390
	из них с рекомендациями по протезированию:	22	15
	протезы верхних конечностей	1	2
	протезы нижних конечностей	21	13

ФКУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» Минтруда России за 2017 год было освидетельствовано 1013 человек из стационарных организаций социального обслуживания, детей – 320. Всем обратившимся были разработаны ИПРА, в том числе в 532 случаях даны рекомендации по обеспечению ТСП.

За первое полугодие 2018 года 686 гражданам, проживающим в стационарных учреждениях была актуализирована индивидуальная программа реабилитации и абилитации: из них детям - 342 ИПРА, взрослым - 344. В 390 случаях даны рекомендации по обеспечению ТСП.

Особое внимание уделяется реабилитации детей – инвалидов, проживающих в домах-интернатах.

На территории Красноярского края имеется 4 психоневрологические интерната для детей, в которых находятся 670 детей – инвалидов.

Основным направлением деятельности данных учреждений является социальная адаптация воспитанников посредством обучения их элементарным бытовым и социальным навыкам и умениям, навыкам самообслуживания.

В детских домах-интернатах, в которых большинство проживающих составляют дети-инвалиды с тяжелой умственной и физической патологией, организованы социально-реабилитационные мероприятия, проводятся мероприятия по социальной адаптации и социально-средовой ориентации детей-инвалидов. В учреждениях прививаются навыки самообслуживания, поведения в быту, общественных местах, коммуникативного общения.

Одним из направлений деятельности детских учреждений интернатного типа является организация коррекционной работы с детьми, имеющими глубокую умственную отсталость и физические недостатки, которые не позволяют им руководить своими действиями.

Особое внимание уделяется социальной адаптации воспитанников с учетом их способностей и возможностей посредством обучения их элементарным бытовым и социальным навыкам и умениям (приготовление пищи, мелкий ремонт одежды, проезд и оплата в общественном транспорте, покупка продуктов, оплата коммунальных услуг и т.д.), навыкам самообслуживания. В этих целях в детских домах-интернатах для умственно отсталых детей разработаны и планомерно реализуются внутренние программы социальной адаптации воспитанников.

Обучение детей организовано на основании индивидуальных программ реабилитации, составленных с учетом их умственных и физических возможностей.

27 февраля 2018 года Учреждением в Министерство социальной политики Красноярского края сделан запрос о предоставлении информации по гражданам, проживающим в ДДИ на территории Красноярского края, для организации взаимодействия по актуализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов (детей-инвалидов), в части внесения в них исчерпывающего перечня реабилитационных мероприятий, в том числе по обучению, трудовой и профессиональной интеграции, необходимых им для дальнейшего самостоятельного проживания.

12 марта 2018 года в Учреждение представлен список из 145 человек: 132 дети – инвалиды и 13 инвалидов 18 лет и старше, но проживающих в детских домах-интернатах.

Анализируя представленный список, было выявлено 104 человека с ИПР, разработанными до 2013 года, которым в соответствии с действующим на тот момент законодательством установлено ограничение способности к обучению 3 степени. Из них:

- 78 детей-инвалидов ранее были признаны «необучаемыми».

- в 18 случаях в ИПР детей-инвалидов рекомендовалось «обучение элементарным навыкам самообслуживания» с исполнителем в психолого-педагогическом разделе «Учреждение психоневрологического профиля» или «Органы социальной защиты населения»;



- в 8 случаях в ИПР ранее рекомендовалось обучение в условиях интерната или специализированного (коррекционного) учреждения для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

В 41 случае требовалась коррекция ИПР/ИПРА в части нуждаемости в мероприятиях психолого-педагогической реабилитации или абилитации.

По результатам организованной работы в период с 12.03.2018 по 13.04.2018 года всем 145 гражданам, проживающим в ДДИ, проведено освидетельствование и разработана новая ИПРА. В ИПРА включен исчерпывающий перечень реабилитационных мероприятий, в том числе, по психолого-педагогической реабилитации и техническим средствам реабилитации.

Также ФКУ «Главным бюро МСЭ по Красноярскому краю» была организована работа по выявлению детей-инвалидов, находящихся в детских стационарных учреждениях социального обслуживания и домах ребенка, нуждающихся в обеспечении кресло-колясками.

26 марта 2018 года был издан приказ руководителя – главного эксперта по МСЭ по Красноярскому краю №101 «О создании рабочей группы по выявлению детей – инвалидов, находящихся в стационарных учреждениях, нуждающихся в ТСР». Рабочую группу возглавила руководитель – главный эксперт по медико-социальной экспертизе. Помимо специалистов Учреждения в состав рабочей группы вошли представители Министерства социальной политики Красноярского края и Министерства здравоохранения Красноярского края.

В марте-апреле 2018 года комиссия посетила все указанные учреждения. В каждом интернате проведены совместные рабочие совещания, проанализированы личные дела и индивидуальные программы реабилитации или абилитации детей-инвалидов с целью выявления потребности в ТСР, в том числе в кресло-колясках, организована работа по направлению детей-инвалидов в бюро медико-социальной экспертизы с целью актуализации рекомендаций в ИПРА.

В апреле 2018 года освидетельствовано 144 ребенка – инвалида, находящихся в детских домах – интернатах и домах ребенка. В ИПРА детей-инвалидов внесен исчерпывающий перечень реабилитационных мероприятий, в которых нуждались дети на момент освидетельствования, в 55 случаях рекомендованы кресло-коляски.

Таким образом, ФКУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» Минтруда России при решении важнейших вопросов в организации проведения мероприятий по реабилитации лиц, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, тесно взаимодействует с органами исполнительной власти Красноярского края.

#### **Список литературы:**

- Федеральный закон от 28.12.2011 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»
- Постановление правительства Красноярского края от 17 декабря 2014 г. №600-п «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг поставщикам социальных услуг, включая перечень документов, необходимых для предоставления социальных услуг и порядок предоставления получателями социальных услуг сведений и документов, необходимых для предоставления социальных услуг»
- Информационный бюллетень ФКУ «ГБ МСЭ по Красноярскому Краю» Минтруда России, г. Красноярск, 2018г.

**ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ (ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ) И ОРГАНИЗАЦИЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ИНФОРМАЦИОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ НА ПРИМЕРЕ УЧРЕЖДЕНИЙ МИНИСТЕРСТВА ТРУДА, ЗАНЯТОСТИ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН**

Зарипова Э. А.

Министерство труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан,  
г. Казань

**FORMATION OF A SYSTEM OF COMPREHENSIVE REHABILITATION AND HABILITATION FOR DISABLED PEOPLE, INCLUDING CHILDREN WITH DISABILITIES, AND THE ORGANIZATION OF AUTOMATED INTERDEPARTMENTAL INFORMATION INTERACTION - AS ONE OF THE FACTORS ENSURING EFFECTIVE COMPREHENSIVE REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE, INCLUDING DISABLED CHILDREN, AS EXEMPLIFIED BY SOCIAL SERVICE INSTITUTIONS SUBORDINATED TO THE MINISTRY OF LABOR, EMPLOYMENT AND SOCIAL SERVICES OF THE REPUBLIC OF TATARSTAN**

E.A. Zaripova

Minister of Labour, Employment and Social Services of the Republic of Tatarstan, Kazan

**Аннотация.** В данной статье рассмотрены вопросы формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, и значимости для ее эффективной реализации организации автоматизированного межведомственного информационного взаимодействия.

**Abstract.** In the given article the questions of formation of system of complex rehabilitation and habilitation of invalids, including children-invalids, and importance for its effective realization of the organization of the automated interdepartmental information interaction are considered.

**Ключевые слова:** комплексная реабилитация, автоматизированное межведомственное информационное взаимодействие.

**Key words:** complex rehabilitation, automated interdepartmental information interaction.

Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [1] (далее - Федеральный закон № 181-ФЗ) определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, а также в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации. Одной из целей государственной политики в области социальной защиты инвалидов является создание и развитие системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, поскольку реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или наиболее полную компенсацию

ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество.

По данным федерального реестра инвалидов [2, 3, 4] на 01.08.2018 численность инвалидов, проживающих в Республике Татарстан, составляет 284 148 человек (7,7 процента от общего числа населения Республики Татарстан на начало года, 2,5 процентов от общей численности проживающих в Российской Федерации инвалидов), в том числе дети-инвалиды – 15 031 человек (2,3 процента от общей численности проживающих в Российской Федерации детей-инвалидов).

Развитие системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, является особенно актуальным в силу утверждения приказами Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13 июня 2017 года № 486н и от 15.10.2015 № 723н Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида и Порядка предоставления информации об исполнении индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида [5, 6] в рамках реализации Федерального закона № 181-ФЗ.

В рамках реализации положений Федерального закона от 01.12.2014 № 419-ФЗ, внесшего изменения в Федеральный закон № 181-ФЗ в части реабилитации и абилитации инвалидов, в Республике Татарстан в рамках исполнения вышеуказанных приказов Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации была организована работа по взаимодействию с учреждениями медико-социальной экспертизы по реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида (далее – ИПРА).

В целях обеспечения автоматизированного межведомственного информационного взаимодействия по реализации ИПРА в рамках исполнения Протокола видеоселекторного совещания у Министра труда и социальной защиты Российской Федерации М.А. Топилина от 24.02.2016 № 1/13/3 (раздел II) в республике распоряжением Кабинета Министров Республики Татарстан от 29.02.2016 № 310-р (с изм. распоряжение от 10.04.2018 № 811-р) был утвержден состав межведомственной рабочей группы по организации информационного взаимодействия органов исполнительной власти Республики Татарстан с федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы по реализации ИПРА (руководителем рабочей группы определен заместитель Премьер-министра Республики Татарстан В.Г. Шайхразиев). Техническим оператором информационного взаимодействия органов исполнительной власти Республики Татарстан с федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы по реализации ИПРА определено Министерство информатизации и связи Республики Татарстан с соответствующими полномочиями в части обеспечения мероприятий по настройке защищенных каналов связи, разработке и внедрению системы, необходимой для реализации информационного взаимодействия.

В целях успешной реализации ИПРА органами исполнительной власти Республики Татарстан – участниками информационного взаимодействия по реализации ИПРА заключены соглашения о взаимодействии по вопросам реализации порядка ее исполнения с ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)» Минтруда России.

В целях обеспечения информационного взаимодействия с Федеральным казенным учреждением «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации по исполнению ИПРА в республике была разработана и введена в эксплуатацию информационная система «База данных инвалидов Республики Татарстан» (далее – ИС БДИ), в которую органы исполнительной власти Республики Татарстан – исполнители выписок из ИПРА (Министерство здравоохранения Республики Татарстан – в сфере охраны здоровья; Министерство труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан – в области содействия занятости населения, в сфере социальной защиты населения; Министерство образования и науки Республики Татарстан – в сфере образования; Министерство спорта

Республики Татарстан – в сфере физической культуры и спорта) вносят информацию об исполнении ИПРА в рамках реализации приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 15.10.2015 № 723н. На сегодняшний день система насчитывает 590 пользователей. Информация по поступившим выпискам из ИПРА автоматически направляется в электронном виде в ИС БДИ из «витрины» МСЭ, соответственно информация об исполнении рекомендаций из выписки из ИПРА также автоматически вносится в базу данных – «витрину» МСЭ.

Начиная с 1 января 2016 года органы исполнительной власти Республики Татарстан и Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан начали осуществлять обмен информацией о выписках из ИПРА. Однако для исполнения по месту жительства инвалида назначенных мероприятий по реабилитации инвалида в территориальные органы социальной защиты, организации социального обслуживания Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан, документы поступали на бумажных носителях. После внедрения системы с мая 2016 года обмен информацией между специалистами на всех этапах ведется в электронном виде и полностью перешел в автоматизированный режим. В перечень объектов автоматизации внедренной системы входят как структурные подразделения, так и подведомственные учреждения Министерства образования и науки Республики Татарстан, Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан, Министерства спорта Республики Татарстан. За период 2016-2017 годов в информационную систему «База данных инвалидов Республики Татарстан» загружено 225 тысяч выписок из ИПРА в электронном виде.

Данная схема работы направлена на повышение обязательности и эффективности выполнения реабилитационных мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида, ребенка-инвалида, организациями - исполнителями мероприятий в соответствующих сферах деятельности, а также оперативного информационного взаимодействия с федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.

Программный продукт позволяет вводить информацию об исполнении индивидуальных программ реабилитации или абилитации, осуществлять в режиме «on-line» мониторинг исполнения мероприятий по каждому инвалиду в разрезе реабилитационных мероприятий и в целом по республике. Это позволило осуществлять оперативный обмен данными по исполнению выписок из ИПРА с ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)» Минтруда России, в результате проведенной работы Республика Татарстан на 1 января 2018 года заняла 1 место среди субъектов Приволжского федерального округа по исполнению реабилитационных мероприятий в отношении инвалидов (486 680 мероприятий) и на сегодняшний день также занимает 1 место (706 748 мероприятий) [7].

В результате модернизации системы внедрены функции автоматической передачи и получения от подсистем данных об исполнении мероприятий ИПРА в рамках компетенции каждого исполнителя.

Обновленная система позволяет вести единый банк сведений об инвалидах и детях-инвалидах, проживающих на территории Республики Татарстан, а также реестр учреждений и организаций, предоставляющих реабилитационные услуги данным категориям граждан. Например, по идентификационному номеру ИПРА специалисты структурных подразделений и подведомственных учреждений органов исполнительной власти могут в информационной системе просмотреть информацию о назначенных реабилитационных мероприятиях, что позволяет учитывать их при разработке гражданину индивидуальной программы предоставления социальных услуг для дальнейшей эффективной комплексной реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида.

Кроме того, информационная система позволяет обеспечивать безопасную передачу данных от министерств до территориальных подразделений – исполнителей по месту

проживания инвалидов, формировать статистические отчеты, проводить аналитическую работу для дальнейшего принятия управленческих решений по совершенствованию региональной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

Работа в информационной системе «База данных инвалидов Республики Татарстан» повышает качество работы органов исполнительной власти, исключает бумажный документационный оборот при получении и представлении данных об исполнении выписок из ИПРА, обеспечивает более прозрачный контроль за исполнением мероприятий по исполнению рекомендованных федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы в ИПРА мероприятий по реабилитации и абилитации, сокращает период обработки информации. Расширяет возможности проведения аналитических отчетов для дальнейшего своевременного принятия управленческих решений.

Кроме того, запланированы работы по расширению функциональных возможностей системы, в том числе интеграция информационной системы «База данных инвалидов Республики Татарстан» с ведомственными системами учета предоставления услуг, для сокращения количества ввода идентичной информации.

Разработанная автоматизированная информационная система в Республике Татарстан была использована при проведении оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

Необходимо отметить, что проведенный анализ показал, что доля поступающих от федеральных бюро медико-социальной экспертизы выписок из ИПРА инвалида, ребенка-инвалида в органы исполнительной власти Республики Татарстан, которые определены их исполнителями, по направлениям реабилитации и абилитации составляет:

- по медицинской реабилитации или абилитации – 41,1 процентов;
- по социальной реабилитации или абилитации – 40,6 процентов;
- по профессиональной реабилитации или абилитации – 12 процентов;
- по физкультурно-оздоровительным мероприятиям, занятию спортом – 1,7 процентов;
- по психолого-педагогической реабилитации или абилитации – 4,6 процентов.

По данным ИПРА, полученным в 2016-2017 годах, доля граждан, обеспеченных реабилитационными услугами составила: инвалиды – 88,87 %, дети-инвалиды – 89,75 %, доля обеспеченных лиц, нуждающихся в получении услуг по реабилитации, которым оказываются услуги в центрах комплексной реабилитации составила: инвалиды – 18 %, дети-инвалиды – 59 %.

В результате в Республике Татарстан был разработан проект подпрограммы «Формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов» на 2019-2020 годы государственной программы «Социальная поддержка граждан Республики Татарстан» на 2014-2020 годы», утвержденной постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 23.12.2013 № 1023 «Об утверждении государственной программы «Социальная поддержка граждан Республики Татарстан» на 2014-2020 годы», в рамках реализации государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2015 года № 1297, который будет способствовать дальнейшему развитию и совершенствованию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

Проводимая работа ведется в соответствии с Конвенцией о правах инвалидов [8], которая была ратифицирована Российской Федерацией [9], для обеспечения предоставления комплексных реабилитационных и абилитационных услуг в целях достижения инвалидами равных с другими гражданами возможностей в реализации их прав. Комплексная реабилитация и абилитация инвалидов, в том числе детей-инвалидов, должна охватывать медицинский, социальный аспект, вопросы образования и трудоустройства и учитывать, что

инвалиды представляют собой неоднородную группу лиц с различными потребностями и возможностями. Реабилитация и абилитация должны начинаться как можно раньше и основываться на многопрофильной оценке нужд и сильных сторон инвалида, ребенка-инвалида, способствовать вовлечению и включению инвалидов в местное сообщество, быть доступными для инвалидов и находиться как можно ближе к местам их непосредственного проживания.

#### **Список литературы:**

1. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» («Собрание законодательства Российской Федерации», 27.11.1995, № 48, ст. 4563, «Российская газета», № 234, 02.12.1995, с учетом внесенных изменений);

2. Статистические показатели по данным Федерального реестра инвалидов. URL: <https://sfri.ru/stat/> (дата обращения: 20.08.2018);

3. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 16.07.2016 № 1506-р «Об утверждении Концепции создания, ведения и использования федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов» (Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 25.07.2016, «Собрание законодательства Российской Федерации», 01.08.2016, № 31, ст. 5040);

4. Постановление Правительства Российской Федерации от 16.07.2016 № 674 «О формировании и ведении федерального реестра инвалидов и об использовании содержащихся в нем сведений» (Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 25.07.2016, «Российская газета», № 165, 28.07.2016, «Собрание законодательства Российской Федерации», 01.08.2016, № 31, ст. 5011);

5. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13.06.2017 № 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» (Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 01.08.2017);

6. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 15.10.2015 № 723н «Об утверждении формы и Порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм информации об исполнении возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида и индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида мероприятий в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы» (Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 14.12.2015, «Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти», № 5, 01.02.2016);

7. Статистические показатели по данным ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России. URL: <http://10.100.1.71/index.php> (дата обращения: 20.08.2018);

8. Конвенция о правах инвалидов от 13 декабря 2006 г. Ратифицирована Федеральным законом от 03.05.2012 г. № 46-ФЗ // СЗ РФ. – 2012. - № 19. – Ст. 27;

9. Федеральный закон от 03.05.2012 № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» (Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 04.05.2012, «Российская газета», № 100, 05.05.2012, «Собрание законодательства Российской Федерации», 07.05.2012, № 19, ст. 2280, «Парламентская газета», № 17, 12-17.05.2012.

**КОМПЛЕКСНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ «ВМЕСТЕ С МАМОЙ» ГОСУДАРСТВЕННОГО КАЗЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ «ЧАПАЕВСКИЙ РЦДИПОВ «НАДЕЖДА»**

Роткина С. В.

Государственное казённое учреждение Самарской области «Чапаевский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Надежда»

Россия, г. Чапаевск

**COMPREHENSIVE ASSISTANCE OF FAMILIES ADVISING CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH HEAVY FORMS OF DISEASES IN CONDITIONS OF THE REHABILITATION DEPARTMENT "TOGETHER WITH MOTHER" STATE CIVIL INSTITUTION OF THE SAMARA REGION "CHAPAEVSKY RCDIPOV "NADEZHDA"**

Rotkina S. V.

State Bureaucracy of the Samara Region Chapaevsky rehabilitation center for children and adolescents with Disabilities "Nadezhda"

Russia, Chapaevsk

**Аннотация:** в статье представлена технология социальной реабилитации семей Самарской области, воспитывающих детей с тяжелыми формами заболеваний. Вниманию специалистов представ-лен опыт реабилитации семей данной категории в условиях стационарного отделения «Вместе с мамой» реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья.

**Abstract:** The article presents the technology of social rehabilitation of the families of the Samara region, bringing up children with heavy forms of diseases.

The experience of rehabilitation of families of this category in the conditions of the inpatient department \Together with Mom\" of the rehabilitation cent for children and adolescents with disabilities is presented to the attention of specialists.

Впервые на территории Самарской области семьям, проходящим курсы реабилитации в отделении «Вместе с мамой», предоставлена возможность получения широкого спектра комплексных услуг, в которых акцент делается на социальную составляющую.

Социальная поддержка таких семей - это решение целого комплекса проблем, связанных с адресной помощью тяжелобольному ребенку: с его выживанием, лечением, образованием, социальной адаптацией и интеграцией в общество.

**Ключевые слова:** технология социальной реабилитации, реабилитационный центр, дети с тяжелыми формами заболеваний

**Key words:** technology of social rehabilitation, rehabilitation center, children with severe forms of diseases

На территории Юго-Западного округа Самарской области - 560 детей – инвалидов, и лишь только 183 (33%) из них, в среднем, получают ежегоднокомплексные услуги специалистов ГКУ СО «Чапаевский РЦДиПОВ «Надежда». Многие дети – инвалиды

воспитываются в неполных, малообеспеченных семьях, нуждающихся в специализированной практической помощи по вопросам реабилитации детей, но не имеющих возможности получать услуги в реабилитационных центрах по разным причинам. Основными из этих причин являются: тяжесть заболеваний детей, отдалённость проживания семей от поставщика государственных социальных услуг, проблемы транспортировки.

Серьезной проблемой социального обслуживания остается организация предоставления социально-медицинских и реабилитационных услуг семьям с тяжелобольными детьми-инвалидами, особенно проживающим в сельской местности. Потребность в услугах реабилитационных центров для детей-инвалидов должна оцениваться не по заявительному принципу, а в зависимости от численности нуждающихся в их услугах в соответствии с заболеваниями, приведшими к инвалидности и от потребности в адаптации и реабилитации.

В 2016 году Центр принял участие в государственной программе Самарской области «Доступная среда в Самарской области» на 2014-2020 годы». Для реализации мероприятий программы Центру была выделена субсидия в размере 3 320 тыс. руб., для создания доступной среды жизнедеятельности маломобильных граждан, на которую учреждением было выполнено обустройство и приспособление здания с целью обеспечения доступности для инвалидов (приобретены технические средства адаптации, подъемные устройства, выполнены ремонтные работы).

В соответствии с современной концепцией развития реабилитационных центров Министерства социально – демографической и семейной политики Самарской области, с целью увеличения процента охвата семей с тяжелобольными детьми Юго-Западного округа государственными услугами, в апреле 2017 года на базе ГКУ СО «Чапаевский РЦДиПОВ «Надежда» было открыто новое стационарное отделение «Вместе с мамой».

Центр располагает необходимым оснащением, аппаратурой, приборами, оборудованием, приспособлениями, инструментами и другими техническими устройствами и средствами, необходимыми для предоставления соответствующих видов социальных услуг надлежащего качества в Отделении. Мощность отделения -6 койко-мест (3 ребенка и 3 сопровождающих).

Открытие нового отделения «Вместе с мамой» имеет большую практическую социальную значимость, так как позволило оптимизировать межведомственную работу специалистов Юго-Западного округа Самарской области и расширить возможности Центра по комплексному сопровождению семей, воспитывающих детей с тяжёлыми формами заболеваний.

С целью создания системы межведомственного взаимодействия специалистов учреждений округа, заключено Соглашение о межведомственном взаимодействии по вопросам комплексной реабилитации или абилитации инвалидов. При этом важное место отводится специалистам городского консультационного кабинета, осуществляющим свою деятельность на базе Центра.

В комплексном сопровождении семей с тяжелобольными детьми задействовано большое количество специалистов различных служб и ведомств Юго-Западного округа Самарской области. В связи с этим необходима чёткая организация межведомственного взаимодействия и координация действий всех участников этого сопровождения, их заинтересованность и мотивация.

Впервые на территории Самарской области Семьям, проходящим курсы реабилитации в отделении «Вместе с мамой», предоставлена возможность получения широкого спектра комплексных услуг, в которых акцент делается на социальную составляющую.





#### Порядок и условия предоставления социальных услуг

Предметом деятельности отделения является осуществление в пределах своей компетенции мероприятий по социальной реабилитации граждан, признанных нуждающимися в социальном обслуживании вследствие существования следующих обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия их жизнедеятельности:

- наличие в семье инвалида или инвалидов, в том числе ребенка-инвалида или детей-инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе.

Целью деятельности отделения является осуществление социальной реабилитации детей, оказание им социально-бытовых, социально-педагогических, социально-психологических, социально-медицинских услуг и социально-правовой помощи в стационарной форме социального обслуживания, обеспечение максимально полной социальной адаптации к жизни в обществе, семье, к обучению и труду.

#### Задачи

1. Осуществлять комплексное сопровождение семьи, воспитывающей детей и подростков с ОВЗ, согласно перечню социальных услуг, предоставляемых поставщиком социальных услуг.

2. Создавать реабилитационную среду для социализации, обеспечивающую формирование практических навыков реабилитации «особого» ребенка, расширять адаптивные возможности семьи и устранять деструктивные личностные установки.

3. Восстанавливать позитивный социальный статус семьи, утраченные либо несформированные социальные навыки.

4. Удовлетворить потребности получателей социальных услуг в процессе проведения мероприятий социальной реабилитации, отдыха и оздоровления.

#### Перечень предоставляемых услуг

Модель получателя социальных услуг – это сконструированное описание потенциального получателя социальных услуг. В соответствии с Законом Самарской области от 31.12.2014 №136-ГД «Об утверждении Перечня социальных услуг, предоставляемых в Самарской области поставщиками социальных услуг» были разработаны стандартные наборы социальных услуг, включенные в курсы комплексной реабилитации в ГКУ СО «Чапаевский РЦДиПОВ «Надежда» в стационаре 10 и 20 рабочих дней.

Специалисты отделения осуществляют сопровождение семей с детьми в течение всего срока реабилитации. На каждого ребенка составляется индивидуальный маршрут реабилитации – индивидуальная программа предоставления социальных услуг (ИППСУ).

Особенно важно включение родителей в процесс реабилитации. Дни, проведенные ребенком вместе с родителем, становятся не только общим отдыхом, но и хорошей «школой семейного общения». Родители имеют возможность получить консультацию психолога, педагога, пройти тестирование и диагностику семейных и детско-родительских отношений и научиться методикам реабилитации.

Условия пребывания на заезде «Мать и дитя»

Отделение комплексной реабилитации ГКУ СО «Чапаевский РЦДиПОВ «Надежда» расположено в центральном районе г.о. Чапаевск.

Для проживания клиентов, прибывших на заезд «Мать и дитя», предназначен главный корпус, в котором расположены жилые комнаты, столовая, процедурные кабинеты, административные кабинеты, актовый зал, спортивный зал, игровая комната, столовая.

Проживание: для ребенка, проходящего курс реабилитации в отделении комплексной реабилитации ГКУ СО «Чапаевский РЦДиПОВ «Надежда» «Мать и дитя» и для сопровождающего лица, бесплатно предоставляется отдельная одноместная комфортабельная комната. Для детей с тяжелой патологией предоставляется комната с отдельным санитарно-гигиеническим узлом.

Для детей предусмотрено 5-ти разовое бесплатное питание.

Противопоказания для реабилитации ребенка-инвалида:

- все хронические заболевания в стадии обострения;
- эпилепсия;
- сахарный диабет;
- онкологические заболевания.

Прием в отделение комплексной реабилитации на смену «Мать и дитя» проводится в день заезда до 17 часов.

Таблица 1 - Полный комплекс бесплатных услуг, предоставляемый клиентам отделения

№	Вид социальных услуг	Содержание комплексного сопровождения в отделении «Вместе с мамой»
1	Социально-бытовые услуги	Предоставление клиентам учреждения: - помещений для организации мероприятий по социальной реабилитации, коррекционных занятий; - мебели, мягкого инвентаря, игрушек, настольных игр и иных предметов, необходимых для организации занятий и досуга. Обеспечение рационального питания по утвержденным нормам.
2	Социально-медицинские	Медикаментозная терапия: ноотропы; сосудистые и противовирусные препараты; иммуномодуляторы; антигипоксанты; биостимуляторы; коферменты; симптоматическая терапия. Физиолечение: электрофорез, гальванотерапия, СМТ-терапия, электростимуляция, ультразвуковая терапия, УВЧ-терапия, электросон. Массаж: лечебный и гигиенический. Лечебная физкультура: индивидуальные и групповые занятия, занятия на аппарате Гросса, в костюме Адели. Механотерапия: велотренажеры, беговые дорожки, эллиптический

№	Вид социальных услуг	Содержание комплексного сопровождения в отделении «Вместе с мамой»
		тренажёр, наездник «Боди райдер плюс», тренажёр «Степпер». Водолечение: гидрованна, лечебные ванны, циркулярный душ.
3	Социально - психологические	<p>Работа педагога-психолога проводится по четырем направлениям:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- диагностическое с применением аудиозаписей с голосами дельфинов, птиц, шумами природы, релаксационной музыкой и проективных методик: «Колесо жизни», «Лесенка», «Цветик-восьмицветик», «Рисунок семьи», «Три дерева», «Дом, дерево, человек», «Солнышко», «Мандала», «Кактус», «Человечек на дереве», «Несуществующее животное»;</li> <li>- коррекционно-развивающее (индивидуальные занятия с ребенком в присутствии родителя в сенсорной комнате и игротеке «Обучение с увлечением», элементами арттерапии, игротерапии, психогимнастики, методик Монтессори и Фребеля);</li> <li>- психопрофилактика, психопросвещение (тренинги, лекции, беседы, просмотры и обсуждение видеофильмов);</li> <li>- индивидуальное и групповое консультирование родителей (семинары, презентации, практикумы).</li> </ul>
4	Социально - педагогическое	<p>Работа специалистов педагогического подразделения по следующим направлениям:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- диагностическое (выявление проблем, определение зон ближайшего развития и реабилитационного потенциала);</li> <li>- коррекционное;</li> <li>- консультативное (по социально – педагогическим вопросам).</li> </ul> <p>Индивидуальные коррекционные занятия учителя-логопеда (с использованием «Логопедического массажа» (ручного, зондового, точечного), Су-Джок терапии, элементов логоритмики, филобунистики, артикуляционной, пальчиковой и гидрогимнастики)</p> <p>Индивидуальные коррекционные занятия учителя-дефектолога (с использованием развивающей сказкотерапии, игротерапии с применением театрализованных игр и упражнений, элементов глобального чтения; ИКТ (компьютерных игр, мультимедийных презентаций, видеофильмов, аудиозаписей) Индивидуальные коррекционные занятия педагога дополнительного образования (с использованием элементов арттерапии, пластилинографии, работы с соленым тестом и песком, техник правополушарного рисования, валяния шерсти, бисероплетения, плетения из газет, изонити Групповые занятия в студиях семейного творчества «Вдохновение» и «Мастерская радости».</p> <p>Индивидуальные коррекционные занятия музыкального руководителя (с использованием ИКТ, вокалотерапии, логоритмики, музыкотерапии, театрализованных игр и упражнений) Анимационные услуги (развлечения, праздники).</p> <p>Индивидуальные коррекционные занятия инструктора по физической культуре (с использованием занятий в сухом бассейне, фитбол- гимнастики, элементов механотерапии, лечебных подвижных игр, дыхательной гимнастики, гимнастики для глаз, ходьбы по ортопедическим дорожкам)</p>
5	Социально - правовые	<p>Консультирование и информирование получателей услуг:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- в консультационном кабинете, на базе реабилитационного центра «Надежда»;</li> <li>- дистанционное: по телефону 8-(846-39) -3-20-19, в том числе и по каналу связи «Горячая линия», в СМИ, на сайте учреждения <a href="http://VK.com/nadejda_char">VK.com/nadejda_char</a>; на информационных стендах в РЦ;</li> <li>- срочное (выездное, в рамках Соглашения о межведомственном взаимодействии) в учреждениях здравоохранения, образования и социальной защиты населения Юго-Западного округа Самарской области;</li> <li>- групповое и индивидуальное, проводимое в Дни открытых дверей на базе реабилитационного центра «Надежда», на родительских собраниях, практикумах.</li> </ul>

Семья с ребенком инвалидом - это семья с особым статусом, особенности и проблемы которой определяются не только личностными особенностями всех ее членов и характером взаимоотношений между ними, но и большей значимостью решения проблем ребенка, которые сопровождаются закрытостью семьи для внешнего мира, дефицитом общения, частым отсутствием работы у матери, но главное – специфическим положением в семье ребенка инвалида, которое обусловлено его болезнью.

Следует учесть, что проведение любых воспитательных, образовательных и реабилитационных мероприятий в стационарных отделениях осложняется синдромом материнской депривации. Данный фактор в значительной степени усугубляет выраженность симптомов основного заболевания и определяет уровень реабилитационного потенциала ребенка с тяжелой формой заболевания.

Специфика работы с семьями в отделении «Вместе с мамой» заключается в том, что занятия с детьми всегда проводятся в присутствии родителей, что позволяет включать последних в процесс обучения эффективным способам реабилитации ребенка в домашних условиях. 24 семьи, воспитывающие детей с тяжёлыми формами заболеваний, прошедшие курсы реабилитации в стационарном отделении «Вместе с мамой» за 6 месяцев 2017 года, удовлетворены качеством полученных услуг и дали высокую оценку работе специалистов ГКУ СО «Чапаевский РЦДиПОВ «Надежда».

Социальная поддержка таких семей - это решение целого комплекса проблем, связанных с адресной помощью тяжелобольному ребенку: с его выживанием, лечением, образованием, социальной адаптацией и интеграцией в общество.

На территории Юго-Западного округа Самарской области наметилась тенденция формирования единого подхода к работе с семьями данной категории со стороны специалистов учреждений и ведомств, оказывающих государственные услуги.

#### Список литературы

1. Актуальные проблемы демографической политики Под ред. проф. П.В. Романова. - Саратов: Научная книга, 2004. - 212 с. СР-А57
2. Актуальные проблемы соц. работы в России. - Курск 2006. СР-А68 ISBN 5-7487-11230
3. Детский Церебральный Паралич. Психолого-педагогическая реабилитация: методическое пособие. - Нижний Новгород, 2006. - 45 с.
4. Довбня С. В поисках решения. - СПб.: Инс-т раннего вмешательства, 2007.- 80 с. ISBN 978-5-8049-0052-7
5. Доклад «О современном состоянии смертности населения РФ». – М, 1997.
6. Доклад об итогах деятельности Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, за 2010 год.
7. Долгушин А.К. Введение в социальную реабилитологию. -М.: Социально-технологический институт МГУС, 2000.
8. Закон Самарской области от 31.12.2014 №136 - ГД «Об утверждении Перечня социальных услуг, предоставляемых в Самарской области поставщиками социальных услуг».
9. Новикова Т.Г. Проектирование в инновационной деятельности// Предпринимательство и занятость юных. - 2000.
10. Постановление Правительства Самарской области 23.07.2014 № 418 «Об утверждении государственной программы Самарской области «Развитие социальной защиты населения Самарской области» на 2014-2018 годы».
11. Приказ министерства социально-демографической и семейной политики Самарской области от 14.08.2013 N432 "Об утверждении показаний и противопоказаний к предоставлению социального обслуживания детям- инвалидам в государственных учреждениях Самарской области реабилитационных центрах (отделениях), для детей и подростков с ограниченными возможностями"
12. Селевко Г.К. Современные образовательные технологии: уч. пособие. -М.: Народное образование, 1998.

## **Раздел 2. МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

УДК 61

### **ОПЫТ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ФКУ «ГБ МСЭ ПО УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ» МИНТРУДА РОССИИ С ОРГАНАМИ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА (РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА)**

Мухаметгалеева Е.Д., Муравцева Т.М., Семенова Е.В.

Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Ижевск

### **EXPERIENCE OF INTERDEPARTMENTAL INTERACTION OF FSI «MB MSE FOR THE UDMURT REPUBLIC» OF THE MINISTRY OF LABOR OF RUSSIA WITH EXECUTIVE AUTHORITIES OF THE UDMURT REPUBLIC FOR AN ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF THE INDIVIDUAL PROGRAM OF REHABILITATION OR HABILITATION OF THE DISABLED PERSON (THE DISABLED CHILD)**

Ekaterina D. Mukhametgaleeva, Tatyana M. Muravtseva, Elena V. Semenova  
Federal state institution the Main Bureau of medical and social examination for the Udmurt Republic of the Ministry of labour and social protection of the Russian Federation, Izhevsk

**Ключевые слова:** инвалиды, индивидуальная программа реабилитации и абилитации, межведомственное взаимодействие.

**Key words:** disabled people, rehabilitation, individual rehabilitation and abilitation program, nterdepartmental cooperation.

При вступлении с января 2016 года в силу Федерального закона ФЗ-419, приводящего в соответствие нормативно-правовое поле Российской Федерации с международной конвенцией о правах инвалидов и государственной программы «Доступная среда» началось межведомственное взаимодействие, в том числе, и в электронной форме, между учреждениями медико-социальной экспертизы и исполнительными органами государственной власти регионов по реализации ИПРА. Такое взаимодействие позволило осуществить целый прорыв в отношении к реабилитации инвалидов, однако, электронный формат не исключил прямого взаимодействия на основе устоявшихся взаимоотношений между учреждениями, устанавливающими инвалидность и организациями, осуществляющими реабилитацию, в рамках ИПРА. Опыт работы показал, что взаимодействие это мощный интегрирующий фактор, посредством которого происходит объединение части в целое, звена в цепь при системном подходе к организации оказания государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы. При чем, взаимодействие носит объективный и универсальный подход к решению вопросов, в силу чего осуществляется взаимосвязь всех структурных уровней участвующих в реализации мероприятий реабилитации.

С 01.01.2016 года в рамках реализации приказа Минтруда России от 15.10.2015 № 723н «Об утверждении формы и Порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм информации об исполнении возложенных

на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида мероприятий в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы» в Удмуртской Республике принято распоряжение Правительства Удмуртской Республики от 10.05.2016 года № 566-р «О системе межведомственного информационного взаимодействия при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)». Данным распоряжением определены операторы системы: Минздрав УР, Минобразования УР, Минсоцполитики УР, Минспорт УР. С операторами системы заключены соглашения об информационном взаимодействии при оказании государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы.

С целью организации межведомственного взаимодействия при разработке и реализации ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) в Удмуртской Республике функционирует программный продукт, представляющий собой web-ресурс, у пользователей которого отображается список инвалидов с рекомендованными им реабилитационными мероприятиями, за реализацию которых отвечает орган исполнительной власти в соответствующей сфере деятельности. Все сведения по выполненным реабилитационным мероприятиям попадают в единую региональную базу данных. Федеральным бюро медико-социальной экспертизы организован защищенный канал связи до программно-аппаратного комплекса Бюджетного учреждения УР «Ресурсный информационный центр Удмуртской Республики» с установленным на нем программным продуктом ИС «ИПРА». По данному каналу связи реализована возможность передачи информации из региональной базы данных в государственную информационную систему «ЕАВИИАС МСЭ». Формирование и размещение выписок из ИПРА инвалидов (детей-инвалидов) в ИС «ИПРА» осуществляется автоматически в ежедневном режиме. Органы исполнительной власти в соответствующей сфере деятельности в трехдневный срок с даты поступления заявления инвалида (ребенка-инвалида), либо их законного или уполномоченного представителя, о проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий, предусмотренных ИПРА, организуют работу по реализации данных мероприятий.

Информация об исполнении либо не исполнении (с указанием причины) мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида направляется органами исполнительной власти в учреждение медико-социальной экспертизы в течение пяти дней с даты исполнения, но не позднее одного месяца до окончания срока действия ИПРА, в соответствии с пунктом 5 приказа Минтруда России от 15.10.2015 № 723.

Процент исполнения реабилитационных мероприятий при повторных освидетельствованиях по ряду органов исполнительной власти низкий.

Например, Министерством образования науки Удмуртской Республики исполнено мероприятий ИПРА 67%, Министерством социальной политики и труда 34%, Министерством по физической культуре, спорту и молодежной политике Удмуртской Республики 46%.

При переосвидетельствовании инвалида специалистом по реабилитации в протоколе проведения медико-социальной экспертизы заполняется раздел экспертно-реабилитационное заключение о выполнении ИПР, ИПРА с оценкой эффективности проведенных реабилитационных или абилитационных мероприятий. Оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий при проведении медико-социальной экспертизы специалистами по реабилитации нормативно закреплена с 2004 года приказами. Оцениваются следующие параметры: восстановление (компенсация) нарушенных (утраченных) функции, восстановление социально-средового статуса, социально-психологического статуса, социально-педагогического статуса, социально-бытового статуса, профессионального статуса инвалида (ребенка-инвалида). Сравнительная оценка формулируется специалистом по реабилитации в предложениях с оценочными словами «полное или частичное восстановление функций или положительные результаты реабилитации отсутствуют».

Низкий процент невыполненных реабилитационных мероприятий делает оценку эффективности проведенных мероприятий некорректной. Специалистами по реабилитации

этот процент, ввиду отсутствия координирующего органа исполнительной власти в Удмуртской республике доводится до ста, за счет прямого взаимодействия на основе устоявшихся взаимоотношений между учреждением МСЭ и органами исполнительной власти осуществляющими реабилитацию. Эти мероприятия специалистам по реабилитации необходимо выполнить заблаговременно, до начала проведения медико-социальной экспертизы.

Система комплексной реабилитации, включающая основные направления реабилитации: медицинскую, профессиональную, в том числе содействие в трудоустройстве, социальную реабилитацию, физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт, функционирующая при участии и контроле координирующего органа исполнительной власти Министерства социальной политики и труда и общественных организаций инвалидов неизменно совершенствует механизм предоставления услуг в сфере реабилитации в рамках их исполнения и формирования ведомственных программ реабилитации в субъекте.

#### **Список литературы:**

1. Конвенция о правах инвалидов, принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006г. №31/106 (по состоянию на 26 октября 2012г.). — 2012. — 29с.
2. Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 №1297 (ред. От 19.04.2016) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда на 2011-2020 годы» // Собрание законодательства Российской Федерации от 7 декабря 2015г. №49 ст.6987.
3. Распоряжение Правительства Удмуртской Республики от 10.05.2016 года № 566-р «О системе межведомственного информационного взаимодействия при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)».
4. Федеральный закон от 01.12.2014 №419-ФЗ (ред. От 29.12.2015) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» // «Собрание законодательства РФ», 08.12.2014, №49 (часть VI). ст. 6928.

УДК 314.44:364.026

### **РЕЗУЛЬТАТЫ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ФКУ «ГБ МСЭ ПО РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ» МИНТРУДА РОССИИ С ОРГАНИЗАЦИЯМИ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ И ИСПОЛНЕНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА (РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА), В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПОЛОЖЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 1 ДЕКАБРЯ 2014 ГОДА № 419-ФЗ**

Струкова О. Г., Кара-оол Н.А.

ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Хакасия» Минтруда России, г. Абакан

### **THE RESULTS OF THE INTERDEPARTMENTAL INTERACTION PKU" GB IN THE REPUBLIC OF KHAKASSIA, "ITU LABOR RUSSIA WITH ORGANIZATIONS OF EXECUTIVE POWER IN THE REPUBLIC OF KHAKASSIA IN THE FORMATION AND EXECUTION OF THE INDIVIDUAL PROGRAM OF REHABILITATION OR HABILITATION (A PERSON WITH A DISABILITY A CHILD WITH A DISABILITY), WITHIN THE FRAMEWORK OF THE IMPLEMENTATION OF THE PROVISIONS OF THE FEDERAL LAW OF DECEMBER 1, 2014 YEAR NO. 419-FZ**

O.G. Strukova, N.A. Kara-ool

PKU "GB in the Republic of Khakassia," ITU Labor Russia, Abakan

**Аннотация:** проведен анализ исполнения положений Федерального закона от 1 декабря 2014 года № 419-ФЗ за период 2016-2017 годы, который показал положительные результаты в виде активизации и систематизации деятельности органов исполнительной власти в Республике Хакасия по реализации возложенных на них реабилитационных и абилитационных мероприятий, что возможно свидетельствует о формировании комплексной и непрерывной реабилитации или абилитации инвалидов республики.

**Abstract:** the analysis of the enforcement of the provisions of the Federal law of December 1, 2014 year no. 419-FZ dated during the period 2016-2017 years, which showed positive results in the form of revitalizing and systematize the activities of executive authorities Republic of Khakassia in the implementation of the tasks entrusted to them of rehabilitation and habilitation activities, perhaps indicative of the formation of an integrated and continuous rehabilitation or habilitation of persons with disabilities of the Republic.

**Ключевые слова:** реабилитация и абилитация инвалидов, реализация индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, межведомственное взаимодействие, «обратная связь».

**Keywords:** rehabilitation and habilitation of persons with disabilities, the implementation of individual program of rehabilitation or Habilitation, interdepartmental interaction, "feedback".

С целью оценки реализации положений Федерального закона от 1 декабря 2014г. № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» предоставляем результаты межведомственного взаимодействия по реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации (далее – ИПРА) за период 2016-2017 годы с министерствами и ведомствами Республики Хакасия, с которыми заключены соглашения в рамках исполнения вышеуказанного Федерального закона, а также приказа Минтруда России от 15 октября 2015 г. N 723н «Об утверждении формы и Порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм информации об исполнении возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида и индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида мероприятий в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы» и вступившего в силу в августе 2017 года приказа Минтруда России от 13 июня 2017 года N 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».

Во исполнение п. 14 приказа Минтруда России № 486н Главное бюро МСЭ направляет в соответствующий орган исполнительной власти субъекта информацию, содержащуюся в Выписке из ИПРА инвалида, ребенка-инвалида не позднее трех рабочих дней с даты выдачи документа. Так, с 01.01.2016 года по 31.12.2017 года размещено в информационной системе «ИПРА» 40317 выписки в органы исполнительной власти (далее-ОИВ) в соответствующей сфере деятельности:

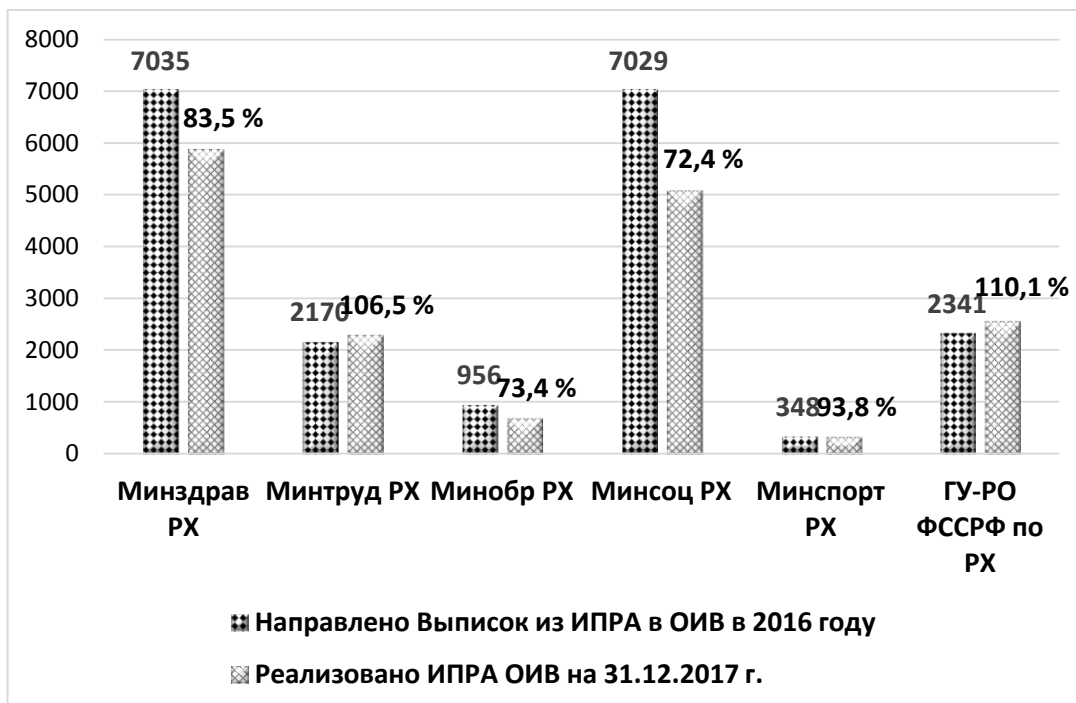
- в Министерство здравоохранения Республики Хакасия – 14377;
- в Министерство социальной защиты Республики Хакасия – 14362;
- в Министерство труда и занятости Республики Хакасия – 4219;
- в Министерство образования и науки Республики Хакасия – 2214;
- в Министерство спорта Республики Хакасия – 48;
- в региональное отделение ФСС – 4583;
- в стационарные учреждения 325;
- в УФСИН 189.



Для объективной оценки качества обратной связи по исполнению мероприятий в ИПРА инвалида, ребенка-инвалида, возложенных на соответствующие органы исполнительной власти, необходимо проводить оценку по выпискам направленным в ОИВ в 2016 году, по которым реализация мероприятий должна быть завершена в 2017 году, за исключением признанных инвалидами 1 группы (на 2 года) и частично, признанных граждан инвалидами, без указания срока переосвидетельствования. Таким образом, было получено в среднем сведений в 90 % случаев:

- Министерством здравоохранения Республики Хакасия исполнено 83,5 % ИПРА;
- Министерством социальной защиты Республики Хакасия исполнено 72,4 % ИПРА;
- Министерством труда и занятости Республики Хакасия исполнено 106,5 % ИПРА;
- Министерством образования и науки Республики Хакасия исполнено 73,4 % ИПРА;
- Министерством спорта Республики Хакасия исполнено 93,8 % ИПРА;
- региональным отделением ФСС исполнено 110,1 % ИПРА.

### Показатели реализации ИПРА инвалида, ребенка-инвалида органами исполнительной власти Республики Хакасия за период 2016-2017 гг.



Обмен информации по исполнению ИПРА стационарными учреждениями республики ведется на бумажных носителях при непосредственном представлении пациентов на переосвидетельствование. Аналогично при прохождении очередной МСЭ оценка исполнения ИПРА инвалидов проводится лицам, находящимся в местах лишения свободы, однако оценка затруднена в связи с частой сменой мест пребывания вышеуказанных граждан по учреждениям УФСИН по всей территории Российской Федерации.

Таким образом, исполнение положений Федерального закона от 1 декабря 2014 года № 419-ФЗ активизировало и систематизировало деятельность ОИВ республики по проведению планомерной работы в части исполнения возложенных на них реабилитационных и абилитационных мероприятий по реабилитации инвалидов республики, о чем свидетельствует и высокий процент поступления форм «обратной связи».

**ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРАВИЛ ПРИЗНАНИЯ ЛИЦА  
ИНВАЛИДОМ В ПРАКТИКЕ РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ  
ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕЗУЛЬТАТОВ ИХ ОБСУЖДЕНИЯ С ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ  
ОБЩЕСТВЕННЫХ ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

Кароль Е.В.<sup>1,2</sup>, Абросимов А.В.<sup>1</sup>, Кузнецова Ю.И.<sup>1</sup>,  
Белавина Е.А.<sup>1,2</sup>, Тузова М.А.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>ГБОУ СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Санкт-Петербург

**SOME ASPECTS OF THE APPLICATION OF THE RULES  
OF RECOGNITION OF PERSONS WITH DISABILITY IN THE PRACTICAL WORK OF  
MEDICAL-SOCIAL EXPERTISE AND RESULTS DISCUSSION  
WITH REPRESENTATIVES OF PUBLIC PATIENT ORGANIZATIONS**

Karol E.V.<sup>1,2</sup>, Abrosimov A.V.<sup>1</sup>, Kuznetcova Y.I.<sup>1</sup>, Belavina E.A.<sup>1,2</sup>, Tuzova M.A.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>North-Western state medical University n. I.I. Mechnikov

St. Petersburg

**Ключевые слова:** инвалид, ребенок-инвалид, медико-социальная экспертиза, нормативно-правовое регулирование, срок инвалидности, заочное освидетельствование, мониторинг.

**Key words:** disabled person, disabled child, medical and social expertise, regulatory and legal regulation, the period of disability, correspondence examination, monitoring.

**Аннотация.** Анализируются практические аспекты применения нормативных правовых актов Российской Федерации в деятельности учреждений медико-социальной экспертизы при решении вопросов установления инвалидности. Исследованы вопросы применения на практике Правил признания лица инвалидом в последней редакции. Сформулированы предложения по основным направлениям развития нормативного правового регулирования вопросы установления инвалидности.

**Abstract.** Practical aspects of the application of the normative legal acts of the Russian Federation in the activity of the medical and social expertise institutions when solving the issues of establishing disability are analyzed. The questions of application of the Rules for recognizing a person as a disabled person in the latest edition have been analyzed. Proposals have been formulated on the main areas of development of normative legal regulation issues of establishing disability.

В течение последних лет нормативно-правовое регулирование вопросов определения инвалидности и реабилитации (абилитации) инвалидов в Российской Федерации находится в непрерывном развитии. Вопросы, касающиеся определения гражданам инвалидности (категории «ребёнок-инвалид»), являются важным направлением реализации социальной политики государства.

**Целью** работы явилось исследование применения действующих нормативных-правовых актов, регламентирующих определение инвалидности в практике работы учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ); выявление необходимых направлений совершенствования нормативного регулирования данного вопроса.

**Материалы и методы.** Материалом явились нормативные правовые акты РФ в области исследования. Методы исследования: анализ, синтез, изучение и обобщение опыта работы учреждений медико-социальной экспертизы.

**Результаты.** Понятие и определение инвалидности меняются на разных исторических этапах. То же происходит и в сфере социальной политики в отношении инвалидов. В последние десятилетия международное сообщество выработало общее понимание, что необходима интеграция инвалидов в общественную жизнь в самых разнообразных ее аспектах [1]. Федеральным законом от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ (с изменениями) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее - Закон 181-ФЗ) понятие «инвалид» определяется как лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты [2]. С ратификацией Российской Федерацией Конвенции о правах инвалидов федеральное законодательство подвергается серьезным изменениям. Основная задача после ратификации Конвенции состояла в приближении российского законодательства к международным понятиям и стандартам. Для ее решения Российской Федерацией в течение 2011–2015 гг. был принят ряд федеральных законов, обеспечивающих учет прав и интересов инвалидов [1]. Так, с 01.01.2016 г. вступил в силу Федеральный закон от 01.12.2014 № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией конвенции о правах инвалидов». Со вступлением в силу этого закона и соответствующих подзаконных актов подвергается определенным изменениям нормативно-правовое регулирование вопросов установления инвалидности, реабилитации инвалидов.

В частности, вступление в силу в 2018 году Правил признания лица инвалидов (Правила) в редакции Постановления Правительства РФ от 29 марта 2018 г. № 339 (Постановление) явилось новым этапом этого развития и, в целом, привело к существенному улучшению положения инвалидов и детей-инвалидов.

Одним из наиболее важных изменений в Правилах явилось уточнение сроков установления инвалидности детям до 18 лет. Определение категории «ребёнок-инвалид» на 5 лет даёт возможность получать необходимые меры социальной поддержки в период проведения активных лечебно-восстановительных мероприятий с потенциальной возможностью восстановления или компенсации нарушенных функций у детей и подростков. Установление Приложением к Правилам в новой редакции необходимости определения категории «ребёнок-инвалид» до 14 лет при первичном освидетельствовании ребенка, имеющего инсулинозависимый сахарный диабет; ребенка, имеющего классическую форму фенилкетонурии среднетяжелого течения; при повторном освидетельствовании детей-инвалидов с хронической тромбоцитопенической пурпурой [3] скоррелировало срок установления категории «ребёнок-инвалид» с нормами оценки степени нарушения функций организма детей в различные возрастные периоды, что направлено на устранение необходимости регулярного переосвидетельствования детей в учреждениях МСЭ до достижения 14-летнего возраста.

Безусловным позитивным фактором при определении инвалидности явилось утверждение Постановлением Перечней заболеваний, дефектов, необратимых морфологических изменений, нарушений функций органов и систем организма, при которых группа инвалидности без указания срока переосвидетельствования (категория «ребенок-инвалид» до достижения гражданином возраста 18 лет) устанавливается не позднее 2 лет после первичного признания инвалидом (установления категории «ребенок-инвалид») и при первичном освидетельствовании [3].

Таким образом, указанные изменения Правил направлены на устранение необходимости избыточных переосвидетельствований инвалидов и детей-инвалидов в учреждениях медико-социальной экспертизы (МСЭ), что является социально

ориентированным направлением и, в том числе, снижает нагрузку на бюро МСЭ, позволяя повысить качество предоставления государственной услуги.

В целях разъяснения гражданам основных направлений изменения содержания Правил Учреждением была проведена работа со средствами массовой информации, в том числе организованы выступления на телевидении и радио; размещены соответствующие материалы на сайтах общественных организаций инвалидов и пациентов.

Также состоялись рабочие встречи с Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, представителями медицинских организаций в целях обсуждения актуальных вопросов межведомственного взаимодействия на данном этапе. В частности, отмечено, что внедрение в практику совместной работы раздела IV приложения к Правилам (заболевания, дефекты, необратимые морфологические изменения, нарушения функций органов и систем организма, при которых инвалидность устанавливается при заочном освидетельствовании) [3] повышает требования к полноте и достоверности сведений о состоянии здоровья гражданина, отражающих степень нарушения функций органов и систем, которые указываются в направлении на МСЭ.

Вместе с тем, в течение первых месяцев применения в практике работы учреждений МСЭ Санкт-Петербурга Правил в новой редакции были выявлены отдельные вопросы, требующие, с нашей точки зрения, дополнительного уточнения.

В частности, п. 10 Правил предусматривает возможность установления категории «ребенок-инвалид» до достижения гражданином возраста 14 лет гражданам, имеющим заболевания, дефекты, необратимые морфологические изменения, нарушения функций органов и систем организма, предусмотренные разделом II приложения к Правилам. П 17. раздела II приложения предусматривает необходимость установления категории «ребенок-инвалид» до достижения возраста 14 лет при первичном освидетельствовании ребенка, имеющего инсулинозависимый сахарный диабет, и при первичном освидетельствовании ребенка, имеющего классическую форму фенилкетонурии среднетяжелого течения. Таким образом, вопрос установления категории «ребенок-инвалид» до достижения возраста 14 лет при повторном освидетельствовании детей с этими же заболеваниями не урегулирован данной редакцией Правил.

Кроме того, при применении п.17 раздела II приложения при проведении медико-социальной экспертизы детям в возрасте от 13 до 14 лет, недостаточно регламентирована в правовом контексте ситуация, когда установление категории «ребенок-инвалид» до достижения гражданином возраста 14 лет фактически обуславливает установление инвалидности менее чем на 1 год.

П. 16 раздела II приложения предусматривает установление категория «ребенок-инвалид» сроком на 5 лет при первичном освидетельствовании детей в случае выявления злокачественного новообразования, в том числе при любой форме острого или хронического лейкоза [3]. В данном случае негативная реакция возникает у родителей детей-инвалидов, которым проводится повторное освидетельствование, и инвалидность определяется сроком не более чем на 2 года. В данном случае правовых оснований для установления детям инвалидности на больший срок у учреждений МСЭ не имеется. С учётом тяжести данной патологии и тенденции последних лет к росту показателей детской инвалидности вследствие злокачественных новообразований, несоответствие в установлении сроков инвалидности при первичном и повторном освидетельствовании в определенном смысле может приводить к социальной напряженности.

Применение в практике работы учреждений МСЭ раздела IV приложения к Правилам (заболевания, дефекты, необратимые морфологические изменения, нарушения функций органов и систем организма, при которых инвалидность устанавливается при заочном освидетельствовании) выявило следующие проблемы. При заочном установлении инвалидности, как предусмотрено данным разделом, сложности вынесения решений, преимущественно, возникают при разработке ИПРА инвалидов, особенно при решении вопросов по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации (ТСР). В

современных условиях вопросы индивидуального подбора ТСП, в том числе с определенными техническими характеристиками, являются непростыми для специалистов по МСЭ даже при очном освидетельствовании. Заочная форма проведения МСЭ не позволяет полностью использовать методики индивидуального подбора ТСП. В настоящее время в Учреждении используется форма согласия граждан, имеющих заболевания, дефекты, необратимые морфологические изменения, предусмотренные данным разделом, на проведение очного освидетельствования в целях рекомендации максимально полного объема видов и средств реабилитации в индивидуальной программе реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида).

Во исполнение Приказа Министра труда и социальной защиты Российской Федерации М.А. Топилина от 15 июня 2018 г. № 387 в Учреждении в рамках мониторинга применения Правил признания лица инвалидом с изменениями, внесенными Постановлением Правительства Российской Федерации № 339 от 29 марта 2018 г. было проведено совещание с представителями Общественного совета Учреждения 13 июля 2018 г. В ходе совещания рабочей группой согласованы следующие предложения по уточнению содержания Правил:

П.17. Приложения к Правилам признания лица инвалидом (в редакции постановления Правительства Российской Федерации от 29 марта 2018 г. № 339) (далее – Приложение) изложить в следующей редакции:

I. «Категория «ребенок-инвалид» до достижения возраста 14 лет устанавливается:

а) при освидетельствовании ребенка, имеющего инсулинозависимый сахарный диабет, при адекватности проводимой инсулинотерапии, отсутствии нужды в ее коррекции, при отсутствии осложнений со стороны органов-мишеней или с начальными осложнениями в возрастной период, в который невозможен самостоятельный контроль за течением заболевания, самостоятельное осуществление инсулинотерапии;

б) при освидетельствовании ребенка, имеющего классическую форму фенилкетонурии среднетяжелого течения, в возрастной период, в который невозможен самостоятельный систематический контроль за течением заболевания, самостоятельное осуществление диетотерапии;

в) при освидетельствовании ребёнка с хронической тромбоцитопенической пурпурой при непрерывно рецидивирующем течении, с тяжелыми геморрагическими кризами, резистентностью к терапии».

II. Предусмотреть следующее примечание к п.17. Приложения:

«в случае достижения ребенком 14-летнего возраста менее чем через 1 год после установления категории «ребенок-инвалид» срок инвалидности определяется решением бюро (главного бюро, Федерального бюро) с применением п. 10 настоящих Правил, не менее чем на 1 год».

III. Предусмотреть следующее дополнение ко второму абзацу п. 23 Правил:

«В случае согласия гражданина (его законного или уполномоченного представителя) медико-социальная экспертиза может проводиться очно в целях рекомендации максимально полного объема видов и средств реабилитации в индивидуальной программе реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)».

Общая точка зрения представителей общественных пациентских организаций, Аппарата Уполномоченного по правам ребёнка в Санкт-Петербурге, Главного бюро медико-социальной экспертизы Санкт-Петербурга состоит в том, что данные уточнения содержания Правил позволят улучшить положение отдельных категорий детей-инвалидов; повысить качество предоставления государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы.

**Выводы.** Вопросы нормативного правового регулирования вопросов установления инвалидности и реабилитации инвалидов в современных условиях имеют высокую социальную значимость. Основными направлениями развития нормативно-правового регулирования указанных вопросов представляются следующие: уточнение содержания

Правил в целях устранения возможности разночтений при их применении; обеспечение единообразного применения нормативных правовых актов учреждениями МСЭ.

**Список литературы:**

1. Инвалидность и социальное положение инвалидов в России. под ред. Т.М. Малевой. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2017.

2. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный Закон РФ от 24.11.1995 г. № 181. //Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, № 48, ст.4563; 2001, № 53, ст.5024; 2004, № 35, ст.3607; 2013, № 27, ст.3475.

3. Постановление Правительства РФ от 29.03.2018 г. № 339 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. № 95». «Российская газета. Неделя» № 7541 (78).

УДК 376

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИЛИ АБИЛИТАЦИЯ  
ИНВАЛИДОВ, ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ САНКТ-  
ПЕТЕРБУРГА**

Безрукова С.А.

Государственное бюджетное учреждение Региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Центр диагностики и консультирования» Санкт-Петербурга

Россия, Санкт-Петербург

**PSYCHOLOGY AND PEDAGOGICAL REHABILITATION OR ABILITATION OF  
DISABLED PEOPLE, DISABLED CHILDREN IN AN EDUCATION SYSTEM OF ST.  
PETERSBURG**

Bezrukova S.A.

State budgetary institution Regional center of the psychology and pedagogical, medical and social care “Center of diagnostics and consultation” of St. Petersburg

Russia, SaintPetersburg

**Аннотация:** Психолого-педагогическая реабилитация или абилитация инвалидов, детей-инвалидов подразумевает под собой комплекс услуг, предоставляемых системой образования Санкт-Петербурга, по созданию специальных педагогических условий при получении образования и психолого-педагогической помощи инвалидам (детям-инвалидам). В Санкт-Петербурге выстроена собственная система межведомственного взаимодействия, которая предполагает определенный регламент взаимоотношений с инвалидами и их законными представителями, а также структурированный документооборот.

**Abstract:** Psychology and pedagogical rehabilitation or abilitation of disabled people, disabled children implies a complex of the services provided by an education system of St. Petersburg in creation of special pedagogical conditions at education and the psychology and pedagogical help to disabled people (disabled children). In St. Petersburg own system of interdepartmental interaction which assumes certain regulations of relationship with disabled people and their lawful representatives and also the structured document flow is built.

**Ключевые слова:** психолого-педагогическая реабилитация или абилитация, индивидуальная программа реабилитации инвалида, инвалиды, дети-инвалиды

**Key words:** psychology and pedagogical rehabilitation or abilitation, individual program of rehabilitation of the disabled person, disabled people, disabled children

Согласно Приказам Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (Приказ № 528 от 31.07.2015 г. и Приказ № 486 от 13.06.2017 г. «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») было перестроено взаимодействие ключевых структур и организаций в сфере образования и социальной защиты Санкт-Петербурга в контексте предоставления услуг по психолого-педагогической реабилитации и абилитации для инвалидов (детей-инвалидов). На основании дальнейших распоряжений Комитета по образованию Санкт-Петербурга был прописан регламент работы с инвалидами (детьми-инвалидами) при предоставлении данных услуг. На основе поступившей в район Выписки из ИПРА на инвалида (ребенка-инвалида) составляется Перечень мероприятий по психолого-педагогической реабилитации или абилитации инвалидов, детей-инвалидов.

Психолого-педагогическая реабилитация или абилитация инвалидов, детей-инвалидов подразумевает под собой комплекс услуг, предоставляемых системой образования Санкт-Петербурга, по созданию специальных педагогических условий при получении образования и психолого-педагогической помощи инвалидам (детям-инвалидам).

Психолого-педагогическая реабилитация или абилитация в Санкт-Петербурге осуществляется по нескольким образовательным маршрутам.

Работа с детьми-инвалидами может осуществляться в образовательных организациях, реализующих общеобразовательные и адаптированные образовательные (основные общеобразовательные) программы (АОП, АООП) с созданием специальных педагогических условий при получении образования, а также в организациях, реализующие дополнительные общеобразовательные программы (центры психолого-педагогического и медико-социального сопровождения и др.)

За период функционирования новой системы взаимодействия собрана статистика по количеству поступивших Выписок из ИПРА инвалидов (детей-инвалидов), по количеству обратившихся в администрацию района за получением реабилитационного или абилитационного мероприятия, предусмотренного ИПРА инвалида, ребенка-инвалида, а также количество отчетов о реализации психолого-педагогических мероприятий согласно ИПРА инвалида (ребенка-инвалида), поступивших из администраций районов.

Таким образом, новый механизм как межведомственного, так и внутрисистемного взаимодействия при организации психолого-педагогической реабилитации или абилитации инвалидов (детей-инвалидов), осуществляемой в организациях сферы образования Санкт-Петербурга позволил структурировать направления работы с Выписками из ИПРА инвалидов (детей-инвалидов), отчетными формами в контексте психолого-педагогической реабилитации и абилитации, также позволил осуществлять перманентный контроль над основными звеньями процесса.

**О РЕЗУЛЬТАТАХ СОВМЕСТНОГО АНАЛИЗА РЕКОМЕНДАЦИЙ ОТДЕЛЬНЫХ  
ВИДОВ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ  
В ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ  
ИНВАЛИДОВ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016-2017 гг.**

Перминов В.А.<sup>1</sup>, Грузных С.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России, г. Томск

<sup>2</sup>Департамент труда и занятости населения Томской области, г. Томск

**ABOUT RESULTS OF THE JOINT ANALYSIS OF RECOMMENDATIONS OF  
SEPARATE TYPES OF TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION  
IN INDIVIDUAL REHABILITATION PROGRAMS OR HABILITATION OF DISABLED  
PEOPLE OF THE TOMSK AREA FOR 2016-2017 YEARS**

V.A. Perminov<sup>1</sup>, V.E. Khokhlov<sup>2</sup>

<sup>1</sup> FGI «CB MSE on the Tomsk area» of Mintrud of Russia, the city of Tomsk

<sup>2</sup> SI - Tomsk regional department of the Social Security Fund of the Russian Federation, the city of Tomsk

**Аннотация.** Представлен опыт межведомственного взаимодействия ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России и регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации, направленное на полноту и своевременность обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации.

**Abstract.** The practical experience of close interdepartmental cooperation of FGI «CB MSE on the Tomsk area» of Mintrud of Russia and the regional department of the Social Security Fund of the Russian Federation, aimed at the completeness and timeliness of providing persons with disabilities with technical means of rehabilitation.

**Ключевые слова:** межведомственное взаимодействие; техническими средствами реабилитации; реализация ИПРА инвалида.

**Key words:** interdepartmental cooperation; provision of technical means of rehabilitation; realization of individual rehabilitation program or habilitation of a disabled person.

Вопросы межведомственного взаимодействия между федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы и региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации в настоящее время приобретают особую значимость так как от его эффективности напрямую зависит полнота и своевременность обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации (ТСР). Оценка эффективности межведомственного взаимодействия по реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) (далее - ИПРА) зависит, в том числе, от качественного формирования ИПРА в соответствии с положениями нормативных правовых документов по медико-социальной экспертизе и от качества проведенной работы, которую организуют органы исполнительной власти, определенные исполнителями реабилитационных или абилитационных мероприятий [1, 2].

**Цель исследования:** проведение совместного анализа рекомендаций ВИПРА инвалидов и динамики количества, поступивших в ГУ-Томское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации, заявок от инвалидов на обеспечение отдельными видами ТСР и протезно-ортопедическими изделиями (ПОИ).



**Материалы и методы.** Источники информации: база данных о гражданах, прошедших освидетельствование в ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России (учреждение) в ИС ЕАВИИАС МСЭ; ИПРА инвалида (ребёнка-инвалида); реестр заявок инвалидов для получения ТСР. Метод исследования: аналитический. Период наблюдения: 2016 - 2017 гг.

**Результаты.** За период 2016 - 2017 гг. произошло снижение общего количества разработанных ИПРА инвалидов с 12879 до 12475 (на 3,1 %). У инвалидов из числа взрослого населения (18 лет и старше) снижение количества разработанных ИПРА инвалидов произошло с 10673 до 10152 (на 4,9 %). Среди освидетельствуемых детей в возрасте до 18 лет, напротив, наблюдается тенденция к увеличению количества, разработанных ИПРА ребёнка - инвалида с 2206 до 2323 (на 5,3 %).

В 2017 г. инвалидам старше 18 лет разработано 10152 ИПРА, из них число нуждающихся в обеспечении ТСР составило 4533 чел. (44,6 %). При первичном освидетельствовании инвалиды с первой группой инвалидности составили 599 человек (19,6 %), инвалиды со второй группой 1143 чел. (37,42 %); инвалиды с третьей группой 1312 чел. (42,96 %). При повторном освидетельствовании выявлены следующие пропорции: инвалиды первой группы 1039 чел. (14,64 %), второй группы 2597 чел. (36,58 %), третьей группы 3462 чел. (48,78 %). Общее число инвалидов с первой группой за 2017 г. составило 1638 чел. (16,14 %), со второй группой 3740 (36,84 %), с третьей – 4774 чел. (47,02 %).

За период 2016 г. инвалидам старше 18 лет разработано 10673 ИПРА инвалидов, из них число нуждающихся в обеспечении ТСР составило 4620 чел. (43,28 %). Всего первично освидетельствовано за 2016 г. 3250 чел. (30,45 %), повторных 7423 чел. (69,55 %). Число инвалидов первой группы при первичном освидетельствовании составило 606 чел. (18,64 %), второй группы 1226 чел. (37,72 %), третьей группы 1418 чел. (43,64 %). При повторном освидетельствовании число инвалидов первой группы составило 1018 чел. (13,72 %), инвалидов второй группы 2732 чел. (36,8 %), третьей группы 3673 чел. (49,48 %). Общее число инвалидов с первой группой за 2016 г. составило 1624 чел. (15,2 %), со второй группой – 3958 (37,1 %), с третьей группой 5091 чел. (47,7 %).

В целом в 2017 г., по сравнению с 2016 г., наблюдается рост общего числа инвалидов, нуждающихся в обеспечении ТСР, на 0,5%, что составило 40,8 % от общего числа разработанных ИПРА. Среди взрослых инвалидов нуждаемость в обеспечении ТСР возросла с 43,3% до 44,6%. Аналогичный показатель по Российской Федерации (РФ) и по Сибирскому Федеральному округу (СФО) в 2017 г. ниже, чем в Томской области: соответственно 35,28 % и 37,44 %. По Томской области превышение среднероссийского показателя составило на 8,02 %, по СФО на 7,16 %. Среди детей, признанных инвалидами произошло снижение нуждаемости в ТСР с 26% до 24%. Аналогичный показатель по Российской Федерации (РФ) и по Сибирскому Федеральному округу (СФО) в 2017 г. ниже, чем в Томской области на 1,8 %, а по СФО показатель выше регионального на 2,5 %.

Проведенный анализ раздела ИПРА «Технические средства реабилитации...» среди инвалидов старше 18 лет за период 2016 – 2017 гг. выявил рост количества рекомендаций отдельных видов технических средств реабилитации:

- кресло-коляски с ручным приводом комнатные на 4,28 %,
- кресло-коляски с ручным приводом прогулочные на 2,49 %,
- кресло-коляски активного типа на 0,13 %,
- кресло-стулья с санитарным оснащением на 1,98 %,
- аппараты на конечности на 0,28 %,
- тьюторы на нижние конечности на 0,09 %,
- медицинские термометры с речевым выходом на 0,69 %,
- медицинские тонометры с речевым выходом на 0,32 %,
- сигнализаторы звука световые и вибрационные на 2,65 %,
- слуховые аппараты с ушными вкладышами индивидуального изготовления на 1,5 %,
- телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами на 1,56 %.

Снижение рекомендаций наблюдается лишь в одном виде технических средств реабилитации «абсорбирующее белье»: пеленки на 1,55 %, подгузники на 0,69 %.

За период 2016 – 2017 гг. в разделе ИПРА инвалидов «Технические средства реабилитации...» среди лиц, не достигших 18 лет, наблюдается рост рекомендаций следующих видов технических средств реабилитации:

- кресло-коляски с ручным приводом комнатные на 4,6 %,
- кресло-коляски с ручным приводом прогулочные на 3,2 %,
- кресло-стулья с санитарным оснащением на 0,59 %,
- тьюторы на нижние конечности на 1,9 %,
- тьюторы на верхние конечности на 2,41 %,
- сигнализаторы звука световые и вибрационные на 0,55 %,
- опоры на 3,6 %, ходунки на 2,3 %, поручни на 0,3 %,
- пеленки на 0,24 %, подгузники на 2,6 %.

Снижение наблюдается в рекомендациях детям-инвалидам слуховых аппаратов с ушными вкладышами индивидуального изготовления на 0,6 % и обуви на протезы на 2,3 %.

Рабочей группой в составе представителей ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России и ГУ-Томского регионального отделения ФСС РФ проведён совместный анализ рекомендаций в ИПРА инвалидов по отдельным видам ТСР за период 2016 - 2017 гг.:

6-46. Ходунки, изготавливаемые по индивидуальному заказу, рекомендовались в 2016 г. в ИПРА инвалида в 1 случае в количестве 1 шт. В 2017 г. рекомендаций данного вида ТСР в ИПРА инвалидов не было;

7-18. Кресло коляска с электроприводом прогулочная, в том числе, для детей-инвалидов, рекомендованы в 2016 г. в количестве 6 шт., что составило 0,12 % от общего числа рекомендованных ТСР. Все граждане являются инвалидами первой группы, у четырех из них причиной инвалидности послужили последствия травмы позвоночника. В 2017 г. таких рекомендаций сделано 9 чел. (0,19 %). Все граждане являлись инвалидами первой группы, 7 чел. из них по последствиям травмы позвоночника, 2 чел. с врожденной патологией. Темп рост числа рекомендаций составил 0,07 %.

8-03. Протез кисти рабочий, в том числе, при частичном вычленении кисти, рекомендовался в 2016 г. 3 чел. (0,06 %). В 2017 г. такого рода рекомендаций сделано 5 инвалидам (0,11 %) с последствиями термической травмы. Темп роста 0,05 %.

8-08. Протез предплечья рабочий рекомендован в 2016 г. и в 2017 г. в количестве 3 шт.

8-09. Протез предплечья с внешним источником энергии рекомендован в 2016 г. в количестве 2 шт., в 2017 г. – 1 шт.

8-10. Протез плеча косметический в 2016 г. рекомендован в количестве 7 шт., что составило 0,15 %. За аналогичный период 2017 г. рекомендовано 2 шт.

8-12. Протез плеча рабочий рекомендован в 2016г. и в 2017 г. по 2 шт.

8-63. Бандаж ортопедический поддерживающий или фиксирующий из х/б или эластической тканей, в том числе, грация трусы, трусы, панталоны на область живота в 2016 г. рекомендован 12 чел. (0,25 %), в 2017 г. - 8 чел. (0,17 %). Снижение числа рекомендаций на 0,07 %.

8-75. Бандаж на коленный сустав (наколенник) в 2016 г. рекомендован в 59 ИПРА инвалида, в 2017 г. соответственно в 28 ИПРА инвалида. Снижение рекомендаций данного вида ТСР в 2 раза.

8-80. Корсет мягкой фиксации рекомендован в 2016 г. в одной ИПРА инвалида в 2017 г. данный вид ТСР не рекомендовался.

8-81. Корсет полужесткой фиксации в 2016 г. рекомендован в 239 ИПРА инвалида (5,17 %), в 2017 г. соответственно в 193 ИПРА инвалида (4,25 %). Снижение на 0,91 %.

16.03. Сигнализатор звука цифровой с вибрационной и световой индикацией рекомендован в 2016 г. в 88 ИПРА инвалида. За аналогичный период 2017 г. таких рекомендаций сделано в 203 ИПРА инвалида. Рост показателя почти в 2,5 раза.

17-05. Слуховой аппарат цифровой заушный сверхмощный в 2016 г. специалистами рекомендован в 143 ИПРА инвалида, за 2017 г. таких рекомендаций сделано в 146 ИПРА инвалида.

17-06. Слуховой аппарат заушный мощный за 2016 г. рекомендован в 409 ИПРА инвалида (8,85 %), соответственно в 2017 г. таких рекомендаций в 505 ИПРА инвалида (11,4 %). Темп роста числа рекомендаций составил 11,14 %.

17-07. Слуховой цифровой заушный средней мощности аппарат рекомендован в 221 ИПРА инвалидов, в 2017 г. таких рекомендаций было сделано в 223 ИПРА инвалида.

По сравнению с 2016 г. рост назначения сигнализаторов звука с вибрационной и световой индикацией, а также слуховых аппаратов составил соответственно на 2,65 % и на 19,72 %, что превысило показатели по РФ по сигнализаторам на 1,64 %, по слуховым аппаратам на 7,71 %. Превышение доли рекомендаций слуховых аппаратов отчасти объяснимо увеличением количества среди освидетельствуемых граждан лиц пенсионного возраста (72%) у которых нарушение слуха произошло вследствие сосудистых поражений головного мозга и привело к стойким умеренным нарушениям сенсорных функций (слуха). Кроме того, в общей структуре заболеваний, приведших к инвалидности у взрослых, болезни уха и сосцевидного отростка имеют тенденцию к росту, начиная с 2012 г. с 5,6% до 7,2% в 2017 г. и занимают IV ранговое место в структуре первичной инвалидности. Уровень первичной инвалидности в Томской области по данному классу болезней составил в 2016 г. 2,4 на 10 тыс. населения региона, в 2017 г. - 2,9 на 10 тыс. населения (по РФ – 1,3 на 10 тыс. в 2017 г.).

21-21. Наборы-мочеприемники для самокатетеризации (мешок-мочеприемник, катетер лубрицированный для самокатетеризации, ёмкость с раствором хлорида натрия) рекомендован в 2016 г. в 14 ИПРА инвалидам без указания срока переосвидетельствования, из них 10 инвалидам первой группы, 2 инвалидам второй группы и 2 инвалидам третьей группы. В 8 случаях причиной инвалидности стали последствия спинномозговой травмы, за аналогичный период 2017 г. данный вид ТСР рекомендован в 10 ИПРА инвалида. Назначение наборов-мочеприемников для самокатетеризации вносится в ИПРА инвалида только с учетом консультативного заключения специалиста медицинской организации.

21-27. Анальный тампон рекомендован в 3 ИПРА инвалидов, за 2017 г. таких рекомендаций сделано в 11 ИПРА инвалида. Рост в 3,7 раза.

23-03. Кресло-стул санитарный без колес в 2016 г. рекомендован в 275 ИПРА инвалидов (5,95 %), в 2017 г. - 352 (7,76%). Увеличение рекомендаций в ИПРА произошло в 1,3 раза и не превышает показатель по РФ (10,11 %).

**Выводы.** Таким образом, в результате проведенного совместного анализа рекомендаций ТСР в ИПРА инвалидов за период 2016 – 2017 гг. выявлено:

1. На фоне уменьшения общего количества освидетельствованных лиц, соответственно уменьшилось количество разработанных ИПРА инвалида за счет снижения количества, освидетельствованных лиц старше 18 лет. Среди освидетельствуемых в возрасте до 18 лет, напротив, наблюдается тенденция к увеличению числа, разработанных ИПРА и рекомендаций в разделе ТСР.

2. Отмечается стабильно высокий уровень рекомендаций в ИПРА инвалидов сигнализаторов звука с вибрационной и световой индикацией, а также слуховых аппаратов, что связано с возрастной структурой заболеваний с нарушениям сенсорных функций (слуха), приведших к инвалидности.

3. Рост рекомендаций в ИПРА взрослых инвалидов отдельных видов ТСР (анальный тампон, мочеприемники для самокатетеризации, кресла-стулья с санитарным оснащением (без колес) объясняется увеличением количества граждан, у которых в связи с тяжестью заболеваний определялись стойкие выраженные и значительно выраженные нарушения функций организма вследствие заболеваний (последствий травм) опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, центральной и периферической нервной системы.

4. Специалисты ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России при формировании раздела ИПРА инвалида «Технические средства реабилитации...» строго руководствовались приказом Минтруда России от 09.12.2014г. №998н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации» и проводили ежедневный мониторинг и контроль обоснованности назначений ТСР по их видам и количеству с использованием функционала ИС ЕАВИИАС МСЭ.

#### **Список литературы:**

1. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов». Федеральный закон Российской Федерации от 01.12.2014 №419-ФЗ (ред. от 29.12.2015). Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

2. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации. Федеральный закон Российской Федерации от 24.11.1995 №181-ФЗ. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

УДК 364.048.6

### **РЕЗУЛЬТАТЫ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ТРУДОУСТРОЙСТВА ИНВАЛИДОВ**

В.А. Перминов<sup>1</sup>, С.Н. Грузных<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России, г. Томск

<sup>2</sup>Департамент труда и занятости населения Томской области, г. Томск

### **RESULTS INTERDEPARTMENTAL INTERACTION IN SOLVING PROBLEMS OF EMPLOYMENT OF DISABLED PEOPLE**

V.A.Perminov<sup>1</sup>, S. N.Gruznih<sup>2</sup>

<sup>1</sup>FGI «CB MSE on the Tomsk area» of Mintrud of Russia, the city of Tomsk

<sup>2</sup>Department of Labor and Employment on the Tomsk area, the city of Tomsk

**Аннотация.** Представлен практический опыт тесного межведомственного взаимодействия ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России и региональной службы занятости населения в проведении комплекса мероприятий, результаты которого позволили повысить уровень трудоустройства инвалидов в Томской области с 35,1 % в 2015 г. до 47,6 % в 2017г.

**Abstract.** The practical experience of close interdepartmental cooperation of FGI «CB MSE on the Tomsk area» of Mintrud of Russia and the regional employment service of the population in carrying out a set of activities, the results of which allowed to increase the level of employment of disabled people in the Tomsk region from 35,1 % in 2015 to 47,6 % in 2017.

**Ключевые слова:** инвалидность; право на труд; мотивация к труду; трудовое устройство; трудовые рекомендации; ИПРА инвалида.

**Key words:** disability; right to work; motivation for work; labor organization; labor recommendations; individual rehabilitation program or habilitation of a disabled person.

Во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012 №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» в Томской области разработан и проводится комплекс мероприятий, направленных на снижение напряженности на рынке труда, в том числе система мер, направленных на создание условий для роста

уровня занятости инвалидов и реализацию мероприятий по содействию их трудового устройства[1,2]. Специалисты ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России, в свою очередь, при освидетельствовании информируют инвалида о возможностях трудоустройства, формируют положительную мотивацию к труду, получают и отмечают в ИПРА инвалида согласие на обращение к нему специалистов службы занятости. Выписку из ИПРА инвалида в электронном виде направляют в 3-х дневный срок в Департамент труда и занятости населения Томской области. Сводная информация об исполнении мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида, предоставляется региональной службой занятости населения в бюро МСЭ в течение пяти дней с даты исполнения мероприятий.

**Цель исследования:** Изучение потребности инвалидов в трудоустройстве на территории Томской области, для разработки эффективных мер по их трудовому устройству.

**Материалы и методы.** Источники информации: форма федерального государственного статистического наблюдения № 7 – собес; ИПРА инвалидов из числа взрослого населения Томской области; данные анкетирования 1295 инвалидов трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 лет, мужчины 18 – 59 лет). Метод исследования: аналитический. Период исследования: 2015 – 2017 гг.

**Результаты.** Поданным ГУ - отделение Пенсионного фонда Российской Федерации по Томской области, на 01.01.2018 г. в Томской области проживало 54064 инвалида в возрасте 18 лет и старше, из них 18544 человека (34,3 %) составили лица трудоспособного возраста. Число лиц, освидетельствованных среди взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше) области, за период 2015 - 2017 гг. уменьшилось от 13445 до 12084 человек (на 10,8 %); в том числе, лиц трудоспособного возраста - от 6914 до 5835 человек (на 15,6%). Соответственно и общее число лиц, признанных инвалидами в трудоспособном возрасте, уменьшилось за период наблюдения от 5585 до 4859 человек (на 13,0 %) (табл. 1).

Таблица 1 – Результаты освидетельствования в ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России в динамике за 2015-2017 гг. (абс. число, %)

Показатели	2015		2016		2017		Темп роста/убыли
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	
Всего освидетельствовано	15890	100,0	15217	100,0	14537	100,0	-8,5
из них старше 18 лет	13545	85,2	12876	84,6	12084	83,1	-10,8
в том числе лица трудоспособного возраста	6914	51,0	6414	49,8	5835	48,3	-15,6
Всего признано инвалидами	13473	100,0	13 076	100,0	12642	100,0	-6,2
из них старше 18 лет	11305	83,9	10 785	82,5	10225	80,9	-9,5
в том числе лица трудоспособного возраста	5585	49,4	5246	48,6	4859	47,5	-13,0

За 2017 г. специалистами ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России разработано всего 10157 ИПРА инвалида (в 2015 г. – 11453 ИПРА), из них 10081 ИПРА инвалида – лицам из числа взрослого населения, в том числе 4769 ИПРА -инвалидам трудоспособного возраста (в 2015 г. 11366 и 5661 соответственно). Анализ ИПРА инвалидов за период 2015-2017 гг. выявил тенденцию к снижению числа рекомендаций по трудоустройству от 4478 до 3435 (на 23,3%), что обусловлено, прежде всего, уменьшением числа лиц, признанных инвалидами в трудоспособном возрасте (от 5585 до 4859 человек). Число рекомендаций по трудоустройству в специально созданных условиях труда и на дому для инвалидов III групп при этом увеличилось на 4,9 % - от 1431 до 1501 (табл. 2).

Таблица 2 – Динамика результатов разработки ИПРА инвалида в ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России за период 2015 - 2017 гг. (абс. число, %)

Разработано ИПРА инвалида	2015		2016		2017		Темп роста / убыли
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	
Всего	11453	100,0	10686	100,0	10157	100,0	-11,3
из них старше 18 лет	11366	99,2	10608	99,3	10081	99,3	-11,3
в том числе лица трудоспособного возраста	5661	49,8	5152	48,6	4769	47,3	-15,7
Всего выдано заключений о необходимости профессиональной ориентации	6471	100,0	3693	100,0	3065	100,0	-52,6
из них старше 18 лет	6417	99,2	3631	98,3	3004	98,0	-53,2
в том числе лица трудоспособного возраста	4264	66,4	3560	97,2	2993	99,6	-29,8
Всего выдано заключений о нуждаемости по содействию в трудоустройстве	4526	100,0	3781	100,0	3496	100,0	-22,7
из них старше 18 лет	4478	98,9	3719	98,4	3435	98,3	-23,3
в том числе лица трудоспособного возраста	4263	94,2	3674	98,8	3425	99,7	-19,7
Выдано заключений о нуждаемости по содействию в трудоустройстве в специально созданных условиях и на дому	1431	-	1442	-	1501	-	+4,9

Органы службы занятости населения Томской области в 2016 г. провели опрос незанятых инвалидов трудоспособного возраста для выяснения их готовности к трудовому устройству (профессиональному обучению) и факторов, препятствующих решению этого вопроса. Опрошено более 10 тыс. человек. По результатам анкетирования в 72% случаев инвалиды отмечали отсутствие заинтересованности в трудоустройстве. Основные причины, препятствующие трудоустройству респондентов: состояние здоровья - 74,6%; отсутствие подходящих вакансий - 8,1%; оформление льготной трудовой пенсии - 6,3%; отсутствие желания работать - 1,9%; низкий уровень предлагаемой заработной платы - 1,1%; считали обеспечение инвалидов обязанностью государства - 1,1% респондентов. Нуждаемость в содействии органов службы занятости при поиске подходящей работы указали 28% инвалидов, из них около половины были готовы пройти профессиональное обучение или получить дополнительное профессиональное образование и 4,7 % желали заняться предпринимательской деятельностью.

Анализ результатов анкетирования выявил несколько важных проблем, возникающих при трудовом устройстве инвалидов:

- низкая конкурентоспособность на рынке труда в виду недостаточной квалификации и/или опыта работы;

- отсутствие мотивации к труду (многие инвалиды не хотят трудоустроиваться, боясь снижения группы или снятия инвалидности, а также потери льгот, предусмотренных для неработающих инвалидов);

- нежелание работодателей принимать на работу лиц с ограниченными возможностями здоровья, что объясняют низкой производительностью труда, необходимостью создания для инвалидов специальных условий труда, установления укороченной рабочей недели, более длительного отпуска и других льгот, предусмотренных российским законодательством.

Центры занятости населения Томской области в 2017 г. приняли обращения по содействию в трудоустройстве у 1189 инвалидов. Результатом деятельности службы занятости стало профессиональное обучение 44 инвалидов и трудоустройство 566 инвалидов, в том числе 23 человек - на квотируемые рабочие места. Подбор подходящей работы осуществлялся с учетом профессиональной подготовки, уровня квалификации и рекомендаций к труду в ИПРА инвалида.

Среди мер, оказавших положительное влияние на уровень трудового устройства инвалидов в регионе, необходимо выделить:

- создание в областном государственном казенном учреждении «Центр занятости населения города Томска и Томского района» отдела профессиональной и трудовой адаптации инвалидов;

- обучение на базе Томского государственного педагогического университета профессиональной компетентности на основе клиент ориентированного подхода специалистов всех центров занятости населения Томской области, работающих с инвалидами, из них 7 человек получили навыки русской жестовой речи;

- проведение специализированных ярмарок вакансий с информированием об эффективных способах поиска работы, консультированием по вопросам трудового права, реализации мероприятий ИПРА инвалида, самозанятости, возможности профессионального обучения. Следует отметить, что посещаемость ярмарок вакансий за последние 5 лет возросла в 8 раз – так, общегородские ярмарки вакансий в 2017 г. посетили в среднем более 4 тыс. человек;

- формирование персонифицированных списков инвалидов, нуждающихся в трудоустройстве, и направление их в обезличенном виде работодателям для рассмотрения и организации собеседования с потенциальными кандидатами;

- внедрение практики выезда специалистов центров занятости к работодателям для ознакомления с рабочими местами, заявленными в службу занятости в счет установленной квоты;

- оказание работодателям консультативной помощи при создании специальных рабочих мест для инвалидов;

- проведение обучающих семинаров для работодателей, обязанных трудоустроить инвалидов в рамках установленной квоты;

- активное межведомственное взаимодействие с ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России по вопросам повышения мотивации инвалидов к труду.

Начиная с 2017 г., дополнительно реализуются следующие мероприятия по содействию занятости инвалидов: стажировка инвалидов, окончивших образовательные учреждения; оборудование (оснащение) рабочих мест для трудоустройства незанятых инвалидов; сопровождение (наставничество) инвалидов в возрасте до 35 лет, трудоустроенных на постоянные рабочие места. Оснащение рабочего места для инвалида осуществляется с учетом квалификации инвалида, характера выполняемых работ, ограничений по состоянию здоровья в строгом соответствии с рекомендациями в ИПРА.

Согласно изменениям, внесенным по инициативе Департамента труда и занятости населения Томской области в Закон Томской области от 10.09.2003 № 109-ОЗ «О социальной поддержке инвалидов в Томской области», с 01.01.2018 обязанность квотирования рабочих мест для трудоустройства инвалидов распространяется на работодателей, численность работников которых составляет не менее 35 человек.

Для расширения возможности трудоустройства инвалидов в счет установленной квоты областной закон закрепил право работодателей:

- арендовать рабочие места у других работодателей, если работодатель не может обеспечить для инвалидов доступ к рабочим местам или производственным помещениям ввиду отсутствия для инвалидов доступности объекта;

– заключать соглашения об организации рабочих мест для трудоустройства инвалидов на квотируемые рабочие места у другого работодателя, если работодатель в силу специфики своей деятельности не может создать у себя рабочие места для инвалидов.

**Заключение.** Таким образом, за период 2015 – 2017 гг. на фоне уменьшения общего числа освидетельствуемых лиц, соответственно, уменьшилось число лиц, признанных инвалидами в трудоспособном возрасте. За период наблюдения также уменьшилось число разработанных инвалидам ИПРА и трудовых рекомендаций, однако увеличилось число рекомендаций по трудоустройству в специально созданных условиях труда и на дому для инвалидов I и II групп.

Тесное межведомственное взаимодействие регионального Главного бюро медико-социальной экспертизы и службы занятости населения в вопросах решения задач по содействию в трудоустройстве инвалидов позволило повысить уровень трудоустройства инвалидов в регионе с 35,1 % до 47,6 %.

#### **Список литературы:**

3. О мероприятиях по реализации государственной социальной политики. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 №597. Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс».

4. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации. Федеральный закон Российской Федерации от 24.11.1995 №181-ФЗ. Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс».

УДК 614.29

### **РОЛЬ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ РАЗРАБОТКЕ И РЕАЛИЗАЦИИ ИПРА ИНВАЛИДА (РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА) НА ПРИМЕРЕ ОПЫТА СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Парпура И.Б.<sup>1</sup>, Смушкина Н.Е.<sup>1</sup>, Новоселова И.В.<sup>1</sup>, Любушкина Т.Л.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФКУ «ГБ МСЭ по Свердловской области» Минтруда России

<sup>2</sup>Министерство социальной политики Свердловской области  
г. Екатеринбург

### **THE ROLE OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE INSTITUTIONS IN THE REGIONAL SYSTEM OF INTERDEPARTMENTAL COOPERATION IN THE DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF THE IPRA DISABLED (DISABLED CHILD) ON THE EXAMPLE OF THE EXPERIENCE OF THE SVERDLOVSK REGION.**

I.B. Parpura<sup>1</sup>, N. E. Smushkina<sup>1</sup>, I. V. Novoselova<sup>1</sup>, T. L. Lyubushkina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>The Ministry of social policy of Sverdlovsk region,  
the city of Yekaterinburg

<sup>2</sup>FGI «GB MSE in the Sverdlovsk area» Ministry of Labor of Russia

**Аннотация:** Рассматриваются вопросы организации взаимодействия учреждений медико-социальной экспертизы и исполнительных органов государственной власти по реализации индивидуальных программ реабилитации инвалида. Работа по обмену информацией в электронной форме организована в соответствии с требованиями примерной модели межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций различной ведомственной принадлежности. Представлен практический опыт организации межведомственного взаимодействия ФКУ «ГБ МСЭ по Свердловской области» Минтруда



России с органами исполнительной власти, учреждениями и организациями, выделены положительные стороны совместной работы.

**Abstract.** The questions of organization of interaction of medical and social expertise institutions and Executive bodies of the state power on implementation of individual programs of rehabilitation of the disabled person are considered. The work on the exchange of information in electronic form is organized in accordance with the requirements of the model of interdepartmental interaction of rehabilitation organizations of different departmental affiliation. The practical experience of the organization of interdepartmental interaction of FGI "GB MSE in the Sverdlovsk area" Ministry of Labor of Russia with Executive authorities, institutions and organizations is presented, the positive aspects of joint work are highlighted.

**Ключевые слова:** медико-социальная экспертиза, реализация ИПРА, реабилитационные мероприятия и организации, межведомственное взаимодействие, органы исполнительной власти.

**Key words:** medico-social expertise, the implementation of IPRA, rehabilitation and organization, interagency cooperation, Executive branch.

Государственная услуга по проведению медико-социальной экспертизы, в том числе разработки индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) (далее – ИПРА инвалида) на территории Свердловской области (без учета закрытых территорий) предоставляется 47 бюро-филиалами ФКУ «ГБ МСЭ по Свердловской области», курируемыми 7 экспертными составами ФКУ «ГБ МСЭ по Свердловской области».

Население Свердловской области составляет 4329341 человек, в том числе детское - 902570 чел. В регионе по состоянию на 01 января 2018 года численность граждан, имеющих инвалидность, составила 292 451 человек (6,76 % от общей численности населения), из них 18 252 лица имеют категорию «ребенок-инвалид».

В 2017 г. всего разработано 56 209 ИПРА, из них инвалидам старше 18 лет – 47 063 ИПРА, детям-инвалидам – 9 146 ИПРА.

Об объемах работы по межведомственному взаимодействию могут свидетельствовать показатели разработанных ИПРА с заключениями о нуждаемости инвалидов в том или ином виде реабилитационных мероприятий (табл. 1) [2].

Таблица 1 – Показатели работы ФКУ «ГБ МСЭ по Свердловской области» Минтруда России по реабилитации инвалидов за 2015-2017 г.г. (абс. число)

Показатель	2015 год	2016 год	2017 год
Разработано ИПРА всего, из них:	58284	55115	56209
впервые (всего) из них:	19723	19719	21117
детям-инвалидам	1913	2201	2279
повторно (всего), из них:	38561	35396	35092
детям-инвалидам	7111	6695	6867
Разработано ИПРА с заключениями о нуждаемости:			
в восстановительной терапии (медицинская реабилитация)	57862	53905	55452
в реконструктивной хирургии	1844	1355	1021
в санаторно-курортном лечении	10400	8050	7628
в профессиональной реабилитации:			
в профессиональной ориентации	11621	6209	5771
в содействии в трудоустройстве	38491	22534	21999

в психолого-педагогической реабилитации			
в рекомендациях по условиям организации обучения	8367	6497	5997
в психологической помощи	7503	5556	3562
в профессиональной ориентации в образовательной организации	0	845	581
в социальной реабилитации или абилитации:			
в социально-средовой	57695	53387	55858
в социально-психологической	33955	16419	23482
в социокультурной	45099	29504	30511
в социально-бытовой	30937	23466	25518
в физкультурно-оздоровительных мероприятиях, занятиях спортом	19793	707	2846
в технических средствах реабилитации и услугах	26325	22972	24223

Взаимодействие между ФКУ «ГБ МСЭ по Свердловской области» Минтруда России (далее - Главное бюро, Учреждение) и исполнительными органами государственной власти Свердловской области по вопросам разработки и реализации ИПР инвалидов осуществлялось всегда.

На качественно иной уровень оно вышло после вступления в силу приказов Минтруда России № 528н от 31.07.2015г. «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 № 723н от 15.10.2015г. «Об утверждении формы и Порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм информации об исполнении возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида и индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида мероприятий в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы».

Исходя из многоплановости задач реабилитации, своевременное и эффективное достижение результатов при проведении комплекса реабилитационных мероприятий возможно лишь с применением единой централизованной стратегии и тактики. Именно поэтому развивающаяся в России система реабилитации ориентирована на доминирующую роль в данной сфере государственных структур.

В январе 2016 г. на уровне Свердловской области подписано пять Соглашений о взаимодействии по вопросам реализации реабилитационных или абилитационных мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалидов, между Главным бюро и органами исполнительной власти (Министерством здравоохранения Свердловской области, Департаментом по труду и занятости населения Свердловской области, Министерством общего и профессионального образования Свердловской области, Министерством социальной политики Свердловской области, Министерством физической культуры и спорта Свердловской области).

В феврале 2016 г. реализовано электронное взаимодействие органов исполнительной власти области - исполнителей ИПРА инвалидов с ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России. Выписки из ИПРА инвалидов в электронном виде получают все органы исполнительной власти – участники реабилитационного процесса, кроме Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации, отделения Пенсионного Фонда Российской Федерации по Свердловской области, куда Выписки отправляются в бумажном варианте.

Для повышения эффективности межведомственного взаимодействия в Свердловской области развивается система электронного взаимодействия на базе программного комплекса

«Адресная социальная помощь», обеспечивающая сбор и поддержание в актуальном состоянии информации об инвалидах, назначенных и проведенных реабилитационных мероприятиях, реабилитационных организациях, а также возможность проведения мониторинга и анализа исполнения ИПРА инвалидов.

Данная система сформирована в соответствии с требованиями примерной модели межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций различной ведомственной принадлежности, включая медицинские, образовательные и другие организации, с перспективной задачей обеспечить принцип ранней помощи, преемственность в работе с инвалидами, в том числе детьми-инвалидами, их сопровождение [1].

Программный комплекс содержит:

- единую информационную базу данных об инвалидах Свердловской области;
- региональный реестр государственных и негосударственных организаций, предоставляющих реабилитационные (абилитационные) мероприятия и иные услуги инвалидам (детям-инвалидам) в сфере социального обслуживания, здравоохранения, физической культуры и спорта, образования в Свердловской области.

К данной системе подключены все исполнительные органы государственной власти – исполнители реабилитационных мероприятий (за исключением Департамента по труду и занятости населения Свердловской области, который работает через федеральную информационную систему «Катарсис»). Это позволило уже с июня 2016 г. Главному бюро получать информацию об исполнении ИПРА инвалидов в электронном виде.

Межведомственное взаимодействие Главного бюро в рамках разработки и реализации ИПРА не ограничивается направлением Выписок из ИПРА инвалидов и получением информации об исполнении ИПРА инвалидов.

Взаимодействие осуществляется в различных форматах, в том числе в виде рабочих совещаний, круглых столов, видеоселекторных совещаний. Данная работа способствует пониманию масштаба возможностей органов исполнительной власти, органов местного самоуправления, организаций независимо от организационно-правовых форм по реализации реабилитационных мероприятий, рекомендованных ИПРА инвалидов, а также определению круга проблем, препятствующих этому. Кроме того проводятся совместные обсуждения разработки и реализации ИПРА конкретных инвалидов (детей-инвалидов).

Примером сотрудничества в части разработки ИПРА инвалидов может служить Соглашение о взаимодействии между Главным бюро и ГБУ СО «Центром психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Ресурс» по координации действий при освидетельствовании детей с целью установления инвалидности. Основными моментами данного Соглашения являются:

- 1) участие представителей центральной психолого-медико-педагогической комиссии (далее – ПМПК) с правом совещательного голоса в проведении медико-социальной экспертизы в части разработки мероприятий психолого-педагогической реабилитации или абилитации ребенка-инвалида;

- 2) информационное взаимодействие путем направления запросов о предоставлении сведений из протоколов и заключений ПМПК (при согласии законного представителя ребенка).

В 2016 г. при Главном бюро МСЭ создан Общественный совет, возглавляемый председателем Свердловской региональной общественной организации инвалидов и больных рассеянным склерозом «Радуга», в который помимо работников Учреждения входят Уполномоченный по правам ребенка в Свердловской области, представитель аппарата Уполномоченного по правам человека в Свердловской области, представители Общественной палаты Свердловской области, Министерства социальной политики Свердловской области, общественных организаций (всего 15 человек). Заседания проводятся в ежеквартальном режиме. Помимо вопросов, касающихся деятельности учреждения (работа единой регистратуры, «горячей линии», доступность государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы и др.) на Общественном совете обсуждаются вопросы

медицинской, социальной, психолого-педагогической реабилитации, доступность занятий физкультурой и спортом для детей с ограниченными возможностями. Рассматривались вопросы по реализации ИПРА инвалидов, находящихся в местах лишения свободы и заключенных под стражу. Работа в данном формате помогает увидеть проблемные места в реализации ИПРА взглядом самих инвалидов, ставить вопросы перед органами исполнительной власти в соответствующей сфере деятельности.

Важным разделом деятельности Главного бюро является информирование гражданина о целях, задачах, прогнозируемых результатах и социально-правовых последствиях реабилитационных или абилитационных мероприятий путем проведения разъяснительной работы среди инвалидов о том, куда ему обратиться за тем или иным реабилитационным мероприятием либо посредством раздачи Памяток, либо размещения информации на стендах и официальном сайте Учреждения, а также в формате тематических консультативных приемов на базе общественных организаций инвалидов.

Проиллюстрировать важность данной работы можно следующим примером. В Екатеринбурге организована выездная работа мобильного офиса Екатеринбургского центра занятости у входа в здание, где расположены 13 бюро- филиалов ФКУ «ГБ МСЭ по Свердловской области» и 6 экспертных составов ФКУ «ГБ МСЭ по Свердловской области». Деятельность мобильного офиса направлена на оказание содействия в реализации мероприятий профессиональной реабилитации или абилитации инвалидов. Роль Главного бюро – это организация места стоянки мобильного офиса и информирование инвалидов о графике его работы. Совместная работа дает свои положительные результаты – до 60,0 % инвалидов, которым даны рекомендации по мероприятиям профессиональной реабилитации, посещают мобильный офис сразу после окончания освидетельствования (в тот же день).

Еще один пример. На территории Свердловской области на базе 69 организаций социального обслуживания функционируют социальные пункты проката, предоставляющие услуги по временному обеспечению маломобильных граждан, в том числе инвалидов и детей-инвалидов, техническими средствами ухода, реабилитации и адаптации. Технические средства выдаются во временное пользование бесплатно на срок до 6 месяцев. Оснащение социальных пунктов проката средствами реабилитации осуществляется за счет средств областного бюджета. Информирование граждан в бюро МСЭ о социальных пунктах проката позволяет им получить рекомендованные в ИПРА технические средства реабилитации для компенсации ограничений жизнедеятельности во временное пользование до обеспечения ими через Фонд социального страхования.

Одним из этапов в совершенствовании межведомственного взаимодействия может стать создание Ресурсного Центра. Решение данного вопроса на сегодняшний момент находится в стадии проработки.

Органы исполнительной власти Свердловской области и организации независимо от ведомственной принадлежности и формы собственности осуществляют реализацию ИПРА инвалидов каждый в своей сфере, своими методами и средствами, преследуя единую цель — обеспечение социальной адаптации инвалидов, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество.

Для достижения данной цели необходима система комплексной реабилитации или абилитации инвалидов в Свердловской области, которая создаст условия для обеспечения доступности, качества, результативности и эффективности оказания услуг по реабилитации или абилитации для всех категорий инвалидов в зависимости от степени ограничения их жизнедеятельности, потребностей и реабилитационного потенциала.

В 2017-2018 годах Свердловская область является участником пилотного проекта по формированию комплексной системы реабилитации и абилитации инвалидов, организованным Минтрудом России в рамках государственной программы ««Доступная среда» на 2011-2020 годы». В рамках пилотного проекта осуществляется апробация методических материалов по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов на территории области, анализ нормативного

правового регулирования формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и подготовка предложений по его совершенствованию, развитие системы межведомственного информационного взаимодействия, формирование системы подготовки кадров и современной материально-технической базы реабилитационных организаций.

Проект еще не завершен, однако уже сейчас можно отметить, что успех в реализации планов реабилитации или абилитации инвалидов возможен только при тесном сотрудничестве занятых в этой области учреждений и специалистов.

Взаимодействие ФКУ «ГБ МСЭ по Свердловской области» Минтруда России с органами исполнительной власти, учреждениями и организациями создает возможности для оперативной организации работы и координации действий на местах по реализации реабилитационных или абилитационных мероприятий для инвалидов, что, безусловно, повышает их результативность и эффективность.

#### **Список литературы:**

1. Приказ Минтруда России от 29.09.2017 № 705 «Об утверждении примерной модели межведомственного взаимодействия организаций, предоставляющих реабилитационные услуги, обеспечивающей принцип ранней помощи, преемственности в работе с инвалидами, в том числе детьми-инвалидами, и их сопровождение»

2. Парпура И.Б., Смушкина Н.Е., Самкова О.С. Под редакцией И.И. Кузнецовой. Анализ деятельности ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Свердловской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации по реабилитации инвалидов за 2017 год. Екатеринбург 2018 год, с-33.

УДК 614.8.067.3

### **О МЕЖВЕДОМСТВЕННОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ФКУ «ГБ МСЭ ПО Г. МОСКВЕ», МОСКОВСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ФСС РФ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ ПО АСПЕКТАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ В 2015 – 2017 гг.**

О.А. Лецкая<sup>1</sup>, О.В. Кошелева<sup>1</sup>, Н.Г. Смирнова<sup>1</sup>, О.А. Шелковникова<sup>2</sup>, Т.Б. Яшкина<sup>2</sup>, Л.П. Рассказова<sup>3</sup>, М.С. Харламова<sup>4</sup>

<sup>1</sup>ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России,

<sup>2</sup>ГУ-МРО ФСС РФ,

<sup>3</sup>ГБУЗ «городская поликлиника № 2 ДЗМ», <sup>4</sup>ГБУЗ «городская поликлиника № 191 ДЗМ»

### **ON INTERAGENCY COOPERATION F KU "GB MSE ACROSS MOSCOW», THE MOSCOW REGIONAL BRANCH FSS OF THE RUSSIAN FEDERATION AND OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS DEPARTMENT OF HEALTH OF MOSCOW ASPECTS OF REHABILITATION OF VICTIMS OF WORKPLACE INJURIES IN 2015 – 2017**

Eletsky, A. O. 1, O. Kosheleva, V. 1, N.G. Smirnov, 1,2 O. A. Shelkovnikova, T. B. 2 Yashkina, L. P. Rasskazov 3, M. S. Kharlamov 4

1 fku "GB MSE across Moscow" the Ministry of labor of Russia,

2 GU MRO FSS RF,

3 GUZ "city polyclinic № 2 DZM" and 4 GBUZ "city hospital № 191 DZM"

**Аннотация:** в данной статье рассмотрены основные проблемы, возникающие при реабилитации пострадавших на производстве, аспекты взаимодействия между тремя организациями (медицинскими организациями Департамента здравоохранения города

Москвы, бюро – филиалами ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России, Фондом социального страхования), анализ разработки программ реабилитации пострадавших на производстве на 2015-2017 гг.

**Abstract:** this article deals with the main problems arising in the rehabilitation of victims in the workplace, aspects of interaction between the three organizations (medical organizations of the Department of health of the city of Moscow, the Bureau – branches of the fku "ITU GB in Moscow" of the Ministry of labor of Russia, the social insurance Fund), analysis of the development of rehabilitation programs of victims in the workplace for 2015-2017.

**Ключевые слова:** реабилитация пострадавших на производстве, программа реабилитации пострадавшего, межведомственное взаимодействие при реабилитации, медицинские показания к санаторно-курортному лечению.

**Keywords:** rehabilitation of victims in the workplace, the rehabilitation program of the victim, interdepartmental cooperation in rehabilitation, medical indications for sanatorium treatment.

**Цель:** рассмотреть проблемы взаимодействия между тремя организациями по различным аспектам реабилитации пострадавших на производстве вследствие несчастного случая на производстве и профессионального заболевания.

**Задачи исследования:** реабилитация пострадавших на производстве и вопросы взаимодействия между тремя организациями.

Проблема реабилитации пострадавших на производстве и вопросы взаимодействия между при определении показаний к реабилитационным мероприятиям являются важной задачей при разработке и оформлению программы реабилитации пострадавшего на производстве вследствие несчастного случая на производстве и профессионального заболевания.

В Москве по данной проблеме происходит тесное межведомственное взаимодействие между тремя организациями:

- медицинскими организациями (городскими поликлиниками и их филиалами) Департамента здравоохранения г. Москвы;

- бюро – филиалами и экспертными составами ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России;

- отдел страхования профессиональных рисков и филиал № 39 Государственного учреждения-Московского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации.

Пострадавшим на производстве в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания представляется *обеспечение по страхованию* согласно ст. 8 от 24 июля 1998 года № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» в виде:

- пособия по временной нетрудоспособности;
- единовременной страховой выплаты;
- ежемесячной страховой выплаты;
- оплаты дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией застрахованного *при наличии прямых последствий страхового случая.*

Для получения реабилитационных мероприятий в Фонд социального страхования предоставляется программа реабилитации пострадавшего на производстве в результате несчастного случая или профессионального заболевания (далее-ПРП), разрабатываемая в бюро медико-социальной экспертизы (далее – бюро МСЭ) на основании документов из медицинских организаций.

Медицинскими организациями (лечебными учреждениями) оформляются:

- направление на медико-социальную экспертизу;
- протокол врачебной комиссии для разработки ПРП с рекомендациями по медицинской и социальной реабилитации, по техническим средствам реабилитации.

С 2010 года между ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России и ГУ-МРО ФСС РФ действует соглашение об участии представителей Отделения Фонда в освидетельствовании пострадавших на производстве с правом совещательного голоса.

С апреля 2015 года в Московском региональном отделении Фонда социального страхования все личные дела пострадавших на производстве переданы в филиал № 39 Отделения Фонда, который осуществляет страховые выплаты пострадавшим на производстве и производит оплату реабилитационных мероприятий. На 01.01.2018 в филиале № 39 состоит на учете 13 тысяч пострадавших, получающих ежемесячные страховые выплаты.

При разработке ПРП бюро-филиалы учреждений медико-социальной экспертизы руководствуются нормативными документами:

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 16 октября 2000 г. № 789 «Об утверждении правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»;

2. Постановление Министерство труда и социального развития Российской Федерации от 30 января 2002 № 5 «Об утверждении инструкции о порядке заполнения формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, утвержденной Постановлением Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 18 июля 2001 г. № 56»

В ПРП для пострадавших на производстве предусмотрены рекомендации по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации.

Рекомендация мер по медицинской реабилитации (лекарственные средства, изделия медицинского назначения, специальный медицинский уход, санаторно-курортное лечение) возможна только по заключению врачебной комиссии медицинской организации.

По сложным вопросам конкретных реабилитационных мероприятий для пострадавших на производстве имеется практика в течение нескольких лет расширенных заседаний врачебных комиссий ряда поликлиник г. Москвы с участием представителя(ей) Отделения Фонда, в ряде случаев и с участием руководителей бюро и экспертного состава ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России.

В ходе расширенных заседания врачебных комиссий рассматриваются вопросы:

1. Рассмотрение акта о несчастном случае на производстве или акта о профессиональном заболевании;

2. Наличие прямых последствий страхового случая по производственной травме или профессионального заболевания;

3. Наличие медицинских показаний к определенным видам реабилитационных мероприятий по медицинской реабилитации и техническим средствам реабилитации по прямым последствиям страхового случая;

4. При рассмотрении вопросов по медицинской реабилитации по прямым последствиям страхового случая чаще всего уточняются медицинские показания:

- к назначению лекарственных препаратов;

- к санаторно-курортному лечению согласно Приказа Министерства здравоохранения № 281н от 05.05.2016 «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения».

На расширенных заседаниях ВК рассматривались вопросы о целесообразности продолжения медицинской реабилитации в части санаторно-курортного лечения при отсутствии реабилитационного потенциала ввиду давности страхового случая, невозможности уменьшения нарушенных функций, при отсутствии медицинских показаний к СКЛ в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения от 05.05.2016 № 281н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-

курортного лечения» у пострадавших с профессиональными заболеваниями нейросенсорной тугоухости и заболеваниями кожи.

Также с врачами-методистами и заместителями главных врачей головных поликлиник по клинико-экспертной работе проводятся совещания по вопросам медико-социальной экспертизы, в т.ч. направления пострадавших для определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах и разработки ПРП, определению медицинских показаний по техническим средствам реабилитации для инвалидов и пострадавших на производстве.

В особо сложных случаях по конфликтным пострадавшим с большим перечнем рекомендаций, в заседании расширенных ВК принимали участие все три стороны: представители медицинской организации (зам. главного врача по КЭР, руководитель бюро МСЭ и представитель Отделения Фонда). Так по пострадавшему К., 1948 г.р., с последствиями несчастного случая на производстве спинальной травмы на шейном уровне от 1986 года, ежегодно проводятся совещания представителей трех организаций при разработке протокола ВК с обсуждением всех необходимых пострадавшему реабилитационных мероприятий.

При наличии медицинских показаний к обеспечению пострадавших техническими средствами реабилитации, протезно-ортопедическими изделиями оформляется раздел ПРП «Протезирование и обеспечение приспособлениями, необходимыми пострадавшему для трудовой деятельности и в быту (указать какими), а также их ремонт».

Решение вопроса о предоставлении дорогостоящих протезов с внешним источником энергии решается только при положительном решении Федерального бюро медико-социальной экспертизы.

В настоящее время сложные вопросы протезирования, предоставления дорогостоящих ТСР, ремонт протезов и ТСР рассматриваются на заседании медико-технической комиссии Отделения фонда с участием представителей протезно-ортопедических предприятий и ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России.

При обращении пострадавших для рекомендации транспортного средства с ручным управлением запись в ПРП делается при наличии медицинских показаний в соответствии с Перечнями медицинских показаний на получение инвалидами мотоколясок с ручным управлением, утвержденные Министерством здравоохранения СССР 11 августа 1970 года и методическими указаниями по применению перечней медицинских показаний на получение инвалидами мотоколясок и автомобилей "Запорожец" с ручным управлением, утвержденные Приказом Министерством социального обеспечения РСФСР 28 июля 1982 г. № 72. Одновременно пострадавшими предоставляется справка о годности к вождению медицинской водительской комиссии. Данные этой справки (номер, дата) заносятся в ПРП в раздел «Обеспечение специальным транспортным средством». Представитель Отделения Фонда в большинстве случаев участвует в заседаниях бюро МСЭ.

Вопросы профессиональной реабилитации рассматриваются при оформлении ПРП, но в большинстве случаев данный раздел остается незаполненным ввиду отсутствия трудонаправленности пострадавшего и его пенсионного возраста. Лица трудоспособного возраста в большинстве случаев тоже не мотивированы к трудовой занятости после производственной травмы.

В ПРП для пострадавших на производстве заполняется раздел «Рекомендации о противопоказанных и доступных видах труда», в отличии от формы индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида.

Показатели разработки ПРП в 2015-2017 гг. в ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России (в абсолютных числах, удельный вес в%) представлены в таблице.



Таблица – Показатели разработки ПРП в Москве за 2015-2017 гг.

Показатель	Годы						Динамика по сравнению с 2015 годом
	2015		2016		2017		
	Абс. число	Удельный вес	Абс. число	Удельный вес	Абс. число	Удельный вес	
Выдано всего	1882	100,0	1616	100,0	1210	100,0	- 36,0%
из них с рекомендациями лекарственных средств	542	29,0 %	570	30,0 %	598	32,0 %	+ 10,0 %
с СКЛ	1541	82,0 %	1242	66,0 %	855	45,0 %	- 45,0 %
с ТСР	163	9,0 %	209	11,0%	171	9,0 %	+ 5,0 %

Как следует из таблицы № 1, за 2015-2017 гг. отмечалась тенденция к значительному уменьшению количества разрабатываемых ПРП в ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России, прежде всего за счет рекомендаций на санаторно-курортное лечение, удельный вес которых уменьшился на 45 % в 2017 году по сравнению с 2015 годом. Данная тенденция была связана с изменением законодательства в частности с введением в действие Приказа Министерства здравоохранения от 05.05.2016 № 281н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения». В данном Приказе отсутствовали медицинские показания для СКЛ по нейросенсорной тугоухости, профессиональным заболеваниям кожи, при эндопротезировании суставов и другие ограничения.

В настоящее время в связи с утверждением Минздравом Приказа от 07.06.2018 № 321н о перечнях медицинских показаний и противопоказаниях для СКЛ можно ожидать активное обращение пострадавших для разработки ПРП, в первую очередь, по санаторно-курортному лечению. В данном Приказе Минздрава присутствуют медицинские показания по профессиональным заболеваниям кожи и по нейросенсорной тугоухости.

#### **Выводы:**

- В Москве активно взаимодействуют по вопросам реабилитации пострадавших на производстве представители медицинских организаций, Московского регионального отделения Фонда и врачи-эксперты ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве».

- Многие сложные вопросы реабилитации пострадавших решаются коллегиально, учитывая действующие нормативно-правовые документы.

- Такое сотрудничество приводит к более внимательному и полному определению реабилитационных мероприятий у пострадавших на производстве по медицинской реабилитации и техническим средствам реабилитации.

#### **Список литературы.**

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 16 октября 2000 г. № 789 «Об утверждении правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»;

2. Постановление Министерство труда и социального развития Российской Федерации от 30 января 2002 № 5 «Об утверждении инструкции о порядке заполнения формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, утвержденной Постановлением Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 18 июля 2001 г. № 56»

3. Приказ Министерства здравоохранения от 05.05.2016 № 281н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения»

4. Приказ Министерства здравоохранения от 07.06.2018 № 321н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения»

**УКРЕПЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ПАРТНЕРСТВА С МЕДИЦИНСКИМИ  
УЧРЕЖДЕНИЯМИ  
(НА ПРИМЕРЕ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ)**

Смагина Т. Н., Кузнецова О. В., Малаева В. В., Кавардина Н. П.  
*ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России, г. Оренбург*

**STRENGTHENING SOCIAL PARTNERSHIPS WITH HEALTH CARE  
INSTITUTIONS (ON THE EXAMPLE OF THE ORENBURG REGION)**

Smagina T. N., Kuznetsova O. V., Malaeva V. V., Cawardine N. P.  
FKU "GB MSE across the Orenburg region" the Ministry of labor of Russia, Orenburg

**Аннотация:** Сделан обзор существующих проблем во взаимодействии учреждений медико-социальной экспертизы с медицинскими учреждениями. Отмечено системное выявление необоснованных направлений на освидетельствование и системное выявление неполных, недостоверных сведений в направительных документах, в т.ч. с признаками коррупционной составляющей, что вызывает необходимость составления программ дообследования и ведет к снижению социальной удовлетворенности получателей государственной услуги «проведение медико-социальной экспертизы». Как одним из действенных направлений в искоренении выше указанных проблем рассмотрена передача направительных документов из медицинских учреждений в учреждения медико-социальной экспертизы через единую систему электронного межведомственного взаимодействия, а также подключение ФОМС к контролю качества их подготовки, в первую очередь к контролю полноты и достоверности представляемых сведений.

**Annotation:** An overview of the existing problems in cooperation of institutions of medico-social examination with medical institutions. The system identification of unreasonable directions for examination and system identification of incomplete, inaccurate information in the directional documents, including the signs of corruption component, which necessitates the preparation of programs of additional examination and leads to a decrease in social satisfaction of the recipients of the state service "medical and social examination", is noted. As one of the effective directions in the eradication of the above mentioned problems, the transfer of guidance documents from medical institutions to medical and social examination institutions through a single system of electronic interdepartmental interaction, as well as the connection of FOMS to the quality control of their preparation, primarily to the control of completeness and reliability of the information provided.

**Ключевые слова:** Медико-социальная экспертиза, здравоохранение, направительные документы, несоответствия, сотрудничество.

**Keyword:** Medical and social expertise, health care, guidance documents, inconsistencies, cooperation.

К важным показателям доступности государственной услуги, каковой является «проведение медико-социальной экспертизы» (МСЭ), относится снижение количества и продолжительности взаимодействий получателя госуслуги с должностными лицами, соблюдение сроков ее предоставления и возможность ее получения в электронном виде [2, 8]. К показателям качества – вынесение аргументированного экспертного решения, в основе которого может быть только наличие всех необходимых и достоверных сведений [3, 8].

В условиях регламентированных административных процедур для обеспечения выше перечисленных показателей существенно повышается значимость вопросов конструктивного взаимодействия органов МСЭ и органов здравоохранения.

Согласно Порядку и условиям признания лица инвалидом [3] гражданин после проведения необходимых диагностических, лечебных, реабилитационных или абилитационных мероприятий и наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами направляется на МСЭ медицинской организацией (независимо от ее организационно-правовой формы). При этом в «Направлении на МСЭ» (форма 088/у-06) указываются данные о его состоянии здоровья, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных или абилитационных мероприятий [7].

Все записи в «Направлении на МСЭ» красной чертой должны отражать и подтверждать стойкость нарушенных функций направляемого лица на МСЭ, его истинный клинический и реабилитационный прогноз. ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России в этом плане ведет с медицинскими учреждениями широкую разъяснительную работу. К сожалению, в ряде медицинских учреждений, обслуживающих как взрослое, так и детское население нашего региона, до сих пор бытует мнение, что, невзирая на отсутствие стойких функциональных нарушений и на наличие явного благоприятного клинического и трудового прогноза предпочтительнее гражданам, имеющим конфликтный настрой, оформить не отказную справку от направления на МСЭ, а пакет направительных документов. Расчет - при не установлении инвалидности весь груз ответственности и последующие разбирательства, вплоть до судебных тяжб, лягут на учреждение МСЭ.

Так в 2017 г. из 11 867 граждан, впервые направленных на МСЭ в ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России, – 1753 – 14,8 % были направлены необоснованно. За первое полугодие 2018 г. – из 5 799 – 787 – 13,6%.

Согласно тому же Постановлению [3] направляющая организация несет полную ответственность за достоверность сведений.

Расхождение объективных данных бюро МСЭ с данными инструментальных методов обследования в направительных документах, неверное или неполное указание врачами лечебной сети диагнозов основного и сопутствующего заболеваний, не вынесение в диагноз осложнений, степени тяжести и степени их функциональных нарушений существенно затрудняет проведение МСЭ, увеличивает количество, продолжительность взаимодействия получателя госуслуги с должностными лицами и способствует пролонгации сроков ее предоставления.

Максимальный срок предоставления госуслуги с учетом времени, необходимого для составления ПДО и ее выполнения, не может превышать 30 календарных дней от даты подачи получателем госуслуги заявления [3, 8]. Нарушение срока проведения МСЭ отнесено к административным правонарушениям в части законодательства о социальной защите инвалидов и находится на особом контроле Генеральной прокуратуры РФ.

Кроме расхождений в объективных данных и не подтверждения диагноза данными обследования порой встречаются видимые признаки подделки, наличие неоговоренных исправлений, серьезных повреждений, приписок, зачеркнутых слов, не позволяющих однозначно истолковать содержание направительных документов. В этих случаях бюро МСЭ вынуждено составлять программу дополнительного обследования (ПДО) [3,8] вплоть до запроса первичной медицинской документации для сопоставления ее данных с наличествующими данными в направительных документах. Например, с данными истории болезни круглосуточного стационара.

В 2017 г. в ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России первично и повторно освидетельствовано 38 635 граждан. Возникла необходимость у 2 799 – 7,2 % в составлении ПДО для дообследования в медицинских учреждениях, в получении дополнительных сведений из первичной медицинской документации или из учреждений/организаций тех или иных организационно-правовых форм и форм собственности, осуществляющих деятельность в области реабилитации инвалидов (ПМПК,

МТК ПрОП, социальной защиты населения, образования и т.д.), которые тоже должны были быть представлены, но отсутствовали в пакете документов. Показатель ПДО за первое полугодие 2018 г. даже выше. Освидетельствовано 11 867 чел., составлена ПДО в 1 251 случаях – 10,5 % (2017 г. – 7,2 %).

Во избежание нарушения регламентированного срока проведения экспертизы, бюро МСЭ вынуждено на 30-й день вынести экспертное решение по имеющимся данным, о чем получатель госуслуги заранее, еще на этапе назначения дообследования, в доступной форме информируется [3,8].

И это тоже в той или иной степени отражается на снижении социальной удовлетворенности гражданина от процедуры МСЭ.

Нередко в качестве контроля представленных сведений назначалось обследование на базе Главного бюро МСЭ (ГБ), что соответствовало указаниям Постановления Правительства Российской Федерации от 17.03.2011 №175 «Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2015 гг.»: «... для повышения объективности экспертных решений и оперативности освидетельствования граждан гос. система МСЭ нуждается в оснащении современным специальным диагностическим оборудованием» [6].

В настоящее время все ГБ МСЭ России централизованно оснащены высокотехнологичным специальным оборудованием экспертной направленности с возможностями контрольной оценки сенсорных функций, психической и мышечной деятельности, параметров движения, статики и координации [9]. Об экспертных возможностях ГБ МСЭ и об их возможном использовании лечебной сетью для решения экспертных вопросов региональный Минздрав главным бюро, а все медицинские учреждения - бюро МСЭ по курации были неоднократно информированы. Информация также была доведена через выступления руководителя - главного эксперта и руководителя реабилитационно-экспертного отдела ГБ на совместных с председателями врачебных комиссий областных совещаниях. Дополнительно производилась рассылка Информационно-методического письма с утвержденной локальным приказом формой направления. В качестве напоминания возможностей, условий проведения на базе ГБ диагностического обследования экспертной направленности рассылка Информационно-методического письма неоднократно повторялась.

В 2017 г. для максимальной объективности вынесенного экспертного решения врачи по МСЭ вынуждены были провести 1 918 исследований - в 5,0 % случаях экспертиз. В первом полугодии 2018 г. востребованность специальной диагностической аппаратуры даже выше - 5,5 % (из 11 867 освидетельствованных – 653).

К принятию более жестких мер к медицинским учреждениям за предоставление недостоверных сведений призвал приказ Минтруда России от 11.11.2012 г. № 310н (ред. от 29.12.2016) «Об утверждении порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы». Согласно ему в случае выявления обоснованных (доказанных) сомнений о представлении поддельных документов или заведомо ложных сведений, руководитель бюро (главного бюро, Федерального бюро) обязан направить соответствующие материалы в органы прокуратуры [10].

Надо признать, что в прежние годы сигналы о выявлении таких случаев ограничивались уровнем регионального Минздрава.

Постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 № 318 предусмотрена передача медицинской организацией направления на МСЭ в бюро в форме электронного документа с использованием единой системы межведомственного электронного взаимодействия и подключаемых к ней региональных систем межведомственного электронного взаимодействия. Срок передачи - в течение 3 рабочих дней со дня его выдачи. При отсутствии доступа к этой системе - на бумажном носителе с соблюдением требований законодательства Российской Федерации в области персональных данных [4]. В настоящее время такая модель взаимодействия в Минтруде России и в Минздраве России на этапе

пилотной отработки. В качестве пилотных регионов выбраны Владимирская, Самарская, Тюменская области и Ставропольский край. Поэтапное внедрение обмена данными в электронной форме между главными бюро МСЭ и медицинскими организациями во всех субъектах Российской Федерации планируется начать с 2019 г. [2].

Учитывая наличие уважительной отсроченности введения передачи направительных документов через единую систему межведомственного электронного документооборота без участия гражданина, до 01 июля 2017 г. допускалась передача направительных документов из медицинского учреждения в бюро МСЭ лично получателем (его законным или уполномоченным представителем) госуслуги по собственной инициативе [4]. Для ускорения включения механизма, минимизирующего подделки в направительных документах, предоставление подложных документов и коррупционной составляющей на этапе передачи формы 088/у-06 из рук в руки, а также уменьшающего частоту и продолжительность взаимодействия получателя госуслуги с должностными лицами Минтруд России рекомендовал, начиная с 01.07.2018 г., организовать передачу направительных документов из медицинского учреждения по реестру [1].

В ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России в соответствии с заключенным Соглашением с региональным Минздравом была введена их передача по реестру посредством курьерской службы (из отдаленных муниципальных образований – почтой) с соблюдением всех требований законодательства Российской Федерации в области персональных данных.

Также считаем, что для повышения прозрачности и социальной удовлетворенности граждан госуслугой «проведение МСЭ» логично включить в систему контроля Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) качество подготовки медицинскими учреждениями направительных документов с акцентом на недостатки, в т.ч. на несоблюдение стандарта обследования, на непредставление полного набора сведений, характеризующих реабилитационные возможности освидетельствуемого и необходимого для вынесения объективного экспертного решения, формирования индивидуальной программы реабилитации (абилитации) инвалида (ребенка-инвалида). И логично разработать в ФОМС систему штрафных санкций, высота критериев которых соответствовали бы степени тяжести выявленных несоответствий.

Таким образом, сегодняшнее законодательство существенно повышает требования к качеству оформления медицинской формы 088/у-06, особенно, в части достоверности и полноты сведений о проведенных диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятиях. Передача направительных документов по электронному каналу с соблюдением требований персональных данных существенно уменьшит количество и продолжительность взаимодействия получателя госуслуги с должностными лицами, принимающими участие в процедуре МСЭ, а также позволит исключить саму возможность коррупционной составляющей на стыке медицинские учреждения – учреждения МСЭ. А повышение качества оформления направительных документов, несомненно, будет способствовать соблюдению сроков предоставления госуслуги «проведение МСЭ» и исключению обоснованных жалоб со стороны ее получателей.

## **Список литературы**

1. Информационное Письмо ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России от 14.06.2018 № 21205/2018 «Поручение организовать работу с медицинскими организациями по передачи направления на медико-социальную экспертизу (формы №088/у-06) в бюро на бумажном носителе с соблюдением требований законодательства Российской Федерации в области персональных данных».

2. Лекарев Г.Г. С 2019 года планируется начать поэтапный обмен электронными данными между главными бюро МСЭ и медорганизациями. Электронный ресурс: <https://rosmintrud.ru/social/invalid-defence/4131> от 19 апреля 2018. Дата обращения – 30.07.2018.

3. Постановление Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 № 95 «Правила признания лица инвалидом» (с изм. от 10.08.2016 (№ 772), в ред. от 29.03.2018).
4. Постановление Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 318 г. «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации по вопросам предоставления отдельных государственных услуг в сфере социальной защиты населения».
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 08.09.2010 № 697 «О единой системе межведомственного электронного взаимодействия» (ред. от 05.12.2014).
6. Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 № 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы» (с изменениями и дополнениями).
7. Приказ Минздравсоцразвития от 31.01.2007 № 77 «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь» (с изменениями от 28.10.2009 г.).
8. Приказ Минздравсоцразвития от 11.04.2011 №295н в редакции приказа Минтруда России от 29.01.2014 г. № 59 «Об утверждении Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению МСЭ».
9. Приказ Минтруда России от 03.07.2013 № 291н «Об утверждении нормативов оснащения учреждений главных бюро медико-социальной экспертизы по субъектам Российской Федерации специальным диагностическим оборудованием».
10. Приказ Минтруда России № 847 от 29.12.2016 «О внесении изменений в порядок организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы, утвержденный в редакции приказа Минтруда России №310н от 11.10.2012».

УДК 61.13

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН**

Бодрова Р.А.

Казанская государственная медицинская академия - филиал Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

## **THE EFFECTIVENESS OF INTERAGENCY REHABILITATION ON THE EXAMPLE OF REPUBLIC OF TATARSTAN**

Bodrova R. A.

Kazan state medical Academy - branch of Federal state budgetary educational institution of additional professional education "Russian medical Academy of continuous education" of the Ministry of health of the Russian Federation

**Аннотация.** Представлен опыт внедрения программы по медицинской реабилитации в Республике Татарстан и организации преемственной межведомственной реабилитации.

**Annotation.** The experience of implementation of the program on medical rehabilitation in the Republic of Tatarstan and the organization of successive interdepartmental rehabilitation is presented.

**Ключевые слова:** медицинская реабилитация, здравоохранение, преемственность.

**Key words:** medical rehabilitation, health care, continuity.

Для успешного проведения реабилитации и достижения запланированного результата должна соблюдаться преемственность, как в этапах медицинской реабилитации, так и во всех аспектах единого реабилитационного процесса (медицинская, медико-профессиональная, профессиональная, социальная реабилитация).

Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Республики Татарстан представлены следующим образом:

- Численность населения составляет - 3,8 млн. человек, из них врачей - 12 202 (в системе МЗ РТ), больничных учреждений – 80, амбулаторных – 57, фельдшерско – акушерских пунктов - 1 792.

- Количество коек – 26 754, обеспеченность койками – 70,2.

- Обеспеченность взрослого населения круглосуточными койками медицинской реабилитации в РТ – 0,92.

Стоимость планового задания медицинских организаций в рамках территориальной программы ОМС в условиях круглосуточного и дневного стационаров по медицинской реабилитации (млн. руб.) составила в 2015г. – 232,4 млн. руб.; в 2016г. – 493,1 млн. руб.; в 2017г. – 463,3 млн. руб. Благодаря увеличению финансирования медицинской реабилитации в санаторно-курортных организациях с 2015 по 2017 гг. (с 123.9 млн. руб. до 137.7 млн. руб.), наблюдается увеличение охвата пациентов санаторно-курортным лечением.

В 2013 г. функционировало 341 коек по медицинской реабилитации круглосуточного стационара для взрослых и детей, из них 173 -для взрослых; 114- коек дневного стационара. В 2016 г. количество коек для взрослых возросло до 472, из них 304 --для взрослых; 138-коек дневного стационара. Амбулаторная медицинская реабилитационная помощь оказывается на базе амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения. В Республике Татарстан функционируют 109 учреждений здравоохранения, имеющих в своем составе кабинеты ЛФК; 127 кабинетов и отделений физиотерапии; 25 кабинетов рефлексотерапии; 19 кабинетов психотерапии, 17 кабинетов логопедии.

По итогам медико-социальной экспертизы РТ за период 2015 – 2017 гг., количество лиц взрослого населения впервые признанных инвалидами снизилось с 56.2 % до 52.8%, у лиц трудоспособного возраста (18 лет и старше) с 37.9% до 36.7%, пенсионного возраста со 100.5% до 89.2%. Из них показатели повторной инвалидности лиц трудоспособного возраста снизились с 78.4 % до 73.4 %. За 2015 - 2017 гг. наблюдается увеличение количества лиц признанных инвалидами II и III группы, вследствие снижения количества лиц признанных инвалидами I группы. В структуре первичной инвалидности среди граждан в возрасте 18 лет и старше в Республике Татарстан по классам заболеваний за 2017 г. (в %) первые три места занимают злокачественные новообразования (34.9%), болезни системы кровообращения (28.9%), психические расстройства и расстройства поведения составили (6.9%).

Показатели полной реабилитации инвалидов в возрасте 18 лет и старше в 2015 г. составили 8%, а в 2017 г. - 5.5%, показатели суммарной реабилитации - 15.9% и 10.9 %, частичной - 19.8% и 13.1%, соответственно.

Для успешного решения задач, поставленных перед специалистами по реализации реабилитационных целей, организовано взаимодействие научных структур и практического звена, медицинских работников и специалистов других министерств и ведомств. На этапах медицинской и социальной реабилитации организовано взаимодействие пострадавшего с бюро МСЭ по РТ, центрами реабилитации ФСС РФ, ЛПУ МЗ РТ, РО ФСС РФ по РТ, Торгово-промышленная палата РТ, Министерство труда и занятости РТ, общественные организации инвалидов РТ, Федерация профсоюзов Татарстана и др. Для обеспечения и наилучшего качества медицинской реабилитации приняты 9 Соглашений о взаимодействии между различными Министерствами и ведомствами, в частности, МЗ РТ и ФСС РФ от

21.12.2015 г., МЗ РТ и ФКУ ГБМСЭ РТ, Приказ № 875 Министерства труда и социальной защиты РФ от 26.12.17 г. и др.

Основным классификационным критерием является код сложных и комплексных услуг номенклатуры вне зависимости от диагноза, дополнительным классификационным критерием – оценка состояния пациента по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ), которая применима как для взрослых, так и для детей. В зависимости от количества баллов по шкале ШРМ пациенты проходят реабилитацию либо на дому, либо в медицинском учреждении. В Приказе МЗ РТ указаны названия всех ЛПУ, этапы медицинской реабилитации, ответственные лица в каждом учреждении.

Всего в 2016 г. стационарная помощь на 2-м этапе медицинской реабилитации была оказана 5817 пациентам, из них с нарушениями ПНС и ОДА составили 1896 чел., нарушениями функций ЦНС -3494 чел.; в 2017 г. - 6146 пациентам, из них с нарушениями ПНС и ОДА - 1951 чел., нарушениями функций ЦНС - 3751 чел.

Количество пациентов получивших медицинскую помощь на 3-м этапе реабилитации в 2016 г. всего составила 15567 чел., из них с нарушениями функции ПНС и ОДА - 9563 чел., с нарушениями функции ЦНС- 5098 чел. В 2017 г. увеличилось количество пациентов, всего составила - 17339 чел., из них нарушения функции ПНС и ОДА – 10414 чел., с нарушениями функции ЦНС- 5683 чел.

Работающие граждане направляются на реабилитацию в санаторно-курортные учреждения Республики Татарстан сроком на 21 день. В программе реабилитации работающих граждан, непосредственно после стационарного лечения, участвуют 15 санаторно-курортных организаций, в т.ч., реабилитационный центр «Регина» (в рамках частно – государственного партнерства) и 2 государственных автономных учреждений здравоохранения на 195 коек, которые лицензированы и имеют лечебную и материально – техническую базу в соответствии с требованиями. Количество пациентов, получивших медицинскую помощь на 3-м этапе медицинской реабилитации в санаторно-курортных условиях РТ возросло за период 2013 - 2017гг. с 4971 чел. до 5563 чел. Общее количество человек, получивших лечение на трех этапах медицинской реабилитации за период 2014 – 2017 гг. возросло в 2 раза 11533 до 23485 чел.

Основная цель реабилитации — эффективное и раннее возвращение пациентов и инвалидов к бытовым и трудовым процессам, в общество и семью, восстановление личностных свойств человека как полноправного члена общества. Оптимальным конечным результатом медицинской реабилитации может быть полное восстановление здоровья и возвращение к привычному профессиональному труду. Мультидисциплинарный подход позволяет решить основные цели и задачи реабилитации пациентов.

Результаты лечения пострадавших в 2015 - 2016 гг.: полностью или частично восстановлена трудоспособность в 2015 г. – у 64%, а в 2016 г. – у 71%; установлена инвалидность в 2015 г. у 32% пациентов, 2016 г. – у 26%; летальный исход в 2015 г. – 4.3% , в 2016 г. – 2.5%. Результаты профессиональной реабилитации: всего пострадавших в 2015 г. – 162 чел.; в 2016 г. – 157 чел.; закончивших лечение в 2015 г.– 162 чел., в 2016 г. – 127 чел.; трудоустроены в 2015г. - 129 (80%), в 2016г. - 105 (83%).

Таким образом, благодаря внедрению Программы по медицинской реабилитации в Республике Татарстан и организации преемственной межведомственной реабилитации достигнуты целевые индикаторы по увеличению охвата реабилитационной медицинской помощью и санаторно-курортным лечением, снижению уровня первичного выхода на инвалидность трудоспособного населения, летальности, повышению числа трудоустроенных и качества жизни пациентов, имеющих хроническую патологию.



### Раздел 3. МЕТОДИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ МСЭ И РЕАБИЛИТАЦИИ

УДК: 616-036.865: 615.477.1

#### НУЖДАЕМОСТЬ В СЛОЖНОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОБУВИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ПО ДАННЫМ РАЗРАБОТАННЫХ ИПРА В ФКУ «ГЛАВНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО АЛТАЙСКОМУ КРАЮ» МИНТРУДА РОССИИ

Акопян Т.А., Владимирова И.А., Тимошников И.В., Самарин Б.А.

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

#### NEEDINESS IN COMPLEX ORTHOPAEDIC SHOE DISABLED CHILDREN ACCORDING TO DEVELOPED INRA IN PKU "HEAD OFFICE MEDICAL AND SOCIAL EXAMINATION ON ALTAJSKRMU THE STPS, EDGE" OF RUSSIA

Hakobyan T.A., Vladimirova I.A., Timoshnikova I.V., Samarin B.A.

PKU "head office medical and social examination of the administration of the land" of labor Russia,  
Barnaul

**Аннотация:** в статье представлен анализ нуждаемости детей-инвалидов в сложной ортопедической обуви по данным ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России. Изучена структура инвалидности детей, которым в ИПРА рекомендована ортопедическая обувь, по возрасту, нозологическим формам, степени нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности. Рассмотрены причины высокого удельного веса детей-инвалидов, которым определена нуждаемость в сложной ортопедической обуви, в сравнении с показателями по Российской Федерации и Сибирскому федеральному округу.

**Abstract:** this paper presents an analysis of need of disabled children in the difficult orthopedic shoes according to PKU "GB ITU Altai edge" of labor of Russia. The structure of disability children in INRA recommended orthopedic shoes, by age, Nosological forms, extent of impaired functions of the body and disability. The causes of the high proportion of children with disabilities, which defined means-tested in difficult orthopedic shoes, in comparison with those of the Russian Federation and the Siberian Federal District.

**Ключевые слова:** инвалидность, дети-инвалиды, детский церебральный паралич, реабилитация, технические средства реабилитации, сложная ортопедическая обувь.

**Keywords:** disability, children with disabilities, cerebral palsy, rehabilitation, rehabilitation equipment, complex orthopedic shoes

**Актуальность.** Среди важнейших социальных проблем, стоящих перед государством в настоящее время, одной из основных является проблема реабилитации и социальной защиты детей-инвалидов. В последнее время в нашей стране, как и во всем мире, наблюдается тенденция роста числа детей-инвалидов, за последнее десятилетие эти показатели увеличились почти в два раза [3, 8].

В системе мер, способствующих интеграции инвалидов в семью и общество, важное место занимают технические средства реабилитации (ТСР). В последние годы государство основным направлением своей политики считает их реабилитацию, в том числе с помощью обеспечения инвалидов ТСР [4]. Среди всех возможных ТСР наиболее часто детям-инвалидам рекомендуется сложная ортопедическая обувь. Использование сложной ортопедической обуви у детей является одной из основных составляющих в комплексной реабилитации (абилитации) детей-инвалидов с детским церебральным параличом (ДЦП), способствует формированию

навыков стояния и ходьбы, а также профилактике развития таких ортопедических осложнений, как вывихи бедер, искривления позвоночника, контрактуры суставов.

**Цель:** изучить потребность в сложной ортопедической обуви детей-инвалидов в возрасте от 0 до 18 лет в Алтайском крае и рассмотреть причины высокого удельного веса сложной ортопедической обуви среди всех рекомендуемых технических средств реабилитации, в сравнении с показателями по Российской Федерации и Сибирскому федеральному округу.

**Материалы и методы.** Материалом для исследования явились отчетные формы № 7-Д (собес), протоколы и акты освидетельствования детей, индивидуальные программы реабилитации или абилитации детей-инвалидов. Методы исследования: выкопировка данных, статистический, аналитический. Период исследования: 2016 г., 2017 г., 2018 г. (6 мес.).

**Результаты.** В 2016 г. в Алтайском крае всего было разработано и выдано детям-инвалидам – 5 276 ИПРА, в 2017 г. – 5 575 ИПРА, в 2018 г. (6 мес.) – 2 939 ИПРА.

Удельный вес ИПРА с рекомендациями по обеспечению техническими средствами реабилитации от общего количества выданных программ реабилитации детей-инвалидов в ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России составил в 2016 г. – 35,3%, в 2017 г. – 35,0%, в 2018 г. (6 мес.) – 33,8%. Несмотря на некоторую тенденцию к снижению этот показатель в течение всего анализируемого периода был выше среднего по Сибирскому Федеральному округу (28,5%, 28,5% и 27,9% соответственно) и России (24,2%, 24,1% и 24,4% соответственно).

Проведенный анализ показал, что среди всех рекомендованных технических средств реабилитации (ТСР) детям-инвалидам в ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России стабильно преобладает сложная ортопедическая обувь и этот показатель превышает аналогичные показатели по Российской Федерации и Сибирскому федеральному округу. Так, нуждаемость в сложной ортопедической обуви в Алтайском крае была определена в 2016 г. – 1 124 детям-инвалидам, что составило 60,3% от всех ТСР, в 2017 г. – 1 239 (63,5%), в 2018 г. (6 мес.) – 620 детям-инвалидам (62,5%). При этом, в Российской Федерации ортопедическая обувь детям-инвалидам была рекомендована в 2016 г. – в 52,6%, в 2017 г. – в 51,5%, в 2018 г. (6 мес.) – в 50,2% от всех ТСР, а в СФО в 2016 г. – в 52,5%, в 2017 г. – в 51,8%, в 2018 г. (6 мес.) – в 49,0% от всех ТСР.

Среди детей, которым была рекомендована ортопедическая обувь, первое место занимали дети-инвалиды вследствие болезней нервной системы: в 2016 г. – 895 (79,6%), в 2017 г. – 973 (78,5%), в 2018 г. (6 мес.) – 521 (84,0%). Из них дети с ДЦП составили в 2016 г. – 832 (93,0%), в 2017 г. – 900 (92,5%), в 2018 г. (6 мес.) – 487 (93,5%). Второе место занимали дети-инвалиды с врожденными аномалиями и хромосомными нарушениями: в 2016 г. – 174 (15,5%), в 2017 г. – 198 (16,0%), в 2018 г. (6 мес.) – 76 (12,3%). В сумме эти два класса болезней составили в 2016 г. – 95,1%, в 2017 г. – 94,5%, в 2018 г. (6 мес.) – 96,3%.

Анализ распределения детей, которым рекомендована сложная ортопедическая обувь, по возрасту показал, что в структуре данного контингента (при первичном и повторном освидетельствовании) первое место занимали дети в возрасте 4-7 лет: в 2016 г. – 453 (40,3%), в 2017 г. – 522 (42,1%), в 2018 г. (6 мес.) – 252 (40,6%), второе место – дети в возрасте 0-3 года: в 2016 г. – 416 (37,0%), в 2017 г. – 375 (30,3%), в 2018 г. (6 мес.) – 180 (29,0%), третье место – дети в возрасте 8-14 лет: в 2016 г. – 233 (20,7%), в 2017 г. – 303 (24,5%), в 2018 г. (6 мес.) – 164 (26,5%), четвертое место – дети старше 15 лет: в 2016 г. – 22 (2,0%), в 2017 г. – 39 (3,1%), в 2018 г. (6 мес.) – 24 (3,9%).

По степени нарушения функций у детей преобладали умеренные нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций: в 2016 г. – 500 детей (44,5%), в 2017 г. – 548 детей (44,2%), в 2018 г. (6 мес.) – 266 (42,9%). Выраженные нарушения функций имелись в 2016 г. – у 430 детей (38,3%), в 2017 г. – у 497 детей (40,1%), в 2018 г. (6 мес.) – у 256 (41,3%) детей. Реже отмечались значительно выраженные нарушения статодинамических функций (в 2016 г. – у 194 детей (17,2%), в 2017 г. – у 194 детей (15,7%), в 2018 г. (6 мес.) – у 98 (15,8%) детей. Имеет место тенденция к снижению доли детей-инвалидов с умеренными и увеличению – с выраженными нарушениями статодинамических функций. При значительно выраженных нарушениях статодинамических функций сложная ортопедическая

обувь рекомендовалась гораздо реже, преимущественно детям, у которых имелась опороспособность стоп с целью вертикализации, развития навыков стояния и ходьбы, с учетом высокого реабилитационного потенциала и возможной положительной динамики.

Ограничение жизнедеятельности в категории «способность к самостоятельному передвижению» 1 степени в 2016 г. установлено у 510 детей (45,4%), в 2017 г. – у 550 детей (44,4%), в 2018 г. (6 мес.) – у 270 (43,6%) детей; 2 степени – в 2016 г. у 606 (53,9%) детей, в 2017 г. – у 532 детей (42,9%) детей, в 2018 г. (6 мес.) – у 272 (43,9%) детей; 3 степени – в 2016 г. – у 8 детей (0,7%), в 2017 г. – у 157 детей (12,7%), в 2018 г. (6 мес.) – у 78 (12,5%) детей.

Нами были проанализированы причины высокой доли рекомендаций детям-инвалидам ВИПРА сложной ортопедической обуви. В нозологической структуре как первичной инвалидности, так и при повторном освидетельствовании детей в крае ведущие места занимают врожденные аномалии и хромосомные нарушения – второе ранговое место (в 2016 г. – 19,5%, в 2017 г. – 19,7%, за 6 мес. 2018 г. – 18,3%) и болезни нервной системы – третье ранговое место (в 2016 г. – 16,0%, в 2017 г. – 17,5%, за 6 мес. 2018 г. – 17,1%). Подавляющую долю среди детей, впервые признанных инвалидами вследствие болезней нервной системы, составляют дети с ДЦП. При этом, доля детей с ДЦП среди всех детей-инвалидов вследствие болезней нервной системы превышает Российские показатели и показатели СФО. Так, в крае удельный вес детей с ДЦП среди впервые признанных инвалидами вследствие патологии нервной системы составил в 2016 г. – 69,3% (в РФ – 40,9%, в СФО – 53,1%), среди повторно признанных инвалидами в крае – 83,6% (в РФ – 46,5%, в СФО – 68,2%); в 2017 г. в крае удельный вес детей с ДЦП среди впервые признанных инвалидами вследствие болезней нервной системы составил – 62,1%, при повторном освидетельствовании – 81,5%; за 6 мес. 2018 г. в крае – 64,7% и 75,8% соответственно. И если в целом показатель уровня инвалидности вследствие болезней нервной системы в крае ниже, чем по РФ, то вследствие ДЦП, напротив, в 1,3 раза выше (в крае в 2016 г. – 2,6, в 2017 г. – 2,6, в 2018 г. (6 мес.) – 1,3; в РФ в 2016 г. – 2,0 на 10 000 детского населения соответствующей территории) [5].

Изучение заболеваемости показало, что в Алтайском крае заболеваемость ДЦП одна из самых высоких в РФ. На 01.01.17 г. зарегистрировано 2 135 детей с данным заболеванием, что составляет 4,5 на 1 000 детей (в России распространенность ДЦП составляет 2,2-3,3 на 1 000 детей) и в динамике показатели продолжают увеличиваться. Так, в 2016 г. в крае было зарегистрировано заболеваний ДЦП и другими паралитическими синдромами детей 0-14 лет – 575,06 на 100 000 соотв. населения, в 2015 г. – 535,13; в РФ в 2015 г. – 405,40. Заболеваемость детей 0-14 лет с диагнозом ДЦП и другие паралитические синдромы, установленным впервые в жизни в крае, в 2016 г. составила 59,98 на 100 000 соотв. населения, в 2015 г. – 48,06; в РФ в 2015 г. – 45,40 [6, 7].

Следует отметить, что в 2013 г. в г. Барнауле был открыт Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования (ФЦ ТОЭ). Одним из направлений работы Центра является комплексная реабилитация детей с ДЦП. С этой целью в 2015 г. в ФЦ ТОЭ создан Регистр детей с ДЦП, где формируется долгосрочная персонифицированная программа лечения и реабилитации каждого ребенка, позволяющая вести динамическое наблюдение и оценивать эффективность проводимого лечения. В настоящее время Регистр включает 678 детей от 2 до 18 лет, по уровню моторного развития 62% составляют дети с тяжелыми формами ДЦП (соответствующими GMFCS 3-4-5). Основным патологическим ортопедическим компонентом, характеризующим первоначальную позу пациента с ДЦП является порочное положение стоп, а именно – эквинус. У детей с наиболее часто встречающейся формой ДЦП – спастическая диплегия, патологическая эволюция порочной стопы приобретает плановальгусный, либо эквино-плано-вальгусный характер. Положение стопы, и взаимоотношения в суставах стопы очень важно при формировании в последующем позы пациента. Поэтому коррекция деформации стопы является важным элементом комплексной реабилитации [2].

В соответствии с современными подходами к лечению ДЦП у детей в Алтайском крае с 2013 г. применяется тактика активной хирургической коррекции ортопедических осложнений ДЦП, направленной на устранение контрактур крупных суставов нижних конечностей,

коррекцию позы, устранение деформации стоп для достижения оптимальных двигательных возможностей пациента, его вертикализации, обеспечения опорности стопы и формирования навыков ходьбы. Программа включает многоуровневые высокотехнологичные вмешательства, малоинвазивные методики, ботулинотерапию, ЛФК, физиотерапевтическое лечение. В период с 2013 г. по июнь 2017 г. в ФЦ ТОЭ проведено около 700 операций детям с ДЦП. С 2012 г. количество высокотехнологичных операций при ДЦП в Алтайском крае выросло в 5,6 раз [1]. Обязательным элементом реабилитации таких детей является вертикализация с целью формирования навыков стояния и ходьбы (для этого ребенку нужны различные технические средства реабилитации, в том числе сложная ортопедическая обувь), профилактики дальнейшего развития ортопедических осложнений и необходимости их оперативного лечения.

**Выводы.** Проведенный анализ показал, что среди детей-инвалидов, которым рекомендована сложная ортопедическая обувь, преобладали дети с детским церебральным параличом, дошкольного возраста, с умеренными и выраженными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций и ограничением жизнедеятельности в категории «способность к самостоятельному передвижению» 1 и 2 степени.

Нуждаемость детей-инвалидов в Алтайском крае в сложной ортопедической обуви остается высокой и превышает Российские показатели, что обусловлено высоким уровнем заболеваемости и инвалидности детей вследствие ДЦП, с преобладанием тяжелых форм заболевания, имеющих ортопедические осложнения, в том числе деформации стоп, а также активной хирургической тактикой, что определяет медицинские показания к внесению рекомендаций о нуждаемости в сложной ортопедической обуви в ИПРА. Использование сложной ортопедической обуви в комплексной реабилитации (абилитации) детей-инвалидов способствует формированию навыков стояния и ходьбы, а также является профилактикой дальнейших ортопедических осложнений у детей с ДЦП.

#### **Список литературы:**

1. Григоричева, Л.Г. Доступность специализированной помощи детям с ДЦП на территории с низкой плотностью населения / Л.Г. Григоричева, Н.А. Кореньяк, В.В. Кожевников, А.Н. Поваляхин. – Материалы образовательного семинара с международным участием «Нейромышечные заболевания у детей» 31.08-01.09.2017 г., Барнаул – С. 5-7.
2. Кожевников, В.В. Ортопедохирургическое лечение эквино-плано-вальгусной деформации стоп у детей с ДЦП / В.В. Кожевников, Е.В. Ворончихин, Л.Г. Григоричева / Материалы образовательного семинара с международным участием «Нейромышечные заболевания у детей» 31.08-01.09.2017 г., г. Барнаул. – С. 18-19.
3. Методика проведения медико-социальной экспертизы и формирование заключений о реабилитационных мероприятиях у детей: методическое пособие / под ред. В.Г. Помникова, Г.О. Пениной, О.Н. Владимировой – СПб.: СПБИУВЭЖ Минтруда России, 2015. – 176 с.
4. Методические рекомендации по установлению медицинских показаний и противопоказаний при назначении специалистами медико-социальной экспертизы технических средств реабилитации инвалида и методика их рационального подбора (под ред. О.С. Андреевой). Том первый. Методическое пособие. – М.: 204. – 344 с.
5. Основные показатели первичной инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2016 году (под ред. Л.П. Гришиной). – М.: ФБ МСЭ, 2017. – 238 с.
6. Состояние здоровья населения и деятельность здравоохранения Алтайского края в 2016 году: статистический сборник в 2 частях (под ред. Е.А. Вайгель).– 2017.– Часть 1–154 с.
7. Состояние здоровья населения и деятельность здравоохранения Алтайского края в 2016 году: статистический сборник в 2 частях (под ред. Е.А. Вайгель).–2017. –Часть 2– 443 с.
8. Формирование индивидуальной программы реабилитации у детей-инвалидов: пособие / под ред. О.С. Андреевой. – М.: ФБ МСЭ. – 2005. – 119 с.

**НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ  
ИНВАЛИДОВ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ  
В САНКТ - ПЕТЕРБУРГЕ В 2015-2017 ГОДАХ**

Кароль Е.В.<sup>1,2</sup>, Попова Н.В.<sup>1</sup>, Самсоненко О.О.<sup>1</sup>, Якимова Е.А.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>ГБОУ СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Санкт-Петербург

**SOME INDICATORS OF RECOMMENDATIONS  
ON THE PROVISION OF DISABLED PEOPLE WITH TECHNICAL MEANS  
OF REHABILITATION IN ST. PETERSBURG IN 2015-2017**

Karol E.V.<sup>1,2</sup>, Popova N.V.<sup>1</sup>, Samsonenko O.O.<sup>1</sup>, Yakimova E.A.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>North-Western state medical University n. I.I. Mechnikov

St. Petersburg

**Аннотация.** Анализируются рекомендации по обеспечению техническими средствами реабилитации (ТСР) инвалидам старше 18 лет в индивидуальных программах реабилитации и абилитации (ИПРА) в Санкт-Петербурге (СПб) в 2015-2017 гг.

**Abstract.** The recommendations on providing technical means of rehabilitation (TSD) for disabled persons over 18 years of age in individual programs for rehabilitation and habilitation (IPRA) in St. Petersburg in 2015-2017 are analyzed.

**Ключевые слова:** инвалиды, индивидуальная программа реабилитации и абилитации, технические средства.

**Key words:** disabled people, rehabilitation, individual rehabilitation and abilitation program, technical means.

**Материалы и методы.** Материалом исследования явились данные государственной статистической отчетности (формы 7-собес) о результатах освидетельствования граждан старше 18 лет в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) СПб. Методы: ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез; аналитический, статистический.

**Результаты.** Решение вопросов рекомендации по обеспечению инвалидов ТСР является одним из ведущих направлений деятельности учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ) на современном этапе как высоко востребованное инвалидами. Эти решения принимаются в учреждениях МСЭ путем определения медицинских показаний и противопоказаний, исходя из комплексной оценки ограничений жизнедеятельности, реабилитационного потенциала.

В 2015-2017 гг. в СПб отмечается снижение удельного веса ИПР с рекомендациями по обеспечению ТСР среди всех разработанных ИПРА с 50,4% до 44,9% при снижении абсолютного числа ИПРА с рекомендациями по обеспечению ТСР в 1,3 раза (35649 – 29398 - 26564 соответственно).

К наиболее востребованным видам ТСР относятся: трости опорные (47,2%); обувь ортопедическая сложная (13,4%), подгузники (18,3%), поручни для самоподнимания (15,7%); кресла-коляски с ручным приводом комнатные (9,9%) и прогулочные (9,1%); слуховые аппараты, в т.ч. с ушными вкладышами (8,5%); костыли (7,0%); кресла-стулья с санитарным оснащением (7,0%).

По указанным видам ТСР, а также по следующим ТСР: ходунки, сигнализаторы звука, телевизоры с телетекстом, телефонные устройства с текстовым выходом, - в 2015-2017 гг.

отмечается превышение показателей по сравнению со среднестатистическими в Российской Федерации.

Наиболее вероятные причины указанного превышения следующие:

- высокая доля среди населения СПб лиц пенсионного возраста (26,2%); преобладание пенсионеров в структуре первичной инвалидности (54,5% в 2017 г.);

- преимущественная разработка ИПРА при повторном освидетельствовании (по вопросу определения инвалидности и в целях внесения изменений в ИПР); вследствие чего ранее рекомендованные ТСР вновь вносятся в статистическую отчетность;

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

**Выводы.** В ходе анализа выявлено:

- снижение общего объема рекомендованных инвалидам в ИПРА ТСР в СПб в 2015-2017 гг.;

- преобладание ТСР, компенсирующих нарушения передвижения, самообслуживания, ориентации.

УДК 616-036.86 +349.3

## **ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ САНКТ – ПЕТЕРБУРГА ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В 2015-2017 ГОДАХ**

Кароль Е.В.<sup>1,2</sup>, Кузнецова Ю.И.<sup>1</sup>, Белавина Е.А.<sup>1,2</sup>, Попова Н.В.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>ГБОУ СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Санкт-Петербург

## **MAIN RESULTS OF ACTIVITY OF THE INSTITUTIONS MEDICO-SOCIAL EXPERTISE OF SAINT PETERSBURG FOR REHABILITATION OF THE DISABLED IN THE YEARS 2015-2017**

Karol E.V.<sup>1,2</sup>, Kuznetcova Y.I.<sup>1</sup>, Belavina E.A.<sup>1,2</sup>, Popova N.V.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>North-Western state medical University n. I.I. Mechnikov

St. Petersburg

**Аннотация.** Анализируются основные направления и виды реабилитации, рекомендованные инвалидам старше 18 лет в индивидуальных программах реабилитации и абилитации (ИПРА) в Санкт-Петербурге (СПб) в 2015-2017 гг., и оценка эффективности реализации ИПРА при переосвидетельствовании инвалидов в учреждениях медико-социальной экспертизы.

**Abstract.** The main directions and types of rehabilitation recommended for disabled persons over 18 years of age in individual programs of rehabilitation and ablution in St. Petersburg in 2015-2017, evaluation of the effectiveness of the rehabilitation in the re-examination of the disabled persons are analyzed.

**Ключевые слова:** инвалиды, реабилитация, медицинская реабилитация, профессиональная реабилитация, технические средства.

**Key words:** disabled people, rehabilitation, medical rehabilitation, vocational rehabilitation, technical means.

**Материалы и методы.** Материалом исследования явились данные государственной статистической отчетности (формы 7-собес) о результатах освидетельствования граждан

старше 18 лет в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) СПб. Методы: ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез; аналитический, статистический.

**Результаты.** На протяжении последнего десятилетия вопросы в деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ) одним из приоритетных направлений является разработка индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов (ИПРА) и оценка эффективности реабилитационных мероприятий в ходе реализации ИПРА.

В 2015-2017 гг. в СПб разработано 197944 ИПРА инвалидам старше 18 лет, из них 68,4% при повторном проведении МСЭ. При первичном освидетельствовании наибольшая доля ИПРА приходится на инвалидов III группы (43,3%); при повторном – II группы (45,8%).

Рекомендации по медицинской реабилитации (МР) внесены в ИПРА 99,5% инвалидов; в т.ч. по санаторно-курортному лечению - 59,7%, реконструктивной хирургии – 2,7%.

В целях профессиональной реабилитации (ПР) 61,7% инвалидов было рекомендовано содействие в трудоустройстве, из них в обычных производственных условиях 46,7%; в специально созданных - 46,2%; 37,7% - профессиональная ориентация.

Доля ИПР с рекомендациями по обеспечению ТСП снизилась за 3 года с 50,4% до 44,9%. Преимущественно инвалидам рекомендованы: трости опорные, обувь ортопедическая сложная, абсорбирующие изделия, поручни, кресла-коляски, слуховые аппараты, костыли, кресла-стулья с санитарным оснащением.

Эффективность реализации ИПРА оценивалась специалистами бюро МСЭ при переосвидетельствовании инвалидов. Мероприятия медицинской реабилитации были выполнены в течение 3 лет в 78,7% случаев; в 29% случаев - мероприятия профессиональной реабилитации. 80% инвалидов были обеспечены необходимыми ТСП.

Положительные результаты реабилитации или абилитации достигнуты в 49,0% случаев. В том числе, достигнута частичная компенсация утраченных функций - 35,6%; частично восстановлены нарушенные функции – 34,6%; достигнута производственная адаптация – 7,2%; созданы необходимые условия для трудовой деятельности инвалида – 2,6%; подобрано подходящее рабочее место – 2,4%.

**Выводы.** Приоритетными направлениями реабилитации инвалидов в СПб в 2015-2017 гг. являются МР, ПР, обеспечение ТСП. Наиболее высокая эффективность реализации ИПРА достигнута по МР и обеспечению ТСП, что преимущественно связано с высокой мотивацией инвалидов в реализации этих видов реабилитации.

УДК 614.1

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

Вальчук Э.Э.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

## **EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF PRIMARY DISABILITY WITH MALIGNANT NEOPLASMS OF THE MAMMARY GLAND AT FEMALE POPULATION OF THE REPUBLIC OF BELARUS**

ValchukE.E.

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

**Аннотация.** Изучение эпидемиологических особенностей первичной инвалидности при злокачественных новообразованиях молочной железы выявило, что произошел рост показателя тяжелой ПИ (совокупность случаев 1-й и 2-й группы) на 17,65% за счет роста ПИ 1-й группы (рост в 1,3 раза). Наиболее высокие уровни ПИ регистрировались в группах женского населения 40-79 лет. Данная направленность изменений обусловлена постарением населения и результативностью проводимых диагностических, лечебно-профилактических и диспансерных мероприятий, включая эффективную реабилитацию.

**Abstract.** The study of the epidemiological features of primary disability at malignant neoplasms of mammary gland revealed that the index of severe primary disability (a combination of cases of the 1-st and 2-nd group) increased by 17.65% due to the growth of the primary disability of the 1st group (a 1.3-fold increase). The highest levels of primary disability were recorded in the female population of 40-79 years. This direction of changes is caused by the aging of the population and the effectiveness of the diagnostic, therapeutic and preventive and dispensary interventions, including effective rehabilitation.

**Ключевые слова:** первичная инвалидность, новообразования молочной железы.

**Keywords:** primary disability, neoplasms of the mammary gland.

Целью исследования явилось изучение эпидемиологических особенностей первичной инвалидности (ПИ) при злокачественных новообразованиях молочной железы у женского населения Республики Беларусь (18 лет и старше) за период 2002-2016 годы и сопряженных медико-демографических индексов.

За анализируемый период времени первично признано инвалидами по данной причине 17595 женщин. Показатель ПИ женского населения в возрасте 18 лет и старше колебался в диапазоне от  $2,42 \pm 0,08^{0/000}$  (2008) до  $3,10 \pm 0,09^{0/000}$  (2015) без существенной динамики.

Наиболее высокие уровни ПИ регистрировались в группах женского населения 40-79 лет, при этом было отмечено достоверное снижение уровней ПИ в возрастных группах 40-44, 45-49 и 50-54 года. В то же время в старших возрастных группах (60-64 года и более) регистрировался существенный рост ПИ по данной причине (в 1,3-2,7 раза,  $p < 0,05$ ).

Жительницы городов достоверно чаще первично признавались инвалидами по изучаемой причине на протяжении всего периода наблюдения. Максимальная степень превышения (в 1,5 раза и более) регистрировалась в 2003-2005 годах и в 2016 г., а минимальная степень различий (превышение в 1,12 раза) – в 2014 г.

Анализ динамики тяжести ПИ женского населения при раке молочной железы показал, что за период наблюдения произошел рост показателя тяжелой ПИ (совокупность случаев 1-й и 2-й группы) на 17,65% за счет роста ПИ 1-й группы (рост в 1,3 раза). Показатель тяжелой инвалидности 1-й группы за указанный период снизился на 13,20%. При этом уровень ПИ 3-й группы уменьшился в 1,3 раза.

Таким образом, динамика показателей ПИ за изучаемый период характеризовалась тенденцией к снижению показателя в группах женского населения в возрасте от 40 до 54 лет и одновременным ростом в старших возрастных группах (60 лет и старше), замедлением темпов прироста ПИ у женского городского населения и ростом показателя в популяции женщин, проживающих в сельской местности. Данная направленность изменений обусловлена постарением населения и результативностью проводимых диагностических, лечебно-профилактических и диспансерных мероприятий, включая эффективную реабилитацию.



**КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭКСПЕРТНО ЗНАЧИМЫХ  
ДОМЕНОВ МКФ У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ УХА  
И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА**

Горяйнов И.В.<sup>1</sup>, Владимирова О.Н.<sup>2,3</sup>, Шабанова О.А.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>ФКУ «ГБ МСЭ по Санкт-Петербургу» Минтруда России, филиал-бюро №46

<sup>2</sup>ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им Г.А. Альбрехта»  
Минтруда России

<sup>3</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного  
профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования  
врачей-экспертов» Минтруда России

**CLINICAL AND STATISTICAL ANALYSIS OF EXPERTLY SIGNIFICANT ICF  
DOMAINS IN CHILDREN WITH DISABILITIES AFTER EAR DISEASES AND  
MASTOID PROCESS**

Goryainov I.V.<sup>1</sup>, Vladimirova O.N.<sup>2,3</sup>, Shabanova O.A.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Federal State Institution "Main Bureau of Medical-Social Examination in St. Petersburg",  
branch office N. 46 Ministry of Labour and Social protection of the Russian Federation

<sup>2</sup>Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the  
Disabled n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian  
Federation

<sup>3</sup> The Federal State Budgetary Institution «Saint-Petersburg Postgraduate Institute of  
Medical Experts» of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

**Аннотация:** Нами была проведена углубленная диагностика экспертно значимых  
доменов ограничений жизнедеятельности (общение, способность к обучению, способность к  
ориентации) у детей-инвалидов вследствие болезней уха и сосцевидного отростка.  
Проведенное исследование, позволяет сформировать современные подходы к экспертно-  
реабилитационной диагностике ограничений жизнедеятельности у детей-инвалидов  
вследствие болезней уха и сосцевидного отростка с учетом положений МКФ.

**Abstract:** We carried out in-depth diagnostics of expert domains of vital activity limitations  
(communication, ability to learn, ability to Orient) in children with disabilities due to diseases of the  
ear and mastoid process. The study allows to form modern approaches to the expert-rehabilitation  
diagnosis of life restrictions in children with disabilities due to diseases of the ear and mastoid  
process, taking into account the provisions of the ICF.

**Ключевые слова:** дети-инвалиды, патология слуха, МКФ, ограничения  
жизнедеятельности

**Key words:** disabled children, hearing pathology, ICF, disability

Нами была проведена экспертно-реабилитационная диагностика ОЖД у 611 детей-  
инвалидов вследствие болезней уха и сосцевидного отростка, освидетельствованных в ФКУ  
«Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» - бюро МСЭ  
педиатрического профиля за 2015-2016 гг.

Зарегистрировано, что наиболее экспертно значимыми для оценки ОЖД по общению  
у детей с болезнями уха и сосцевидного отростка являются: разговор с множеством людей  
(85,58 из 100 человек), речь (83,72 из 100 человек), восприятие устных сообщений (80,93 из  
100 человек), распознавание речи (80,00 из 100 человек), поддержание разговора (74,89 из  
100 человек).

Для оценки ограничения способности к обучению экспертно значимыми являются:  
целенаправленное использование слуха (у 95,81 из 100 человек), приобретение практических  
навыков (у 52,09 из 100 человек), усвоение навыков чтения (у 46,98 из 100 человек).

Экспертно значимыми для оценки ограничения способности к ориентации являются: локализация источника звука (у 64,18 на 100 человек) и неформальное общение (у 60,47 на 100 человек).

Все перечисленные факторы предложены для алгоритмизации методов диагностики ОЖД у детей с болезнями уха и сосцевидного отростка.

Выявлены наиболее значимые домены МКФ, важные для оценки инвалидности и разработки ИПРА ребенка-инвалида вследствие болезней уха и сосцевидного отростка:

- по оценке ограничения способности к общению: речь (d330), восприятие устных сообщений (d310), распознавание речи (d2304), поддержание разговора (d3501), разговор с множеством людей (d3504);

- по оценке ограничения способности к обучению: целенаправленное использование слуха (d115), приобретение практических навыков (d155), усвоение навыков чтения (d140);

- по оценке ограничения способности к ориентации: локализация источника звука (b2302), неформальное общение (d9405).

Клинико-статистический анализ экспертно значимых доменов МКФ у детей-инвалидов вследствие болезней уха и сосцевидного отростка позволил сформировать современные подходы к экспертно-реабилитационной диагностике ограничений жизнедеятельности с учетом положений МКФ.

#### **Список литературы:**

1. Дымочка М.А. Методологические основы определений, классификации и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы с учетом требований Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) // Методическое пособие. - Москва, 2009г. - 21 с.

2. Пузин С.Н., Меметов С.С., Шургая М.А., Балека Л.Ю., Кузнецова Е.А., Мутева Т.А. Аспекты реабилитации и абилитации инвалидов на современном этапе // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2016, т. 19, No1, с. 4-7.

3. Севастьянов М.А., Коробов М.В., Владимирова О.Н., Балобина Э.В., Божков И.А. Возможности применения положений международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при определении показаний к назначению технических средств реабилитации // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии, 2013, No 4, с. 72-76.

4. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 01.06.2017) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»

УДК 616.28-008.1:534.773.1]:331.582.2

## **РАЗРАБОТКА ПОДХОДОВ К ФОРМИРОВАНИЮ ПЕРЕЧЕНЯ ПРОФЕССИЙ ДЛЯ РАЦИОНАЛЬНОГО ТРУДОУСТРОЙСТВА ЛИЦ С АКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИЕЙ СЛУХА ПОСРЕДСТВОМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Козлова С.В.

Республиканский научно-практический центр оториноларингологии, Минск, Беларусь  
**DEVELOPMENT OF APPROACHES TO FORMING THE LIST OF PROFESSIONS FOR THE RATIONAL EMPLOYMENT OF PERSONS WITH ACOUSTIC CORRECTION OF HEARING BY MEANS OF THE USE OF MODERN TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION**

Kozłowa S.W.

Republican Scientific and Practical Centre of Otorhinolaryngology, Minsk, Belarus

**Ключевые слова:** Пациенты с нарушениями слуха, акустические средства коррекции слуха, рациональное трудоустройство, безопасные условия труда, общегосударственный классификатор занятий, предельно допустимый уровень шума.

**Keywords:** Patients with hearing impairment, acoustic means of hearing correction, rational employment, safe working conditions, national classifier of occupations, maximum permissible noise level.

**Аннотация.** В работе изложены подходы к формированию перечня профессий для рационального трудоустройства лиц с акустической коррекцией слуха посредством использования современных технических средств реабилитации. Разработанный перечень профессий каждого вида занятий распределен на 4 группы с учетом: оценки достигнутого процента разборчивости речи при использовании акустического средства коррекции слуховых нарушений; продолжительности участия слуховой функции в процессе труда; времени воздействия в профессиональной деятельности производственного шума, превышающего его предельно допустимый уровень (ПДУ).

**Abstract.** The article contains approaches to the formation of the list of professions for rational employment of persons with acoustic correction of hearing through the use of modern technical means of rehabilitation. The developed list of professions of each occupation is divided into 4 groups, taking into account: an assessment of the achieved percentage of speech intelligibility using an acoustic means of correcting auditory disorders; the duration of the participation of the auditory function in the labor process; The time of exposure in professional activity of industrial noise exceeding its maximum permissible level.

#### **Введение.**

В последние десятилетия достигнуты определенные успехи в акустической коррекции различной степени выраженности слуховых нарушений посредством использования современных технических средств реабилитации (слуховые аппараты, системы имплантации среднего уха, системы имплантации костной проводимости, кохлеарные импланты).

Применение современных технических средств реабилитации для коррекции тугоухости позволяет получить социально-адекватный слух и минимизировать ограничения в способности к общению и ориентации у лиц со слуховыми нарушениями. Однако производственная среда может оказаться барьером в привычной профессиональной деятельности этой категории лиц, что приводит к потере их профессии, а следовательно, и снижению социально-экономического положения.

Решение о возможности использования труда индивида с акустической коррекцией слуха в профессии на конкретном рабочем месте принимается на основе комплексной гигиенической оценки условий труда, а также с учетом рекомендуемых требований к условиям труда.

Отсутствие в настоящее время в Республике Беларусь перечня профессий для рационального трудоустройства лиц, использующих для коррекции имеющихся у них слуховых нарушений современные технические средства реабилитации, приводит к возникновению проблем в формировании трудовых рекомендаций для этой категории лиц.

#### **Цель исследования.**

Разработать подходы к формированию перечня профессий для рационального трудоустройства лиц с акустической коррекцией слуха посредством использования современных технических средств реабилитации.

#### **Материалы и методы.**

Проведено профессиографирование 303 профессий 9 групп занятий, которые представлены квалификационными характеристиками должностей служащих и тарифно-квалификационными характеристиками профессий рабочих в Общегосударственном классификаторе занятий, утвержденным постановлением Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь №33 от 24 июля 2017 г. [1].

Предельно допустимый уровень звука постоянного шума, а также выбор профессий основан на данных предельно допустимого уровня звука постоянного шума, а также эквивалентного уровня звука непостоянного шума (не более 65 дБА) для основных наиболее типичных видов трудовой деятельности и рабочих мест в зависимости от условий тяжести и напряженности труда [2].

### **Результаты.**

Для рационального трудоустройства лиц с нарушениями слуха предложено распределить профессии каждого вида занятий на 4 группы с учетом:

- оценки достигнутого процента разборчивости речи при использовании акустического средства коррекции слуховых нарушений методом речевой аудиометрии в свободном звуковом поле в тишине при входном сигнале 65 дБ УЗД и при SNR +6 дБ УЗД;
- продолжительности участия слуховой функции в процессе труда;
- времени воздействия в профессиональной деятельности производственного шума, превышающего его предельно допустимый уровень (ПДУ).

Первая группа профессий рекомендуется для трудоустройства лиц, у которых достигнута разборчивость речи при коррекции слуховых нарушений техническим средством реабилитации менее 70%, с продолжительностью участия слуховой функции в процессе труда до 25% рабочего времени и воздействия производственного шума ниже ПДУ.

Вторая группа профессий рекомендуется для трудоустройства лиц с разборчивостью речи 70 % и более при использовании акустических средств коррекции слуха и продолжительностью участия слуховой функции в процессе труда 25% и более рабочего времени и воздействия производственного шума ниже ПДУ.

Третья группа профессий рекомендуется для трудоустройства лиц, у которых достигнута разборчивость речи при коррекции слуховых нарушений техническим средством реабилитации менее 70%, с продолжительностью участия слуховой функции в процессе труда до 25% рабочего времени и длительностью воздействия производственного шума выше ПДУ до 10% рабочего времени.

Четвертая группа профессий рекомендуется для трудоустройства лиц с разборчивостью речи 70 % и более при использовании акустических средств коррекции слуха и продолжительностью участия слуховой функции в процессе труда 25% и более рабочего времени и длительностью воздействия производственного шума выше ПДУ до 10% рабочего времени.

Время воздействия производственного шума более 10 % в течение рабочей смены лиц, использующих современные технические средства реабилитации для коррекции тугоухости, приведет к прогрессированию имеющихся у них нарушений слуха. Кратковременное или неоднократное влияние на работника производственного шума (до 10% рабочего времени) требует подкрепления слухозрительного контроля для улучшения разборчивости речи, а при более интенсивных уровнях шума – выключение акустического средства коррекции слуха.

Для первой группы предложено 102 должностей служащих и профессий рабочих, для второй – 184, для третьей – 8, для четвертой – 9.

### **Заключение.**

Разработанные подходы к формированию перечня профессий для лиц с нарушениями слуха с применением акустических средств для их коррекции позволит сформировать трудовые рекомендации и определить допуск к безопасным видам деятельности и условиям труда с целью сохранения имеющейся способности слышать и предотвращения прогрессирования слуховых нарушений.

### **Список литературы:**

1. Общегосударственный классификатор Республики Беларусь. Занятия: ОКРБ 014-2017. – Введ. постановлением Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 24 июля 2017 г. № 33 с 01.01.2018 (с отменой ОКРБ 014-2007, ОКРБ 006-2009). –

Минск: «Научно-исследовательский институт труда Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь». – 678 с.

2. Шум на рабочих местах, в транспортных средствах, в помещениях жилых, общественных зданий и на территории жилой застройки: санитарные нормы, правила и гигиенические нормативы. – Утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.11.2011 № 115. – 19 с.

3. Колосов, Ю.В. Защита от вибраций и шума на производстве: учеб. пособие / Ю.В. Колосов, В.В. Барановский. – СПб.: СПбГУ ИТМО, 2011. – 38 с.

4. Перечень профессий для рационального трудоустройства и профессиональной подготовки лиц с нарушенным слухом: инструкция по применению №10-0101: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 27.06.2002 / Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» Л.Н. Горустович, Н.А. Надеина, Л.А. Овсянникова. – Минск, 2002. – 40 с.

5. Факторы производственной среды, показатели тяжести и напряженности трудового процесса, формирующие безопасные и доступные условия труда для инвалидов с различной степенью нарушения слуха и обеспечивающие их профессиональную трудоспособность и трудовое устройство: инструкция по применению № 150-1211: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 16.01.2012 / ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», ГУ «Республиканский научно-практический центр Т.М. Лещинская, Г.Е. Косяченко, Л.Н. Горустович, А.В. Гиндюк, Л.А. Овсянникова, Ю.А. Волынчик, С.А. Пашковский, И.П. Семенов, И.В. Суворова, А.В. Ракевич, А.М. Шишко, Э.К. Казей, Г.И. Тишкевич, А.И. Бабичевская. – Минск, 2012. – 25 с.

УДК 614.2+364

### **КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ОДНОВРЕМЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ И СЛУХА (НА ПРИМЕРЕ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ)**

Смагина Т. Н., Кульбаева Г.С., Алексеева Л. Н., Гамова О.А.  
*ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России*

### **COMPUTER TECHNOLOGIES FOR THE REHABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES WITH SIMULTANEOUS VISUAL AND HEARING IMPAIRMENT (ON THE EXAMPLE OF THE ORENBURG REGION)**

Smagina T. N., Kulbaeva G. S., Alekseeva L.N., Gamova O.A.  
*FKU "GB MSE across the Orenburg region" the Ministry's Russia*

**Аннотация.** Освящены сложности коммуникации слепоглухих в обществе и способы их преодоления. Сделан акцент на современных тифлосредствах, способствующих максимальной интеграции таких инвалидов в общество. Отражены условия их бесплатного получения через региональное Министерство социального развития населения и, начиная с 01.01.2018 г., за счет средств федерального бюджета. Отмечено, что получение возможности использовать брайлевский дисплей с программным обеспечением экранного доступа значимая веха в реабилитации инвалидов с одновременным нарушением зрения и слуха.

**Abstract:** Difficulties of communication of deaf-blind in society and ways of their overcoming are consecrated. The emphasis is placed on modern refloresta that promote maximum integration of disabled people into society. The conditions of their free receipt through the regional Ministry of social development of the population and, since January 2018, at the expense of the Federal budget are reflected. It is noted that the possibility to use the Braille display with screen access software is a significant milestone in the rehabilitation of disabled people with simultaneous visual and hearing impairment.

**Ключевые слова:**

Слепоглухие, инвалиды, азбука Брайля, тифлосредства, реабилитация.

**Keyword:** Deaf-blind people, people with disabilities, Braille, refloresta, rehabilitation.

С потерей зрения человек теряет 80% получаемой информации [7]. Он может быть здоров физически, но при этом лишен основных каналов коммуникации. Незрячие люди в качестве основного инструмента доступа к информации используют азбуку Брайля – систему письменности, позволяющей им при помощи тактильной чувствительности пальцев распознавать буквы и символы, быть грамотными и независимыми. Системой Брайля можно воспроизвести любой алфавит, цифры, математические знаки, музыкальные ноты, сложные схемы и графики.

Напечатанные по Брайлю книги гораздо больше и тяжелее обычных книг. Одна книга или учебник по Брайлю занимает несколько увесистых томов. Например, «Война и мир» Льва Толстого – это 29 книг по Брайлю [2]. Поэтому персональный компьютер, Интернет для слабовидящих - не привилегия, а жизненная необходимость. Интернет открывает неограниченный доступ к морю информации, к возможности общения с людьми, даже находившимися далеко за пределами России.

Особенно важен выход в Интернет для пользователей с одновременным нарушением зрения и слуха. Но им для восприятия информации необходимо более сложное, универсальное устройство из разряда «компьютерное оборудование для инвалидов» с эргономичной клавиатурой «брайлевский дисплей». Для работы с брайлевским дисплеем дополнительно необходима программа экранного доступа, способная взаимодействовать с дисплеем. Как самостоятельное устройство, без программы экранного доступа, брайлевский дисплей совершенно бесполезен.

На сегодняшний день возможности брайлевского дисплея значительные. Он позволяет с помощью системы Брайля искать информацию, получать знания в разных областях, читать книжные издания, общаться в социальных сетях с друзьями, беседовать «здесь и сейчас» - в режиме реального времени, работать.

Текст в компьютер вводится при помощи клавиатуры с рельефными клавишами, а ответ принимается на дисплей, представляющий собой узкую панель, на которой находятся брайлеровские ячейки. Дисплей преобразует текст в импульсные электрические сигналы, которые выталкивают ячейки. Незрячий человек, проводя пальцем по всем ячейкам, ощущает выдвинутые стержни как точки и читает слова.

Распечатать текст можно с помощью брайлевского принтера.

Сегодня также существуют портативные компьютеры с встроенными дисплеями Брайля. Благодаря небольшому размеру, его можно брать с собой на учёбу и использовать как самостоятельное мобильное рабочее место.

Только брайлевский дисплей обеспечивает слепоглухому удобное редактирование текста и удобную на нем работу.

Однако в настоящее время из-за дороговизны компьютерные тифлосредства зачастую не доступны не только лично для такого инвалида, но и для той организации, в которой он хотел бы и мог бы работать (цены начинаются от 95 тыс. руб. за единицу) [8].

Кроме стоимости есть проблемы в сложности их освоения и в сервисном обслуживании.

Оренбургская областная организация ВОС объединяет более двух тысяч инвалидов по зрению [3].

Около трехсот слепых и слабовидящих детей-инвалидов обучаются в 2 школах-интернатах области. Наряду с общеобразовательными дисциплинами, дети обучаются азбуке Брайля и владению шрифтом [3]. А взрослым инвалидам по зрению Правительство Оренбургской области оказывает материальную помощь в обучении современным реабилитационным технологиям в реабилитационных центрах Всероссийского общества слепых г. Волоколамске (Московская область), в г. Бийске (Алтайский край) и г. Железногорске (Курская область) и приобретает им тифлосредства. Законодательно это

закреплено постановлением Правительства области от 10.07.2013 № 594-п(с изменениями на 31 января 2018 года) «О дополнительных мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан, проживающих на территории Оренбургской области» [5].

Согласно постановлению основанием для рассмотрения вопроса об оказании мат. помощи на обучение в реабилитационных центрах ВОС является ходатайство региональной организации общества слепых. Ее размер устанавливается в зависимости от стоимости проезда, но не более 8 тыс. руб. инвалиду по зрению, 16 тыс. руб. - инвалиду 1 группы по зрению с сопровождающим лицом.

Для возможности самостоятельного развития использования информационных технологий в реабилитации инвалидов по зрению областная организация ВОС (при поддержке Минсоцразвития области) разработала проекты для участия в соответствующих областных и федеральных конкурсах некоммерческих организаций. Полученные гранты сначала дали возможность открыть компьютерные классы в двух крупных городах – в областном административном центре – г. Оренбурге и в крупном городе Восточной зоны области Орске. На сегодняшний день в области уже в 10 отделениях регионального ВОС обучаются чтению и письму по системе Брайля [3].

Обычно по завершению обучения выдается соответствующее удостоверение.

Также с поддержкой Правительства области инвалидам по зрению первой группы, владеющих шрифтом Брайля, можно приобрести грифель и бумагу для письма по системе Брайля со сроком использования 1 год, прибор для письма по системе Брайля с заменой через 5 лет. Инвалидам первой группы по зрению в возрасте от 18 до 45 лет, занимающийся учебной, научной, творческой деятельностью, владеющим шрифтом Брайля и не имеющим нарушения функции слуха 4 степени, выдается в бессрочное пользование Брайлевский дисплей. Им же с заменой через 7 лет выдается цифровой диктофон [5].

Для обеспечения тифлосредством при наличии показаний инвалид должен обратиться в лечебное учреждение за направлением на медико-социальную экспертизу (МСЭ). Бюро МСЭ после проведения реабилитационно-экспертной диагностики, подтверждения нуждаемости в данном виде тифлосредства и наличия удостоверения о владении шрифтом Брайля (до 18 лет наличие характеристики с места учебы, в которой отражена степень владения шрифтом), делает соответствующую отметку в индивидуальной программе реабилитации и назначает ответственного за его исполнение в лице регионального Минсоцразвития.

Но для обеспечения инвалида Брайлевским дисплеем через областной бюджет необходимо учесть некоторое условие.

В связи с их высокой стоимостью помимо определения ВИПРА нуждаемости в них и наличия удостоверения (характеристики) о владении шрифтом Брайля, они выдаются только тем оренбуржцам, которых отличает активная жизненная позиция, активное участие в общественной деятельности инвалидов и в проводимых ими реабилитационных, социокультурных мероприятиях. И которым компьютерная приставка действительно необходима для работы, продолжения образования и достижения своих планов.

Региональное Минсоцразвитие производит обеспечение тифлосредствами, в т.ч. брайлевскими дисплеями, в порядке очередности. Закупка ведется в рамках государственной программы «Доступная среда».

За последние пять лет в Оренбургской области брайлевский дисплей получили 11 инвалидов. Все они занимаются учебной, научной или творческой деятельностью [1].

Досрочная замена тифлосредства по причине значительного износа или повреждения проводится на основании заключения государственного бюджетного учреждения социального обслуживания Оренбургской области «Реабилитационно-технический центр».

До 01.01.2018 г. исполнитель был один – областное Министерство социального развития населения. В январе 2018 г. вступили в силу изменения в нормативных федеральных документах, позволившие расширить возможности коммуникации слепоглохих людей [4].

В соответствии с изменениями законодательства с 01.01.2018 г. инвалиды с одновременным нарушением зрения и слуха на основании рекомендации в ИПРА теперь могут быть обеспечены брайлевским дисплеем и программным обеспечением экранного доступа за счет средств федерального бюджета. Медицинскими показаниями является полная слепоглухота или значительное нарушение зрения в сочетании с умеренными нарушениями слуха (III, IV степень) или глухотой [6]. Как и в случае обеспечения брайлевским дисплеем через областной бюджет, инвалид должен иметь сформированные (формирующиеся) навыки владения шрифтом Брайля в процессе работы за компьютером, владеть руками, не иметь нарушений статики, координации движений и в состоянии критической ситуации осознанно оценивать себя и использование это технически сложное средство реабилитации [6].

Срок пользования Брайлевского дисплея до замены, выданного за счет федерального бюджета, – 7 лет, для программного обеспечения – бессрочно.

В состоянии на первое полугодие 2018 г. в соответствие с показаниями врачами-экспертами главного бюро МСЭ по Оренбургской области была разработана одна ИПРА с рекомендацией обеспечения брайлевского дисплея и программного обеспечения экранного доступа. По сведениям региональной организации ВОС на 06.08.2018 г. в ближайшее время на МСЭ должны придти еще 6 слепоглухих инвалидов. В настоящее время всем им медицинские учреждения активно оформляют направительные документы.

Получив возможность обеспечения высокотехнологичным оборудованием, можно с определенной уверенностью сказать, что взят еще один значимый рубеж повышения уровня социальной интеграции слепоглухих инвалидов.

### **Список литературы**

1. В Оренбуржье слепому ученому подарили брайлевский дисплей, 30.05.2017. Электронный ресурс: <http://ria56.ru/posts/34986938479387458.htm>.
2. Классическое произведение русской литературы по Брайлю. Война и мир, Лев Толстой. (4 тома в 29 книгах). Электронный ресурс: [livelib.ru>book/1001224751-vojna-i-mir...29-knigah...](http://livelib.ru/book/1001224751-vojna-i-mir...29-knigah...) Дата обращения – 06.08.2018.
3. Оренбургская областная организация Общероссийской общественной организации «Всероссийское ордена трудового Красного Знамени Общество Слепых». Электронный ресурс: [orenvos.ru](http://orenvos.ru). Дата обращения – 06.08.2018.
4. Постановлением Правительства РФ от 18.11.2017 №1398 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ», дополнение к распоряжению правительства РФ от 30.12.2005 №2347-р (ред. от 18.11.2017).
5. Постановление Правительства Оренбургской области «О дополнительных мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан, проживающих на территории Оренбургской области» от 10.07.2013 № 594-п(с изменениями на 31 января 2018 года). Электронный ресурс: [docs.cntd.ru>document/460156944](http://docs.cntd.ru/document/460156944). Дата обращения – 06.08.2018.
6. Приказ Минтруда России от 28.12.2017 г. № 888н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации.
7. Социальная реабилитация инвалидов с нарушениями зрения. Курсовая работа. Электронный ресурс: [soc.bobrodobro.ru/25187](http://soc.bobrodobro.ru/25187). Дата обращения – 06.08.2018.
8. Тактильные дисплеи Брайля. Электронный ресурс: [dostupsreda.ru/дисплей-брайля](http://dostupsreda.ru/дисплей-брайля)) [http://dostupsreda.ru/store/dlya\\_invalidov\\_po\\_zreniyu/taktilnye\\_displei\\_braylya/?yclid=4492787523976175718](http://dostupsreda.ru/store/dlya_invalidov_po_zreniyu/taktilnye_displei_braylya/?yclid=4492787523976175718). Дата обращения – 06.08.2018.



## РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Копыток А.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

## THE RESULTS OF THE IMPLEMENTATION OF INDIVIDUAL REHABILITATION PROGRAMS OF YOUNG DISABLED PEOPLE

Kapytok A.V.

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

### **Аннотация.**

Проанализированы результаты выполнения индивидуальных программ реабилитации инвалидов молодого возраста. Анализ показывал, что программы медицинской реабилитации была реализована в 82,5% случаев, программы профессиональной реабилитации и реабилитации - в 63,3% случаев, программы социальной реабилитации - в 75,3% случаев. Мероприятия по обеспечению техническими средствами реабилитации был реализованы в 87,3% случаях от числа нуждающихся.

### **Abstract.**

The results of the implementation of individual rehabilitation programs of young disabled people are analyzed. The analysis showed that the program of medical rehabilitation was implemented in 82.5% of cases, the programs of professional rehabilitation and rehabilitation - in 63.3% of cases, the programs of social rehabilitation - in 75.3% of cases. Measures to provide technical means of rehabilitation have been implemented in 87.3% of cases of number of the needy.

**Ключевые слова:** инвалид, индивидуальная программа реабилитации, медицинская реабилитация, профессиональная и трудовая реабилитация, социальная реабилитация.

**Keywords:** disabled person, individual rehabilitation program, medical rehabilitation, professional and occupational rehabilitation, social rehabilitation.

Реабилитация инвалидов, в т.ч. и инвалидов молодого возраста в Республике Беларусь осуществляется, в соответствии с законодательством, на основании индивидуальных программ реабилитации инвалидов (ИПР), выдаваемых медико-реабилитационными экспертными комиссиями. ИПР инвалида состоит из трех разделов: программа медицинской реабилитации; программа профессиональной и трудовой реабилитации; программа социальной реабилитации.

Проведен анализ выполнения индивидуальной программы реабилитации у 800 инвалидов молодого возраста. Из них впервые признанные инвалидами составляли 292 чел. (36,5%), повторно признанные – 508 чел. (63,5%).

Рекомендации по дальнейшему продолжению медицинской реабилитации (МР) получили 625 инвалида (78,1%). Программы профессиональной и трудовой реабилитации (ПР и ТР) были составлены 446 чел. (55,6%), социальной реабилитации (СР) – 409 чел. (51,2%).

Анализ реализации рекомендованных мероприятий в ИПР у 625 инвалидов молодого возраста показал, что программа МР была выполнена у 82,5% случаях от числа составленных программ МР, мероприятия ПР и ТР – в 63,3% числа составленных программ ПР и ТР, мероприятия СР – в 75,3% от числа составленных программ СР. Мероприятия по обеспечению техническими средствами реабилитации был реализованы в 87,3% случаях от числа нуждающихся.

Анализ причин невыполнения ИПР показал, что в 64,2% случаев основной причиной стал немотивированный отказ инвалида от ее реализации, в 29,4% – отказ исполнителя по разным причинам (в 6,2% – отсутствие или недостаточные мощности реабилитационных учреждений, отсутствие необходимой нормативной базы по реабилитации, 13,2% – отсутствие возможности у работодателя создавать специальные рабочие места, отсутствие вакансий на рынке труда, отсутствие средств на приобретение технических средств реабилитации), в 6,4% – другие причины (из-за болезни других членов семьи; отдаленности учреждений и организаций, оказывающих реабилитационную помощь; низкой информированность инвалида о порядке реализации ИПР).

Таким образом, основной проблемой в реализации ИПР инвалидов молодого возраста является профессиональная и трудовая реабилитация. При этом, успешность результатов реабилитации зависит как от компетентной разработки ИПР в медико-реабилитационной экспертной комиссии, так и от скоординированного и тесного взаимодействия организаций и учреждений разной ведомственной принадлежности, осуществляющих комплекс реабилитационных мероприятий.

УДК 614.2+364

**РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДА ВСЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ СЛУХА  
ЧЕРЕЗ УСЛУГИ СУРДОПЕРЕВОДА (ТИФЛОСУРДОПЕРЕВОДА) (НА  
ПРИМЕРЕ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ)**

Смагина Т. Н., Деревянко А. В., Бертольд А. М., Зоммер Л. Г.  
*ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России, г. Оренбург*

**REHABILITATION OF A DISABLED PERSON DUE TO HEARING  
IMPAIRMENT THROUGH THE SERVICES OF SIGN LANGUAGE (TEPLOSETEVAYA)  
(ON THE EXAMPLE OF ORENBURG REGION)**

Smagina T. N., Derevyanko A. V., Bertholt A. M., Sommer L.G.  
*FKU "GB MSE across the Orenburg region" the Ministry of labor of Russia, Orenburg*

**Аннотация:**

Освещена правовая база, способствующая интеграции инвалидов вследствие нарушения слуха в общество как через освоение ими жестового языка, так и через их контакт с сурдопереводчиком (тифлосурдопереводчиком), а также через расширение сети социальных служб, в состав которых должны входить специалисты, владеющие разговорным жестовым языком.

Отражены основания для назначения такому инвалиду бюро МСЭ услуг сурдоперевода (тифлосурдоперевода) и этапы ее реализации. Отмечен действенный контроль главного бюро истинности доказательной базы в определении степени нарушения слуха. Сделан акцент на необходимость изменения отношения не только общества к слабослышащим (глухим) инвалидам, но инвалидов к самим себе.

**Abstract:** The legal framework that promotes the integration of persons with disabilities due to hearing impairment in society both through the development of sign language, and through their contact with a sign language interpreter (tiflosurdoperevodchikom), as well as through the expansion of the network of social services, which should include professionals who speak sign language.

Reflects the grounds for appointing a disabled person Bureau of the ITU the services of sign language (teplosetevaya) and the stages of its implementation. The effective control of the main Bureau of the truth of the evidence base in determining the degree of hearing impairment is noted.

The emphasis is placed on the need to change the attitude of not only society to the hard of hearing (deaf) disabled people, but the disabled to themselves.

**Ключевые слова:** слабослышащие, глухие, инвалид, общество, сурдоперевод, реабилитация.

**Keyword:** Hearing impaired, deaf, disabled, society, sign language, rehabilitation.

По данным Всемирной организации здравоохранения нарушением слуха страдают около 300 млн. человек мира, что составляет примерно 7 - 8 % населения, из них около 90 млн. - тотальной глухотой. В Российской Федерации - 12 млн. человек, в т.ч. 600 тыс. находятся в детском и подростковом возрасте [9]. Оренбургская региональная организация Всероссийского общества глухих (ВОГ) объединяет около 3 000 инвалидов по слуху [8].

Ни для кого не секрет, что чем тяжелее инвалидность, тем сильнее она способствует изоляции. Инвалида слабослышащего или глухого, не обученного навыкам членораздельной, связной речи, не умеющего относительно грамотно писать это приводит к ограничениям доступа к информации, сложностям в общении с окружающими людьми, трудностям в получении образования и трудоустройстве. Фактически это иностранец в собственной стране.

Но он может изъясняться языком жестов.

Официально признанный разговорный жестовый язык состоит из комбинации жестов, мимики, артикуляции. Ему присуща своя грамматика, фонетика и лексика. Язык жестов не имеет письменной формы, но существует специальная жестовая письменность. С ее помощью можно человеку, имеющему серьезные нарушения слуха и речи получить качественное среднее, профессиональное, среднее специальное или высшее образование, быть трудоустроенным, иметь свободный доступ к СМИ [12].

В системе непрерывного образования для детей с нарушениями слуха выделяется дошкольное воспитание, которое может осуществляться как в детских дошкольных учреждениях общего типа, так и в дошкольных учреждениях компенсирующего вида. Затем слабослышащие и позднооглохшие дети обучаются разговорному жестовому языку и жестовой письменности в специальных коррекционных школах-интернатах.

Содержание ребят в выше перечисленных учреждениях бесплатно для родителей. Оно осуществляется за счет бюджета соответствующего субъекта Российской Федерации (Закон «О социальной защите инвалидов» (статья 18), «Закон об образовании») [2].

В Оренбургской области таких школ 3. Каждая из них расположена в самом крупном городе одной из трех основных территориальных зон области. В Центральной зоне в областном административном центре г. Оренбурге, в Западной зоне – в г. Бузулуке, в Восточной – в г. Орске.

В состоянии на 2018 г. в них обучаются 223 ребенка [4].

Их цель - заложить у ребёнка все те социально значимые умения и навыки, которые бы позволили ему быть понятым тем, кто также понимает жестовый язык.

Для общения с другим миром, в котором мало кто знает жестовый язык, инвалидам с нарушениями слуха предусмотрено представление услуг сурдоперевода, а инвалидам с нарушениями одновременно слуха и зрения – тифлосурдоперевода. Предоставление услуг регламентировано постановлением Правительства Российской Федерации № 608 от 25.09.2007 (в ред. от 18.11.2017) «О порядке предоставления инвалидам услуг по переводу русского жестового языка (сурдопереводу, тифлосурдопереводу)». Им же определен единственный поставщик услуг по переводу русского жестового языка (сурдопереводу, тифлосурдопереводу) в лице ВОГ.

Услуга предоставляется за счет средств федерального бюджета в соответствии с рекомендацией в индивидуальной программе реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида (ребенка-инвалида), разрабатываемыми федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы (МСЭ) на основе доказательной базы с обязательным наличием в ней аудиограммы и заключения сурдолога. При необходимости контроля заключения сурдолога лечебной сети в главном бюро МСЭ на специальном

диагностическом оборудовании экспертной направленности проводится дополнительно аудио- и импедансометрия.

В 2016 г. в Оренбургской области инвалидами по преимущественному (основному) виду стойкому нарушению функции слуха признано 660 граждан. Из них возникла необходимость контроля через проведение в главном бюро аудио- и импедансометрии у 406 – 61,5 %. В 2017 г. – из 673 – 348 – 55,7 %, за первое полугодие 2018 г. – из 336 – 125 – 37,2 % соответственно.

Снижение необходимости контроля обусловлено двумя причинами. Первая – неоднократно подтвержденное знание сурдологов медицинских организаций о существующем в главном бюро МСЭ действенном контроле достоверности их заключений. Вторая – уход с практически тотального первичного контроля, как, например, в 2016 г., на выборочный (по необходимости) уже повторный контроль нарушения слуха инвалидам, которым при предыдущей экспертизе такой контроль проводился.

В соответствии с Административным Регламентом по предоставлению государственной услуги по проведению МСЭ, утвержденным приказом Минтруда России от 29.01.2014 № 59н, предоставление в учреждения МСЭ справок либо иных документов, подтверждающих знание русского жестового языка, не предусмотрено. Владение жестовым языком определяется при проведении МСЭ без затребования дополнительных документов.

Без знания специалистов МСЭ жестового языка проведение экспертизы лицу со значительно выраженным нарушением слуха крайне затруднено. Поэтому каждому, у кого есть такой недуг и кто в заявлении на проведение МСЭ указал нуждаемость в услугах сурдоперевода (тифлосурдоперевода) предлагается на время проведения МСЭ безвозмездное оказание услуг по сурдопереводу (тифлосурдопереводу), в т.ч. дистанционно по видеотелефонной связи (по Skype). Услуга предоставляется в соответствии с заключенным 21.08.2017 г. Договором между ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России и региональным отделением ВОГ.

Показания и противопоказания для включения в ИПРА услуг сурдоперевода (тифлосурдоперевода) определены постановлением Правительства Российской Федерации № 608 от 25.09.2007 (в ред. от 18.11.2017). Согласно постановлению услуги инвалиду предоставляются в 12-месячном периоде, исчисляемом, начиная со дня подачи заявления, в следующем количестве:

- инвалидам с нарушениями функции слуха - до 40 часов сурдоперевода;
- инвалидам с нарушениями функций одновременно слуха и зрения с высокой степенью слабовидения в сочетании с полной или практической глухотой - до 84 часов тифлосурдоперевода;
- инвалидам с нарушениями функций одновременно слуха и зрения с полной (тотальной) или практической слепоглухотой или полной (тотальной) или практической слепотой в сочетании с тугоухостью III - IV степени - до 240 часов тифлосурдоперевода.

Степень выраженности стойких нарушений сенсорных функций (зрения и слуха) специалистами бюро МСЭ устанавливается в соответствии с Классификациями и критериями, утвержденными приказом Минтруда России от 17.12.2015 № 1024н.

Исходя из наличествующей доказательной базы, объективных данных и учитывая наличие в заявлении на проведение МСЭ указания на нуждаемость в услугах сурдоперевода (тифлосурдоперевода), в 2016 г. из 660 ИПРА инвалидов вследствие нарушения слуха лишь в 66 – 10,0 % была определена в них нуждаемость. В 2017 г. из 673 в 48 - 11,6 %, за первое полугодие 2018 г. из 336 в 20 – 7,4 % соответственно.

Одновременно всем инвалидам (их законным/уполномоченным представителям) разъяснялось, что компенсация неиспользованных часов сурдоперевода (тифлосурдоперевода) денежной выплатой не предусмотрена. В равной степени, как и полный отказ от предоставления такой услуги.

ИПРА носит рекомендательный характер для инвалида и обязательный для исполнителя. В роли исполнителя услуг сурдоперевода (тифлосурдоперевода) выступает территориальный

орган Фонда социального страхования РФ (ФСС). Поэтому после разработки ИПРА выписка из раздела «Рекомендуемые технические средства реабилитации и услуги по реабилитации или абилитации, представляемые за счет федерального бюджета» автоматически размещается в государственной информационной системе «Банк данных по реализации ИПРА» в части «Фонд социального страхования РФ».

Как и все рекомендации в ИПРА услуга сурдоперевода (тифлосурдоперевода) носит заявительный характер. Поэтому инвалиду (его законному/уполномоченному представителю), в ИПРА которого определена нуждаемость в сурдопереводе (тифлосурдопереводе) необходимо подать заявление в ФСС. Не позднее 3 рабочих дней от даты поступления заявления уполномоченный орган рассматривает его, ставит инвалида на учет и выдает (по желанию инвалида высылает) направление в ВОГ.

ВОГ оказывает услуги сурдоперевода (тифлосурдоперевода) на основании ежегодно заключаемых государственных контрактов с региональным ФСС. Суммарное количество часов услуги определяется согласно указанной в ИПРА степени выраженности стойких нарушений сенсорных функций.

С 2012 г. в Оренбургской области появилась возможность оказывать услуги сурдоперевода (тифлосурдоперевода) посредством контакта с диспетчером – сурдопереводчиком. Контакт глухие люди осуществляют через факс, СМС-сообщения, электронную почту, web-камеру. С помощью переводчиков жестового языка они передают любую необходимую (личную или социально значимую) информацию, консультируются, вызывают службу экстренной помощи, такси, записываются на приём к врачу, заказывают доставку лекарств, авиа и железнодорожные билеты, и т.д. [6].

В настоящее время в области работают два оборудованных диспетчерских центра – ГБУСО «Центр социальной помощи семье и детям» (служба «Единый социальный телефон») и при Оренбургском региональном отделении ООИИ «Всероссийское общество глухих» [7].

При отсутствии персонального компьютера контакт инвалида с диспетчерской службой осуществляется через выход в сеть Интернет. Возможность связи предоставляется во всех территориальных отделах социальной защиты населения области [2].

Несмотря на создаваемые благоприятные условия для контакта с диспетчером – сурдопереводчиком, из-за отдаленности проживания от комплексных центров социального обслуживания или невозможности приобретения и освоения компьютерной техники не все инвалиды по слуху имеют возможность воспользоваться их услугами. Другая проблема - сложность их общения с сурдопереводчиком посредством СМС-сообщений, поскольку 95% инвалидов по слуху являются малограмотными. Третья проблема - нехватка сурдопереводчиков. По сведениям регионального ВОГ в состоянии на август 2018 г. в Оренбургской области два штатных сурдопереводчика, один диспетчер, к которому глухие могут обратиться в режиме видеосвязи. 14 сурдопереводчиков работают по договорам гражданского правового характера. На учете же в региональном ВОГ из 3 000 инвалидов по слуху состоит всего около 600 [5]. Это указывает на то, что, наверняка, есть те, которые сидят дома и не умеют общаться.

В 2013 г. в области проведена работа по расширению возможности получения гражданами с нарушением слуха социально-консультативной помощи. Расширение проведено через обучение сурдопереводу и тифлосурдопереводу специалистов учреждений социального обслуживания населения Оренбургской области на базовом уровне специалистов, оказывающих государственные услуги населению русскому жестовому языку [6,7,8].

В последние годы для большего охвата специалистов социальных служб, владеющих жестовым языком, на правах полноценных партнеров органов власти к финансированию обучения привлекаются некоммерческие социально ориентированные организации и общественники. В 2015 г. министерством социального развития области были проведены три конкурсных отбора программ, по итогам которых предоставлена субсидия в объеме свыше 2

млн. руб. Благодаря выделенной субсидии, были организованы краткосрочные курсы обучения жестовому языку, на которых смогли обучиться 23 специалиста органов социальной защиты населения Оренбургской области. В 2017 г. в соответствии с договором с ВОГ прошли обучение 7 специалистов уже регионального Министерства труда. В 2018 г. запланировано обучить еще нескольких сотрудников службы социальной защиты населения [6,7,8,10], но уже в январе этого, же года с собственной инициативой выступила оренбургская епархия [3]. Задача — создать православную духовную общину для глухих и сделать так, чтобы хотя бы в одном храме Оренбуржья службы шли на понятном им языке. После освоения языка жестов такие служения начали проводиться в храме при больнице имени Пирогова г. Оренбурга[3].

Кроме того, ВОГ запустило проект «Сохраним и узнаем разнообразие русского жестового языка». Финансовую поддержку частично оказал фонд «Русский мир». В рамках проекта был выпущен диск для обучения русскому жестовому языку «Давайте знакомиться!», а также обновлен раздел «Жестовый язык» на сайте ВОГинфо.ру – в нём размещены видеоматериалы с диска. Это специально разработанные видеоролики для слышащих, которые хотят ознакомиться с русским жестовым языком [11].

Получается, что во исполнение госпрограммы «Доступная среда» целый государственный институт – служба образования, МСЭ, ФСС, ВОГ – стремятся к тому, чтобы каждый глухой был услышан и понят. Однако надо, чтобы хотя бы как можно больше медицинских, социальных работников, сотрудников МВД и МЧС владели основами жестового языка, чтобы в экстренной ситуации любому глухому или слабослышащему можно было оказать необходимую помощь.

С этой же целью в России расширяется правовая база, которую глухой человек должен знать и применять.

Яркий пример. Если сотрудник ГИБДД остановил такого гражданина за административное правонарушение, то он обязан потребовать указать на свою нуждаемость в сурдопереводчике. Не предоставление должностным лицом сурдопереводчика является нарушением ч.2 Ст. 25.10 КоАП РФ [1].

По мнению президента Фонда «Страна глухих» Дмитрия Портнова с инвалидами по слуху нужна работа по двум направлениям. И общество свое отношение к инвалидам должно менять, и сами инвалиды должны менять свое отношение к обществу и к самим себе. «...Пусть человек глухой, пусть он – инвалид, но это не освобождает общество и его самого от необходимости учиться относительно грамотно и связно изъясняться на основном государственном языке страны. Хотя бы в письменном виде, если нет возможности «поставить» речь. А потом уже требовать, чтобы все, в первую очередь, работники социальных служб, владели жестовым языком» [12].

## Список литературы

1. Деревянко С.Ю. По материалам юридической социальной сети. Должен ли вызвать сурдопереводчика сотрудник ГАИ? Электронный ресурс: 9111.ru/questions/q2502187... li... surdoperevodchika... Дата обращения – 03.08.2018.
2. Вопросы реализации права инвалидов на образование обсудили в Оренбурге. Электронный ресурс: <https://oren.ru/voprosy-realizatsii-prava-invalidov-na-obrazovanie-obsudili-v-orenburge/>. Дата обращения – 03.08.2018.
3. В Оренбурге священников начали обучать сурдопереводу 22 января, 5:01 <http://vestirama.ru/obshhestvo/stati/surdoperevod-svyashhenniki-obuchenie-220117.html>. Максимова Л. Без барьеров. Что могут особенные дети? | АиФ Оренбург. 31/05/2017. Электронный ресурс: [http://www.oren.aif.ru/society/education/bez\\_barerov\\_chto\\_mogut\\_osobennye\\_deti](http://www.oren.aif.ru/society/education/bez_barerov_chto_mogut_osobennye_deti)). Дата обращения – 30.07. - 03.08.2018.

5. Максимова Л. «Чего ты машешь руками?». С какими проблемами сталкиваются глухие. Статья из газеты: Еженедельник "Аргументы и Факты" № 38 21/09/2017. Электронный ресурс: [oren.aif.ru/society...ty\\_mashesh\\_rukami...problemami...](http://oren.aif.ru/society...ty_mashesh_rukami...problemami...) Дата обращения – 30.07. - 03.08.2018.
6. Обсуждения - ОренбургскоеРООООИ «Всероссийское...». Электронный ресурс: [my.mail.ru/community/oro\\_oooi\\_vog/journal](http://my.mail.ru/community/oro_oooi_vog/journal). Дата обращения – 30.07 - 03.08.2018.
7. Оренбургское региональное отделение Общероссийской общественной организации инвалидов «Всероссийское общество глухих». Электронный ресурс: [oro\\_oooi\\_vog@mail.ru](mailto:oro_oooi_vog@mail.ru). Дата обращения – 30.07 - 03.08.2018.
8. Областной организации Всероссийского общества глухих исполнилось 90 лет 13 сентября 2016... Электронный ресурс: [msr.org.ru/posts/28109](http://msr.org.ru/posts/28109). Дата обращения – 30.07 - 03.08.2018.
9. Социальная реабилитация лиц с нарушением слуха [knowledge.allbest.ru](http://knowledge.allbest.ru) «Социология и обществознание» 30.10.2015. Электронный ресурс: [https://knowledge.allbest.ru/sociology/3c0b65635a3bc69b5d53a88421306c27\\_0.html](https://knowledge.allbest.ru/sociology/3c0b65635a3bc69b5d53a88421306c27_0.html). Дата обращения – 30.07 - 03.08.2018.
10. Социальные работники Оренбурга учат язык жестов. Источник: Ria56.Ru. Электронный ресурс: <http://orenburg.bezformata.ru/listnews/orenburga-uchat-yazik-zhestov/39583783>. Дата обращения – 30.07 - 03.08.2018.
11. Учите жестовый язык! Оренбургская область. Оренбург. 07.06.2015. Электронный ресурс: [слышувижу, рф/uchite-zhestovuj-yazyk/](http://слышувижу.рф/uchite-zhestovuj-yazyk/). Дата обращения – 30.07 - 03.08.2018.
12. Фонд «Страна глухих»/ г. Москва. Электронный ресурс: [cityinfo.ru/view/fond\\_strana\\_glukhikh/373798](http://cityinfo.ru/view/fond_strana_glukhikh/373798). Дата обращения – 30.07 - 03.08.2018.

УДК 614.8.067.3

## РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УСТАНОВЛЕНИЯ СТЕПЕНИ УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ.

Севастьянов М.А., Пенина Г.О., Деденёва И.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России

## REGIONAL FEATURES OF ESTABLISHMENT OF DEGREE OF LOSS OF PROFESSIONAL WORKING CAPACITY

Sevastianov M.A., Penina G.O., Dedeneva I.V.

Federal State Budgetary Institution of Additional Professional Education "St. Petersburg Institute for Training of Medical Experts" of the Ministry of Labor of Russia

**Аннотация:** в статье авторами рассмотрены основные принципы формирования экспертных решений по определению степени утраты профессиональной трудоспособности. На основе анализа сложившейся практики принятия экспертных решений в субъектах Российской Федерации выявлены основные причины их высокой вариабельности.

**Abstract:** in the article the authors consider the basic principles of the formation of expert decisions to determine the degree of occupational disability. Based on the analysis of the established practice of making expert decisions in the subjects of the Russian Federation, the main reasons for their high variability have been identified.

**Ключевые слова:** медико-социальная экспертиза, степень утраты профессиональной трудоспособности, пострадавшие на производстве.

**Keywords:** medical-social examination, the degree of occupational disability, injured at work.

Российское законодательство, обеспечивающее реализацию права на социальную защиту лиц, пострадавших на производстве, устанавливает, страховой способ формирования источника финансирования соответствующих выплат и предусматривает только одного страховщика – Фонд социального страхования Российской Федерации [1].

Порядок возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью работника при исполнении им обязанностей по трудовому договору, регулируется Федеральным законом № 125 - ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» [2].

Определение «размера вреда», причиненного жизни и здоровью работника в результате развития профессионального заболевания или наступления несчастного случая на производстве, в Российской Федерации осуществляется на основании оценки утраченной в результате профессиональной трудоспособности.

В соответствии со ст. 8, Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [3], на федеральные учреждения медико-социальной экспертизы возлагается определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах. Во «Временных критериях определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания», утвержденных Постановлением правительства Российской Федерации от 18.07.2001 года № 56 [4] определены подходы к экспертизе степени утраты профессиональной трудоспособности, обозначены общие принципы определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, описаны критерии оценки способности к профессиональной деятельности, предложены подходы к определению степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах и приведены, в ряде случаев, экспертные примеры.

Поскольку размер страхового возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью застрахованного, напрямую зависит от установленной степени утраты профессиональной трудоспособности, общность методических подходов и единообразие принимаемых решений по аналогичным экспертным случаям позволяет снизить социальную напряжённость среди пострадавших на производстве и минимизировать возможные подозрения в коррупции.

**Цель:** на основании анализа сложившейся практики принятия экспертных решений по определению степени утраты профессиональной трудоспособности в субъектах Российской Федерации оценить необходимость внесения изменений в действующие критерии определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

**Материалы и методы:** Для достижения поставленной цели был проведён анализ экспертных решений по определению степени утраты профессиональной трудоспособности в 77 субъектах Российской Федерации за 3 года (2015-2017 гг.) по такой нозологической форме как: Т93 - последствия травм нижней конечности. В ходе анализа использовались статистические (описательной статистики), медико-социальные, общенаучные методы исследования.

**Результаты:** Всего за три года по последствиям травм нижней конечности было проведено 27420 освидетельствований, средний процент утраты профессиональной трудоспособности составил 37,2%, стандартное отклонение 7,48 коэффициент вариации 20,1%, что говорит о большом разбросе вариантов. Наименьший средний процент утраты отмечен в Омской области 25,2%, наибольший в Чеченской республике – 66%. Логично было бы предположить, что существенное влияние на тяжесть последствий травм нижних



конечностей может оказывать качество и доступность медицинской помощи в соответствующем субъекте. Однако анализ рейтинга регионов по качеству и доступности медицинской помощи, ежегодно составляемым Фондом независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека "Здоровье" показал, что в пяти регионах из первой десятки рейтинга средний процент утраты профессиональной трудоспособности выше среднего, а в 8 регионах из последней десятки - ниже. В Москве и Санкт-Петербурге, на территории которых расположены профильные национальные медицинские исследовательские центры, процент утраты незначительно отличается от среднероссийского и составляет 35,1 и 33,3 процента соответственно.

Углублённый анализ структуры экспертных решений в субъектах РФ позволил сделать вывод о том, что наибольшая их неоднородность отмечается при установлении 20% утраты трудоспособности в случае наличия незначительных функциональных нарушений (коэффициент вариации 71,6%) и при установлении 50% утраты в случае наличия умеренных нарушений функций (коэффициент вариации 87,0%). По мнению экспертов, такое различие в подходах связано, в первую очередь, со сложностями оценки характера профессиональной деятельности (квалификации, качества и объема труда, способности к его выполнению).

Так, 20 процентов утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случае, если пострадавший может выполнять работу со снижением объема профессиональной деятельности на 1/5 часть прежней загрузки. Верифицировать данное снижение в ходе освидетельствования не представляется возможным, что приводит к принятию субъективных решений. В итоге, к примеру, степень утраты трудоспособности в размере 20% в Астраханской области устанавливается в 25,4 процентах освидетельствований, а в Ивановской в 1,7 процентов случаев при сопоставимом общем количестве экспертиз. Аналогичная ситуация складывается и при установлении 50% утраты профессиональной трудоспособности, так в республике Адыгея в 18 процентах освидетельствований пострадавших на производстве устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности на уровне 50%, а в республике Кабардино-Балкария в 3,5 процентах освидетельствований при сопоставимом количестве экспертиз.

#### **Выводы:**

- вариативность принятия решений при установлении степени утраты профессиональной трудоспособности по последствиям травм нижних конечностей в субъектах РФ является высокой;
- наибольшая вариативность выявлена при принятии решений об установлении 20 и 50 процентов утраты профессиональной трудоспособности;
- для снижения возможности принятия субъективных решений необходимо изменить подходы к объективизации оценки характера профессиональной деятельности.

#### **Список литературы.**

1. Божков И.А., Владимирова О.Н., Дикаев С.У., Севастьянов М.А. Нормативно-правовые вопросы обеспечения реабилитационными мероприятиями лиц, пострадавших на производстве: сравнительный анализ российского и международного законодательства. Юридическая мысль. 2016, № 3 (95), С. 96-103;
2. Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»//Российская газета. 1998. 12 августа.
3. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 29.07.2018) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»//Российская газета. 1995. 02 декабря;
4. Постановление Минтруда РФ от 18.07.2001 N 56 (ред. от 24.09.2007) «Об утверждении временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных

заболеваний, формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания»// Российская газета. 2001. 29 августа.

УДК 616-036.86УДК 611.946

## **ПОТРЕБНОСТЬ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ СКОЛИОЗА И ИХ РЕАЛИЗАЦИЯ С УЧЕТОМ СОВРЕМЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ**

Шабанова О.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России;  
Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России

Россия, Санкт-Петербург

## **THE NEED FOR REHABILITATION OF CHILDREN DISABLED DUE TO SCOLIOSIS AND THEIR IMPLEMENTATION TAKING INTO ACCOUNT MODERN POSSIBILITIES**

Shabanova O. A.

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation;  
Federal state budgetary institution of additional professional education "Saint-Petersburg Institute of improvement of doctors-experts" of the Ministry of labour and social protection of the Russian Federation  
Russia, Saint Petersburg

**Аннотация:** своевременно назначать эффективные реабилитационные мероприятия детям, больным сколиозом, необходимо с учетом прогностических факторов прогрессирования сколиотической деформации особенностей течения заболевания. Современные возможности медицинской реабилитации (в т.ч. корсетотерапии), позволяют предотвращать серьезные осложнения, связанные с прогрессированием сколиотической деформации.

**Abstract:** it is necessary to timely prescribe effective rehabilitation measures for children with scoliosis, taking into account the prognostic factors of progression of scoliotic deformation and features of the disease. Modern possibilities of medical rehabilitation (including corset therapy) allow to prevent serious complications associated with the progression of scoliotic deformation.

**Ключевые слова:** сколиоз, инвалидность, реабилитация, корсетирование

**Key words:** scoliosis, disability, rehabilitation, corsets.

Сколиотическая болезнь, приводящая к стойким нарушениям здоровья, является важной проблемой вертебрологии. В последние десятилетия отмечается тенденция к росту заболеваемости сколиозом. Изменение формы позвоночника и грудной клетки - лишь демонстративное проявление сколиоза, а тяжелым следствием его является глубокое нарушение функций основных органов и систем организма, приводящее к ранней инвалидизации больных.

Среди ортопедических заболеваний, обуславливающих инвалидность, наиболее часто встречаются заболевания позвоночника (35%), из них сколиоз составляет 53%. Первичная

инвалидность у детей до 18 лет в результате сколиоза составляет 8-9 % в общей структуре детской инвалидности.

Среди всех вариантов нарушений формы позвоночного столба идиопатический сколиоз – наиболее часто встречающаяся деформация скелета со склонностью к прогрессированию у каждого третьего заболевшего ребёнка. Примерно 80-90% всех случаев идиопатического сколиоза выявляются в подростковом возрасте, 10-20% в возрасте от 3-10 лет и около 1% в возрасте менее 3-х лет.

Мы изучили и проанализированы данные 209 медико-экспертных дел (МЭД) детей до 18 лет со сколиозом (М41.0-М41.9), освидетельствованных в бюро МСЭ г. Санкт-Петербурга за период 2015 - 2017 г.г.

У всех детей со сколиозом, признанных инвалидами впервые и повторно в 2015-2017 г. г., были обнаружены умеренные нарушения статодинамической функции, приводящие к ограничению передвижения 1 степени, ограничению самообслуживания 1 степени. Все освидетельствованные дети со сколиозами нуждались в мероприятиях медицинской (хирургическая коррекция деформации позвоночника (по показаниям), восстановительная терапия, санаторно-курортное лечение, ортезирование) и социальной реабилитации, подростки в возрасте от 15-18 лет нуждались в профессиональной ориентации. Большинство освидетельствуемых детей нуждались в таких технических средствах реабилитации, как функционально-корректирующий корсет и, в некоторых случаях, в сложной ортопедической обуви.

Корсетирование уже более 30 лет является основным научно доказанным и эффективным способом консервативного лечения сколиоза у детей и подростков. В результате лечения проводится эффективная коррекция в трёх плоскостях: фронтальной, саггитальной и горизонтальной. Это позволяет избежать снижения физиологических показателей функций внешнего дыхания, а также атрофии мускулатуры. С помощью своевременной корсетотерапии возможно сохранить достигнутую коррекцию деформации или приостановить прогрессирование сколиотического искривления до завершения костного роста позвоночника. Отмечена четкая тенденция к положительной динамике при использовании комплексного подхода в лечении пациентов с идиопатическим сколиозом. Значительные улучшения у пролеченных пациентов позволили им избежать хирургического лечения и снизить риск прогрессирования.

При проведении восстановительного лечения, помимо эффективной корсетотерапии с использованием САМ/САD–моделирования корсетов (ComputerAssistedDesign/ComputerAidedManufacturing), используются различные методики физиотерапевтических лечебно-оздоровительных комплексов, ФТЛ, ЛФК (гимнастика по методике Шрот), лечебного массажа.

Лечение детей, больных сколиозом, необходимо проводить своевременно с учетом наличия неблагоприятных прогностических факторов, выраженности и рентгенологической степени сколиоза, характера течения заболевания. Для этого необходимо учитывать возрастные ростовые спурты и плато, степень зрелости скелета (тест Риссера).

Важным экспертным фактором является возможность проведения своевременного лечения с помощью лечебной гимнастики (по методу Шрот), корсетотерапии (современные 3D-смоделированные корсеты) или хирургического вмешательства (с учетом наличия показаний и противопоказаний в детском возрасте), а после проведения курса лечения в корсете, либо оперативной коррекции – учитывать эффективность реабилитационных мероприятий и наличие осложнений, восстановление нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамической) функций.

Специалистам здравоохранения и МСЭ необходимо своевременно объективно проводить комплексную оценку экспертных факторов с учетом течения заболевания и эффективности реабилитационных мероприятий при сколиозах, что позволит своевременно направлять детей со сколиозом на лечение и освидетельствование в БМСЭ и обоснованно выносить экспертное решение.

**ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ  
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО ПРИЧИНЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО  
АТЕРОСКЛЕРОЗА**

Свиридова Е.О.<sup>1</sup>, Кантемирова Р.К.<sup>1,2</sup>, Герасимова Г.В.<sup>1</sup>, Дорошев А.П.<sup>1</sup>,

Фидарова З.Д.<sup>1</sup>, Сусляев В.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России;

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский государственный университет,  
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова  
Россия, Санкт-Петербург

**PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS AFTER AMPUTATION OF  
LOWER LIMBS ON THE REASON OF TARGET ATHEROSCLEROSIS**

Sviridova E.O., Kantemirova R.K., Gerasimova G.V., Doroshev A.P., Fidarova Z.D.,  
Suslyayev V.G.

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

Saint Petersburg State University, GBOU NPE SZGMU them. I.I. Mechnikov  
Russia, Saint Petersburg

**Аннотация.** Реабилитация пациентов после ампутации нижних конечностей по причине облитерирующего атеросклероза остается актуальной проблемой. На этапе подготовки к протезированию важным моментом является оценка физического состояния инвалидов, что способствует дифференцированному подходу к назначению комплексов физической реабилитации, а также прогнозу ношения протеза нижних конечностей в целом.

**Abstract.** Rehabilitation of patients after amputation of the lower extremities due to obliterating atherosclerosis remains an actual problem. At the stage of preparation for prosthetics, an important point is the assessment of the physical condition of the disabled, which contributes to a differentiated approach to the appointment of physical rehabilitation complexes, as well as a forecast for wearing the lower limb prosthesis as a whole.

**Ключевые слова:** ампутация нижних конечностей, протезирование, мануальная велоэргометрия, облитерирующий атеросклероз.

**Keywords:** amputation of lower extremities, prosthetics, manual veloergometry, obliterating atherosclerosis.

**Актуальность.** По причине критической ишемии конечности у 25% больных проводится ампутация на уровне голени или бедра [1,6]. Одной из главных задач реабилитационных мероприятий является восстановление нарушений физических функций, а именно мобильности пациента, повышением класса двигательной активности, как следствие восстановление социальных функций и уменьшением финансовых затрат, необходимых для проведения лечения и реабилитации больных после ампутации [1,2,4]. Методом решения данной задачи является в первую очередь протезирование. Однако, рассматривая ношение протеза как высокую физическую нагрузку (ФН) для организма, нельзя не отметить роль сердечно-сосудистой патологии (ССП) [2,4,7]. У больных с хронической ишемией нижних конечностей (НК) цереброваскулярная болезнь встречается в 12,8% случаев, ИБС - в 35,9%, еще в 20,5% случаев имеют место обе эти патологии [1]. По этой причине, является необходимым оценить уровень двигательной активности пациента,

толерантность к ФН, с учетом сопутствующей ССП, для выбора оптимальной индивидуальной программы подготовки к протезированию [2,5,6].

**Цель исследования.** Оценить толерантность к физической нагрузке пациентов после ампутации нижних конечностей ввиду облитерирующих заболеваний конечностей, выбрать по результатам исследования оптимальный режим двигательной активности, вид физической реабилитации, с последующим выбором модуля протеза нижних конечностей.

**Материалы и методы.** В клинике ФГБУ «ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта» в виде нагрузочной пробы нами использовался метод ручной велоэргометрии. Начальная нагрузка определялась индивидуально, по расчетам должного максимального потребления кислорода, с учетом ампутации НК расчет производился по должной массе тела. Нами обследовано 45 пациентов с ампутациями НК по причине облитерирующего атеросклероза. По результатам нагрузочного тестирования у 45% пациентов из этой группы выявлена ИБС. Для исследования отобрано 20 человек, 6 женщин и 11 мужчин с подтвержденной ИБС после ампутации НК в возрасте от 53 до 77 лет. Из них 11 пациентов имели ампутацию голени, 8 с ампутацией бедра, 1 пациент с ампутацией правой голени и левого бедра. Контрольную группу составили пациенты с ампутацией НК без сопутствующей ССП в количестве 10 человек.

**Результаты.** В соответствие с уровнем толерантности к ФН, был определён комплекс упражнений в процессе подготовки к протезированию, а также прогноз пользования протезом. В комплекс подготовки к протезированию были включены силовые упражнения в виде ручного педалирования со ступенчато-возрастающей ФН. Помимо медикаментозной терапии всем пациентам также проводились реабилитационные мероприятия в виде физиотерапии, разработки контрактур, кинезиотейпирования. По результатам повторной велоэргометрии, после проведенного лечения, были установлены соответствующие режимы пользования протезом.

**Заключение.** Пациенты, перенёвшие ампутацию по причине облитерирующего атеросклероза в большом проценте, имеют сопутствующую патологию в виду заболеваний сердечно-сосудистой системы, исход которой является наиболее частой причиной смерти у таких пациентов. Учитывая сам факт ношения протеза как дополнительную физическую нагрузку, риск осложнений со стороны ССП значительно возрастает, что диктует необходимость предварительной оценки толерантности к физической нагрузке для последующего прогнозирования успешного ношения протеза, а также снижения риска внезапной смерти.

#### **Список литературы:**

1. Золотов Г. К. Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности: монография / - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литера, 2015. – С.21-32.
2. Курдыбайло С.Ф., Евсеев С.П., Герасимова Г.В. Врачебный контроль в адаптивной культуре: Учебное пособие / Под редакцией д.м.н. С.Ф. Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – с.89-104
3. Тавровская Т.В. Велоэргометрия. / пособие для врачей. Т.В. Тавровская / Санкт-Петербург: СПб, 2007 – 138 с
4. Бурнос А.А., Кантемирова Р.К., Крюков А.С., и др. Выбор оптимальной функциональной пробы для оценки толерантности к физическим нагрузкам пациентов пожилого и старческого возраста при подготовке к первичному протезированию // Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. 2017. № 2 (64). С. 34-35.
5. Суляев В.Г., Щербина К.К., Кантемирова Р.К., и др. Подготовка и лечебно-тренировочное протезирование инвалидов пожилого возраста с культей голени и бедра. // Методическое пособие - СПб, 2017. – С. 75.
6. Burnos A.A., Kantemirova R.K., Sviridova E.O., i dr. Selection of the functional tests to assess the state of cardiovascular system in elderly patients undergoing lower limb amputation //

International Symposium of Experts "Effective Modern Approaches in Anti-Aging Medicine and Gerontology" April 13-14, 2018, Stockholm, 2018. - С.20-24

7. Ponomarenko G.N., Sviridova E.O., Kantemirova R.K., i dr. Physical rehabilitation of patients with ischemic heart disease with amputation of The lower extremities // "Congress of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine" 8-12 July, Paris, France, 2018. - С.1964.

УДК 617.3

**ПЕРВИЧНЫЙ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НАЗНАЧЕНИЙ ОРТЕЗОВ  
СОГЛАСНО ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И  
АБИЛИТАЦИИ (ИПРА) И КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ МЕДИКО-  
ТЕХНИЧЕСКОЙ КОМИССИИ У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ СО СПАСТИЧЕСКИМИ  
ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА**

Э.И. Джомардлы, А.А. Кольцов

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр  
реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России;  
Россия, Санкт-Петербург

**THE PRIMARY COMPARATIVE ANALYSIS OF PRESCRIPTIONS OF  
ORTHOSES ACCORDING TO INDIVIDUAL REHABILITATION AND HABILITATION  
PROGRAM AND CLINICAL RECOMMENDATIONS MEDICAL AND TECHNICAL  
COMMISSION IN CHILDREN WITH SPASTIC FORMS OF CEREBRAL PALSY**

E. Dzhomardly, A. Koltsov

Federal State Budgetary Institution «Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled  
named after G.A. Albrecht» of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian  
Federation (FSBIFSCRD named after G. A. Albrecht, Ministry of Labour)  
Russia, SaintPetersburg

**Аннотация.** Проведён проспективный анализ индивидуальных программ реабилитации и абилитации заключений медико-технической комиссии 63 детей со спастическими формами детского церебрального паралича (ДЦП). Исследованы количество и перечень ортезов, прописанных в ИПРА, и рекомендованных медико-технической комиссией (МТК), в зависимости от уровня двигательной активности пациента в соответствии с классификацией GMFCS.

**Abstract.** The prospective analysis of individual rehabilitation and habilitation program and conclusions of the medical and technical commission of 63 children with cerebral palsy spasticity were performed. The investigated quantity and range of orthoses prescriptions in individual rehabilitation and habilitation program and clinical recommendations medical and technical commission, dependence on the level of physical activity of the patient according to classification of GMFCS.

**Ключевые слова:** детский церебральный паралич, реабилитация, ортезы, спастичность, контрактуры

**Key words:** cerebralpalsy, rehabilitation, orthosis, spasticity, contracture

**Актуальность.** ДЦП является основной причиной детской неврологической инвалидности в мире, при этом на долю спастических форм ДЦП приходится более 80% всех случаев. Ключевую роль в профилактике этих осложнений играет своевременное и грамотное назначение необходимого спектра технических средств реабилитации (ТСР).

**Цель.** Первичный анализ соответствия числа и вариантов ортезов, внесенных в ИПРА, и рекомендованных медико-технической комиссией (МТК) у детей-инвалидов со спастическими формами ДЦП.

**Материалы и методы.** 412 пациентов в возрасте 2 - 17 лет пролечены в клинике ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта с 11.2017 по 07.2018 гг. Методом случайной выборки проанализированы рекомендации медико-технической комиссии и анализ представленных ИПРА 63 больным. Все пациенты были разделены на 5 групп в соответствии с уровнями двигательной активности по шкале GMFCS.

**Результаты.** У пациентов 1-й группы среднее количество ортезов, рекомендованных МТК, составило 3,6 изделия; первично прописанных в ИПРА – 1,4 (38,9%). Наиболее часто МТК рекомендовала дополнительно тьюторы на нижние конечности (73%), реже - аппараты на голеностопный сустав и/или тьюторы на верхнюю конечность.

Во 2-й группе среднее количество ортезов, рекомендованных МТК, составило 4,4 изделия; первично прописанных в ИПРА – 2,15 (49,1%). Чаще МТК рекомендовала тьюторы на нижние конечности (33%), аппараты на тазобедренные суставы (18%), аппараты на голеностопные суставы (15%).

В 3-й группе среднее число ортезов по назначению МТК составило 5,14, тогда как первично прописанных в ИПРА – 2,87 (55,8%). Наиболее часто рекомендуемыми ортезами для дополнительного внесения в ИПРА были тьюторы на нижние конечности (24%) и аппараты на тазобедренные суставы (21%).

В 4-й группе среднее количество ортезов по назначению МТК составило 5,54 изделия; первично прописанных в ИПРА – 2,67 (48,2%). Чаще МТК рекомендовала дополнительно тьюторы на нижние конечности (28%); аппараты на нижние конечности и туловище (16%); функционально-корректирующие корсеты (7%).

В 5-й группе среднее количество ортезов, рекомендованных МТК, составило 6,2 изделия; первично прописанных в ИПРА – 3,47 (56,0%). Наиболее часто дополнительно рекомендовались аппараты на нижние конечности и туловище (16%), тьюторы на верхнюю конечность (18%).

УДК 616-009.11-031.4

## **РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ**

Полякова А.В., Токарева Д.В., Вознюк И.А., Забилов С.Ш.  
СПб ГБУ НИИ СП им. И.И. Джанелидзе  
Россия, Санкт-Петербург

## **THE ROLE OF FUNCTIONAL ELECTROSTIMULATION IN THE EARLY REHABILITATION OF PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE**

Polyakova A.V., Tokareva D.V., Voznyuk I.A., Zabirol S. Sh.  
Saint-Petersburg I.I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine  
Russia, Saint Petersburg

Federal State Institution Main Bureau of Medical and Social Expertise in St. Petersburg of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation

**Аннотация.** Функциональная электростимуляция (ФЭС) – это метод применения электрического тока безопасного уровня для включения в работу поврежденных нервно-мышечных систем. Устройство, стимулирующее активность нервно-мышечного аппарата,

должно осуществить определенную функциональную задачу, имитируя нормальную функцию паретичной конечности.

**Abstract:** functional electrostimulation (FES) is a method of applying an electrical current of a safe level to include damaged neuromuscular systems. The device stimulating the activity of the neuromuscular apparatus must fulfill a certain functional task, imitating the normal function of the paretic limb.

**Ключевые слова:** реабилитация, инсульт, функциональная электростимуляция

**Key words:** rehabilitation, stroke, functional electrostimulation

**Актуальность:** ФЭС профилактирует развитие атрофии мышц, тугоподвижности в суставах, улучшает кровообращение, улучшает качество ходьбы и, как следствие, повышает качество жизни. Сроки начала терапии ФЭС обсуждаются.

**Цель:** оценка эффективности ФЭС с помощью нейропротезов у больных в острой стадии ишемического инсульта.

**Методы:** 34 пациента (54,3±3,8 лет) с ОНМК с умеренными двигательными нарушениями (средний балл по шкале оценки мышечной силы Braddom 3,2±0,6 балла). Ведущим синдромом - дистальным парезом по типу «drop foot» без явлений выраженной спастичности (менее 3 баллов по шкале Ашворта). У пациентов основной группы (n=22) использовались нейропротезы Bioness L300 в виде беспроводного устройства, позволяющего, используя радиоимпульсы, осуществлять экстензию стопы в момент шага, и система Н 200, позволяющая стимулировать кисть и пальцы. Пациенты контрольной группы (n=24) занимались лечебной физкультурой по стандартным программам без использования ФЭС. Степень выраженности неврологического дефицита определялась с использованием индекса Мотрисайти, шкалы оценки мышечной силы Braddom и шкалы Ривермид. Мышечный тонус оценивался по модифицированной шкале спастичности Ашворта. Результаты оценки фиксировались на 1, 7 и 14 сутки исследования. Стимуляция начиналась с пятых суток от начала заболевания.

**Результаты:** Получены данные, свидетельствующие о том, что у больных основной группы отмечается статистически значимое улучшение двигательных показателей, измеренных по индексу Мотрисайти.

УДК 614.2

## **ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ**

Мерзликин А.В., Ковлен Д.В., Ищук В.Н.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Россия, Москва

## **ASSESSMENT OF THE NEED FOR MEDICAL REHABILITATION IN SELECTED POPULATION GROUPS**

Merzlikin A.V., Kovlen D.V., Ishchuk V.N.

S.M. Kirov Military Medical Academy

Russia, Moscow

**Аннотация.** В настоящей работе рассматриваются вопросы оценки нуждаемости и расчета потребности в объемах медицинской реабилитации у отдельных групп населения на примере военнослужащих. Предлагаемая методика позволяет оперативно и с приемлемой точностью проводить оценку нуждаемости граждан в медицинской реабилитации. Индексы (коэффициенты) нуждаемости могут использоваться для точного определения плановой потребности в реабилитационной помощи.

**Abstract** in this paper, we consider the needs assessment and the calculation of the need for the volume of medical rehabilitation for certain groups of the population on the example of military personnel. The proposed methodology allows to quickly and with acceptable accuracy assess the



need of citizens in medical rehabilitation. Indices (coefficients) of need can be used to accurately determine the planned need for rehabilitation care.

**Ключевые слова:** охрана здоровья, медицинская реабилитация, оценка потребности, военнослужащие

**Key words:** healthprotection, medicalrehabilitation, needsassessment, militarypersonnel

Охрана здоровья военнослужащих в современных условиях, требует постоянного совершенствования традиционных форм организации комплекса лечебно-профилактических мероприятий. Активное внедрение в клиническую практику медицинской реабилитации (МР) позволит не только снизить нагрузку на коечные отделения, но и в значительной степени улучшить ближайшие и отдаленные результаты проведенного стационарного лечения военнослужащих.

**Цель исследования.** Разработка и апробация методики формирования потребности (планирования) в МР у военнослужащих.

**Материалы и методы.** Для каждого класса болезней (по МКБ) дифференцировано определяли долю лиц, нуждающихся в МР, исходя из заболеваемости по данным госпитализации на койки круглосуточного пребывания. Выстраивали два ряда сопряженных индексов (коэффициентов) нуждаемости в МР: по числу лиц, выписанных из медицинских организаций, в отношении которых вынесено заключение о нуждаемости в отпуске по болезни (ряд 1) и об ограниченной годности или негодности к военной службе (ряд 2). Затем проводили осреднение сопряженных рядов индексов по каждому классу признаков путем вычисления средней арифметической и медианы по ряду. Далее каждый ряд индексов был отнормирован по отношению к «1,0», за которую условно приняли медиану. Значения рядов индексов равное или превышающие «1,0» учитывалось как признак 100% нуждаемости. Для проверки произведенных расчетов оценку нуждаемости военнослужащих в МР дополнительно проводили методом перекрестной экспертной оценки. В качестве экспертов (20 человек) привлекались лица из числа преподавательского состава ВУЗов. Расчетные показатели сравнивали с фактическими, полученными из отчетов о работе медицинской службы по форме 4/мед.

**Результаты и обсуждение.** Расчеты показывают, что в МР будет нуждаться около 9% от всех военнослужащих, находящихся на лечении в стационарах. Всего для обеспечения военнослужащих МР ежегодно требуется около 1 тыс. коек, 65,68%, из которых необходимы для МР пациентов, с болезнями системы кровообращения, болезнями костно-мышечной системы, а также лиц с последствиями травм.

**Вывод.** Разработанная методика позволяет оперативно и с высокой точностью проводить оценку нуждаемости военнослужащих в МР. Расчетные индексы (коэффициенты) нуждаемости кроме того могут использоваться для точного определения плановой потребности в стационарных койках для МР.

УДК 616 – 036.86+364

## **ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ В СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

Саликова С. И., Шамшева Е.В.  
ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России  
г. Омск

## **TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION OF SOCIAL ADAPTATION OF DISABLED CHILDREN OF THE OMSK REGION**

Salikova S. I., Shamsheva E. V.  
FSI "Head Bureau of Medical- Social Expertise of Omsk Region" of the Ministry of  
Labour and Social Protection of Russian Federation  
Omsk

**Аннотация.** Представлены результаты анализа нарушений функций организма и основных тенденций потребности у детей-инвалидов Омской области в технических средствах реабилитации. Установлен увеличение числа ИПР (ИПРА) с рекомендациями на обеспечение ТСР на 6,4 %, со снижением их удельного веса с 24,0 % до 22,5 % случаев в структуре всех разработанных программах реабилитации. Выявлены технические средства, преобладающие в рекомендациях ИПР (ИПРА) детей-инвалидов.

**Abstract.** Presents the results of the analysis of the organism and major trends in the needs of children with disabilities of the Omsk region in the technical means of rehabilitation. Increase in the number of installed individual rehabilitation programmes with the recommendations on the provision of technical means of rehabilitation at 6,4 %, with the decline in their share from 24,0% to 22,5% cases in the structure of all developed by rehabilitation programmes. Identified by technical means, prevailing in the recommendations of the individual program of rehabilitation of children with disabilities.

**Ключевые слова:** индивидуальная программа реабилитации или абилитации, нарушенные функции организма, технические средства реабилитации, структура.

**Keywords:** individual program of rehabilitation or habilitation, broken body functions, rehabilitation equipment, structure.

Детский возраст включает в себя ряд периодов физического развития, развития психики, усвоения знаний, приобретения навыков, имеющих специфические особенности. Различные виды и степень выраженности стойких нарушений функций организма ребенка-инвалида, обусловленных заболеванием, последствием травм, дефектов, приводит к нарушению роста, развития. В связи с этим дети-инвалиды ограничены в различных категориях жизнедеятельности: способность к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению и тем самым социально дезадаптированы. Международная классификация функционирования, дает возможность точно описать состояние здоровья в различных возрастных периодах и факторов, которые приводят к ограничениям жизнедеятельности[1,2].

Социальная адаптация детей-инвалидов должна быть многофакторной и динамичной. Важную роль в социальной адаптации играют технические средства реабилитации, которые компенсируют или устраняют стойкие ограничения жизнедеятельности (далее ТСР), и тем самым, облегчают его жизнедеятельность и повышают адаптивный потенциал[3,4]. Разные виды физических, сенсорных, иных ограничений требуют, совершенно разные потребности в плане приспособления в быту, к окружающей среде, обучению.

**Цель исследования.** Изучение выявленных стойких нарушений функций организма при установлении категории «ребенок-инвалид» и их потребности в ТСР в динамике за 2015-2017 гг. по Омской области.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на основании анализа статистических данных (7Д – собес) ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России за период 2015-2015 гг., Единой вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы МСЭ (ЕАВИИС МСЭ). Методы: описательной статистики, аналитический.

**Результаты.** В период 2015 – 2017 гг. число сформированных индивидуальных программ реабилитации или абилитации (далее – ИПР/ИПРА) увеличилось – 3396, 3756, 3855, темп прирост - 13,5 %. Рост числа разработанных программ связано с увеличением числа детей, признанных инвалидами в анализируемый период на 14,0 %, с 3270 до 3727 случаев соответственно годам.

Доля программ, разработанных с целью коррекции мероприятий в ИПРА, снизилась с 5,4 % в 2015 г. до 4,9 % случаев в 2017 г.

По результатам проведенной медико-социальной экспертизы в 2015 г. лидировали дети-инвалиды, которые по основному или сопутствующему заболеванию имели стойкие нарушения психических функций организма (в диапазоне от 40 до 100 процентов) - 1646 случаев, 48,5 % от числа разработанных ИПР. Из них преобладали выраженные нарушения в 917 случаях (55,7 %), умеренные составили 656 случаев (39,9 %), значительно выраженные –

73 (4,4 %). Нарушения психических функций в 2016-2017 гг. занимали второе ранговое место – 1589 случаев (42,3 %) и 1668 случаев (43,3 %). Из них доли выраженных нарушений уменьшились с 57,2 % (909 случаев) до 52,0 % (868 случаев); возросли умеренно выраженные с 40,2 % (639 случаев) до 44,5 % (743 случаев) и значительно выраженные с 2,6 % (41 случай) до 3,4 % (57 случаев) соответственно.

Стойкие нарушения языковых и речевых функций в 2015 г. находились на втором месте – 1604 случая (47,2 %). В 2016-2017 гг. они вышли на первое ранговое место с удельным весом 43,7 % (1641 случай) и 46,5 % (1793 случая) от числа разработанных ИПРА соответственно, темп прироста абсолютного числа - 11,8 % к 2015 году. Из них в 2016-2017 гг. преобладали выраженные нарушения – 980 случаев (59,7 %) и 990 случаев (55,2 %), умеренные регистрировались с ростом 642 (39,1 %) и 793 случаев (44,2 %).

Третье ранговое место в анализируемый период занимали дети с нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций: 873 – 741 – 952 случаев, с удельным весом 25,7 % - 19,7 % - 24,7 %. Из них преобладали умеренные нарушения - 519 (59,4 %) – 463 (62,5 %) - 554 (58,2 %). Среди них возросла доля выраженных нарушений: 30,1 % (263) - 31,6 % (234) – 34,7 % (330). Значительно выраженные нарушения уменьшились с 10,4 % до 7,1 %.

На четвертом ранговом месте нарушения функций эндокринной системы и метаболизма с тенденцией к росту 452 - 539 – 613, темп прироста -35,6 %. Удельный вес составил 13,3 % - 14,3 % - 16,0 % соответственно. Из них преобладали умеренные нарушения - 437 (96,7 %) – 532 (98,7 %) - 613 (99,4 %).

Нарушения сенсорных функций занимали пятое ранговое место с удельным весом 11,3 % - 9,9 % - 10,8 % случаев. Из них больше регистрировались умеренные нарушения 76,0 % - 82,5 % - 75,6 %. Доля выраженных нарушений составила 13,3 % - 13,1 % - 14,6 %. Значительно выраженные нарушения с тенденцией к уменьшению - 10,7 % - 4,3 % - 9,8 % соответственно годам.

В 2015 г. шестое ранговое место, а в 2016 -2017 гг. седьмое занимали нарушения мочевыделительной функции с удельным весом – 5,9 % - 5,1 % - 7,0 %. Из них преобладали выраженные и значительно выраженные нарушения с 88,0 % - 83,4 % - 79,8 % случаев.

С восьмого места в 2015 г. на шестое в 2016 -2017 г. перешли нарушения функций сердечно-сосудистой системы с удельным весом 5,5 % - 5,7 % - 7,4 %, из них умеренно выраженные нарушения составляли 98,4% - 99,1 % - 98,7 % случаев.

Нарушения функций системы крови и иммунной системы регистрировались у детей-инвалидов в 5,6 % - 5,1 % - 6,9 % случаев. Выраженные и значительно выраженные нарушения с тенденцией к снижению - 37,5 % - 30,6 % - 28,6 % соответственно годам.

Нарушения функций пищеварительной системы составили 3,7 % - 3,2 % - 4,3 %. Преобладали умеренные нарушения со снижением с 71,0 % в 2015 г. до 66,3 % в 2017 г., а выраженные нарушения возросли 25,8 % до 33,1 % соответственно. Нарушения каловыделения в 2017 г. устанавливалось в 22,2 % случаях от числа нарушений функции пищеварительной системы.

Стойкие нарушения функции организма приводят к той или иной степени ограничения жизнедеятельности (ОЖД). Для компенсации или устранения ОЖД в 2015-2017 гг. потребность в ТСР увеличилось с 816 в 2015 г. до 868 в 2017 г. (+ 6,4 %). Однако их удельный вес снизился от 24,0 % до 22,5 % соответственно, что ниже РФ – 24,1% и СФО – 28,5 %.

Наибольшее число рекомендаций в 2017 г. выдано детям-инвалидам на ортопедическую обувь сложную - 497 случаев, 57,3 % от числа программ с рекомендациями на ТСР, превышая показатели по РФ и СФО – 51,5 % и 51,8 %. В 2015-2016 гг. их удельный вес составлял 59,3 % и 58,1 % соответственно. Обувь на протезы и ортопедические аппараты в 2016-2017 г. рекомендовалась в 0,1 % - 1,4 %.

В анализируемый период рекомендации на обеспечение протезами (верхних и нижних конечностей) составили 15 - 9 – 16 случаев, их удельный колебался в пределах 19 % - 1,1 % - 1,8 %, что превышает значения по РФ в 2016-2017 гг. - 0,9 % - 0,8 % и СФО – 0,9 % - 1,0 %.

Нуждаемость в корсетах, головодержателях, бандажах увеличилась в 2015-2016 гг. с 57 случаев до 86 случаев на 50,9 % (29 случаев), в 2017 г. уменьшилось на 14,0 % и составила 74 случая. Их доля соответственно составляла 7,0% - 10,3 % - 8,5 %, что ниже, чем в РФ - 15,8 % и СФО - 8,9 в 2017 г.

Сохранилась высокая потребность детей-инвалидов в аппаратах и тьюторах на верхние и нижние конечности 39,4 % - 30,4 % - 33,9 %, не превышая показателе РФ - 46,2 %, СФО - 36,1 %. Абсолютное числа рекомендаций уменьшилось - 321 - 255 - 287, темп убыли - 10,6 %. Из них преобладают тьютора на нижние конечности, в структуре всех ТСР они составляют - 23,4 % - 19,1 % - 20,5 % (РФ - 25,9 %, СФО - 22,4 %).

Количество рекомендаций абсорбирующего белья, подгузников увеличилось с 181 в 2015 г. до 344 случаев в 2017 г., с ростом их доли с 22,2 % до 28,1 % соответственно. По РФ: 33,8 % - 35,2 %, по СФО: 33,6 % - 34,6 %.

Число назначений тростей опорных, костылей, опор, поручней в 2015-2017 гг. возросло с 169 - 186 - 231 случаев, темп прироста 36,7 %. Удельный вес имеет ту же тенденцию к росту - 19,9 % - 22,2 % - 26,3 % соответственно годам, не превышая в целом по РФ (31,9 %) и СФО (33,5 %).

Количество рекомендаций колясок с ручным приводом уменьшалось с 261 в 2015 г. до 204 в 2016 г. (-21,8 %); в 2017 г. отмечен рост до 284 случаев (на 39,2 % к 2016 г.). Доля их от числа ИПР (ИПРА) с рекомендациями ТСР составила 32,0 %, 24,5 %, 32,8 % соответственно годам, не превысив данные по РФ и СФО - 42,6 % и 40,7 %. Среди них преобладают коляски с ручным приводом прогулочные, в структуре всех ТСР они составляют 19,1 % - 19,4 % - 24,5 % соответственно (2017 г. по РФ - 24,4 %, СФО - 25,6 %). Рекомендации на обеспечения кресел-колясок с электроприводом в 2015-2017 гг. - 0,1 % (РФ - 0,3 %, СФО - 0,2 %).

Удельный вес рекомендаций обеспечения противопролежневыми матрацами, подушками уменьшился в 2015 - 2017 гг. от 5,6 % до 5,3 %, что ниже, чем по РФ и выше СФО в 2017 г.: 7,6 % и 4,0 % соответственно.

У детей-инвалидов с нарушением слуха число рекомендаций на слуховые аппараты в период 2015 - 2017 гг. увеличилось - 114, 134, 139 случаев, с ростом их доли в структуре ТСР с 14,0 % до 16,0 %, превысив РФ и СФО в 2017 г. - 13,8 %, 14,5 % соответственно.

Количество рекомендаций сигнализаторов звука увеличилось с 47 в 2015 г. до 59 случаев в 2017 г., с максимальным числом в 2016 г. - 71 случай. Удельный вес составил 5,8 %, 8,5 %, 6,8 %, что значительно выше, чем в целом по РФ (3,2 %) и СФО (2,3 %).

Та же тенденция отмечена с рекомендациями телевизоров с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами 43 (5,3 %), 67 (8,0 %), 54 (6,2 %); РФ и СФО в 2017 г. - 2,1 % и 1,9 %.

Потребность в обеспечении телефонными устройства с текстовым выходом в 2015-2016 гг. возросла с 48 (5,9 %) до 72 (8,6 %) и снизилась до 62 (7,1 %) в 2017 г., (РФ - 2,3 %, СФО - 2,1 %).

Детям-инвалидам с нарушением функции зрения число рекомендаций в обеспечении специальными устройствами для чтения «говорящих книг» увеличилось с 6 случаев (0,7 %) в 2015 г. до 12 случаев (1,4 %), но не выше РФ - 2,0 %, СФО - 1,6 % случаев. Нуждаемость в оптической коррекции слабовидения возросло в 2015-2016 гг. на 43,5 % (с 23 до 33) и уменьшилось на 45,5 % (18 случаев) в 2017 г. Их доля составила - 2,8 % - 3,9 % - 2,1 %, не превысив РФ - 2,7 % и СФО - 2,2 % в 2017 г.

Потребность в термометрах с речевым выходом выявлялась в 4 случаях (0,5 %) в 2015 г., по 1 случая (0,1 %) в 2016-2017 гг., и ниже, чем по РФ и СФО - 0,2 %; нуждаемость в медицинских тонометрах отсутствовала.

Количество назначенных специальных средств при нарушениях функции выделения в 2015-2017 гг. колеблется в пределах 32 - 34 случаев, и удельным весом: 3,8 % - 3,9 %; в РФ и СФО - 2,2 % и 2,4 %.

Нуждаемость детей-инвалидов в рекомендациях на обеспечение кресло-стулом с санитарным оснащением уменьшилось с 20 (2,5 %) в 2015 г. до 9 (1,0 %) случаев в 2017 г., что ниже, чем по РФ и СФО - 3,3 %, 2,7 % соответственно.

**Таким образом,** проведенный анализ периода 2015-2017 гг. зарегистрировал тенденцию к росту общего числа разработанных ИПРА детей-инвалидов. В том числе увеличилось количество ИПРА с рекомендациями на обеспечение ТСР, с тенденцией уменьшения их доли в структуре разработанных ИПРА. Среди выявленных стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 40 до 100 %) у ребенка-инвалида статодинамические нарушения занимают третье место. Из них доля выраженных и значительно нарушений увеличилось до 41,8 %. Удельный вес нарушений мочевыделительной функции возрос до 7,0 %, с преобладанием выраженных и значительно выраженных нарушений - 88,0 % - 83,4 % - 79,8 % случаев. Доля нарушения каловыделения в 2017 г. составила 22,2 % от числа нарушений функции пищеварительной системы. Данная структура нарушений функций организма и обусловила высокую потребность детей в протезно-ортопедических изделиях и ТСР для самообслуживания и передвижения.

#### **Список литературы:**

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001.-342 с.
2. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы. Приказ Минтруда России от 17.12.2015 № 1024н (ред. от 05.07.2016) Зарегистрировано в Минюсте России 20.01.2016 г. №40650. Доступ из справочной системы «Консультант Плюс». "
3. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации. Федеральный закон Российской Федерации от 24.11.1995 № 181 – ФЗ (ред. от 0703.2018). Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс».
4. Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов ТСР. Приказ Минтруда России № 998н от 9 декабря 2014 г. (ред. от 14.12.2017). Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс».

УДК 616.71-008.1

### **ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО РЕЖИМА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АМПУТАЦИЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ**

*Кантемирова Р.К.<sup>1,2,4</sup>, Свиридова Е.О<sup>1</sup>, Бурнос А.А.<sup>3</sup>, Фидарова З.Д.<sup>1</sup>, Суслев В.Г.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский государственный университет

<sup>3</sup>СПбГБУЗ «Городская больница №20»

<sup>4</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Санкт-Петербург

### **THE CHOICE OF THE OPTIMAL MODE OF THE MOTOR IN PATIENTS WHO CARRIED THE AMPUTATION OF THE LOWER LIMBS AT THE REHABILITATION STAGE**

*Kantemirova R.K.<sup>1,2</sup>, Sviridova E.O<sup>1</sup>, Burnos A.A.<sup>3</sup>, Fidarova Z.D.<sup>1</sup>, Suslyev V.G.<sup>1</sup>*

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

<sup>2</sup>Saint Petersburg State University, St. Petersburg

<sup>3</sup>SPbGBUS "City Hospital No. 20", St. Petersburg

<sup>4</sup>GBOU HPE SZGMU them. I.I. Mechnikov, St. Petersburg

**Аннотация.** В статье представлена актуальность оценки состояния сердечно-сосудистой системы у пациентов, перенесших ампутацию конечностей в результате осложнений облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей для оптимального двигательного режима при обучении ходьбе на протезе.

**Abstract.** The article presents the relevance of the assessment of the state of the cardiovascular system in patients who underwent amputation of limbs as a result of complications of obliterating diseases of the lower extremities vessels for optimal motor mode in training walking on the prosthesis.

**Ключевые слова:** протез, нижняя конечность, облитерирующих заболеваний сосудов, вариабельность сердечного ритма, толерантность к физической нагрузке.

**Keywords:** prosthesis, lower limb, obliterating vascular disease, heart rate variability, exercise tolerance.

**Актуальность.** Ампутация конечностей – крайне серьезное мероприятие, которое навсегда меняет жизнь человека. Это тяжелое испытание для здоровья и психики. Однако сегодня, благодаря достижениям медицины, люди, которые перенесли такую операцию, имеют возможность сохранять работоспособность и продолжать вести активный образ жизни. На этапе протезирования важной проблемой является оценка физического состояния инвалидов, их толерантности к физической нагрузке для выбора оптимального двигательного режима и подбора модулей протеза нижних конечностей, а также для своевременной диагностики кардиальной патологии у пациентов с генерализованным атеросклерозом, ввиду высокого сердечно-сосудистого риска и риска их внезапной смерти [1,5,11]. Наиболее часто ампутации выполняются у пациентов в возрасте 60 лет и старше, когда развиваются стойкие, не поддающиеся коррекции, нарушения кровообращения [3,4]. Учитывая постарение населения (ожидаемая продолжительность жизни при рождении в РФ в 2017г составила 72,6 года), выбор программы реабилитационных мероприятий у пожилых пациентов, подвергшихся ампутации нижних конечностей остается актуальным вопросом [5,6]. У пациента изменяется социальное положение которое ставит перед ним новые проблемы (приспособление к дефекту, изменение профессии) [4,5]. Потеря части тела психически тяжело переносится больными, разрушает приобретенный в процессе жизнедеятельности двигательный стереотип, приводит к существенному ограничению двигательной активности, снижению или потере трудоспособности [6,8]. Применение стандартных функциональных проб (ФП) - тредмил-тест; велоэргометрия; ортостатическая проба; тест 6-минутной ходьбы; проба с различными фармпрепаратами и др. у пожилых с ампутацией может быть резко ограничено или невозможно [1,2,5]. Суть тренировки в многократной, систематически повторяющейся и постепенно повышающейся физической нагрузке, которая вызывает в организме человека положительные функциональные, а порой и структурные изменения [1,2,8]. В этой связи альтернативным методом функциональной пробы нами было выбрано ручное педалирование, или так называемая мануальная велоэргометрия (МВ) [2,3,7].

Отклонения в регулирующих системах и динамика вегетативных показателей являются наиболее ранними прогностическими признаками патологического процесса [1,3,5]. Одним из методов функциональной диагностики, позволяющих решать подобные диагностические задачи, является оценка вариабельности сердечного ритма (ВСР) в комбинации с физической нагрузкой [2,9,10]. ВСР представляет собой показатель, позволяющий судить о состоянии механизмов регуляции физиологических функций в организме человека, а так же оценить функциональные резервы механизмов его управления и вегетативный баланс [3,8,9]. Это обстоятельство активно используют в функциональной диагностике, поскольку оценка ВСР позволяет объективно охарактеризовать физические возможности пациентов [4,6,9]. Также, благодаря своей неинвазивности, данный вид функционального анализа широко применяется во многих областях современной медицины [1,2,3,10].

**Цель исследования.** Оценка состояния сердечно-сосудистой системы, толерантности к физическим нагрузкам и резервных возможностей организма у пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей на этапе реабилитации.

**Материалы и методы исследования.** В клинике ФГБУ «ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта» функциональная нагрузочная проба на основе методики «ручного педалирования» - мануальная велоэргометрия была адаптирована для применения у больных с ампутированными нижними конечностями. Данная методика обладает возможностью проведения в условиях любого стационара и высокой мобильностью, так как нагрузочные пробы проводятся непосредственно в постели пациента, благодаря чему охватываются практически все группы инвалидов, подвергшихся ампутации.

Ручная велоэргометрия с оценкой показателей variability сердечного ритма выполнялась пациентам на этапе первичного протезирования. Для выявления характера адаптивных реакций организма прослеживались изменения физиологических и инструментальных параметров. Регистрацию ЭКГ и оценку variability сердечного ритма проводили по стандартной методике в исходном состоянии: фоновая запись в течение 30 с. Затем проводилась нагрузочная проба в течение шести минут с непрерывной регистрацией ЭКГ и оценкой variability сердечного ритма.

В статистическом временном анализе оценивались показатели variability сердечного ритма: HF - High Frequency компонент спектра; LF - Low Frequency компонент спектра; LF/HF - индекс соотношения симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы; VLF - Very Low Frequency компонент спектра; TP - Total power - Общая мощность спектра или полный спектр частот, характеризующих ВСР; RRNN - средняя длительность интервалов R-R. Полученные данные сопоставлялись со стандартизованными нормальными значениями variability сердечного ритма (спектрального анализа 5-минутной записи ЭКГ).

Обследовано 40 пациентов пожилого и старческого возраста: 11 женщин и 29 мужчин в возрасте от 61 до 87 лет (средний возраст 71 год). Группа пациентов с облитерирующим атеросклерозом составила 32 человека (80% обследуемых), группа пациентов с сахарным диабетом – 8 человек (20% обследуемых). Контрольную группу составили 20 пациентов сопоставимого возраста без сахарного диабета и кардиологических заболеваний, которым была проведена ампутация по поводу травмы.

Результаты обрабатывались с применением параметрических и непараметрических методов математической статистики с использованием пакета программного обеспечения «Statistica 6.1». Данные представлены как  $M \pm m$  (среднее  $\pm$  стандартное отклонение).

**Результаты исследования и их обсуждение.** В основу анализа ВСР по коротким записям ЭКГ с проведением функциональной нагрузочной пробы - ручной велоэргометрии была положена оценка общей мощности ВСР (TP) и её главных спектральных составляющих. В частности, низкочастотной компоненты (LF), главный вклад в которую создаёт симпатическая модуляция сердечного ритма и компоненты высоких частот (HF), отражающей парасимпатические влияния. Также высчитывалось их соотношение (табл. 1).

В покое у больных всех трёх групп наблюдается снижение общей мощности спектра ВСР, что характерно, в целом, для пациентов пожилого возраста. Однако, только у больных сахарным диабетом выявлено очень резкое снижение TP за счёт уменьшения амплитуд всех спектральных компонент, что может быть объяснено лишь наличием тяжёлой автономной диабетической нейропатии.

У больных этой группы на фоне проведения пробы наблюдается сильное смещение ВСР в сторону симпатических влияний, (соотношение LF/HF  $0,531 \rightarrow 1,02$ ), что свидетельствует об истощении регуляции и невозможности изменять вегетативный баланс адекватно нагрузке.

Снижение адапционных резервов сердечно-сосудистой системы, также, подтверждается недостаточной степенью прироста ЧСС при нагрузке, оцениваемой по среднему RR-интервалу (RRNN). Подобные результаты свидетельствуют о том, что у всех

пожилых больных с ОАСНК имеет место сопутствующая кардиальная патология в той степени выраженности, которая угнетает реактивность сердечно-сосудистой системы и её компенсаторные возможности.

Иными оказались результаты в группах ДАСНК и контроля. При сниженной фоновой ВСР в ходе выполнения пробы баланс активации был смещён в сторону парасимпатического звена регуляции; наблюдался соответственный прирост ЧСС. Данное обстоятельство свидетельствует о большей (в сравнении с ОАСНК) сохранности резервов вегетативного обеспечения физической деятельности у больных с диабетом, даже при наличие диабетической нейропатии.

Таблица 1 - Результаты исследования ВСР у пациентов с ампутацией нижних конечностей по поводу облитерирующего атеросклероза (ОАСНК), по поводу осложнений диабета (ДАСНК) и ампутацией по поводу травмы (контрольная группа).

<b>Ампутация по поводу облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей (ОАСНК)</b>						
Показатели ВСР	TP мс <sup>2</sup>	VLF мс <sup>2</sup>	LF мс <sup>2</sup>	HF мс <sup>2</sup>	LF/HF	RRNN мс
Фоновая запись (30 с)	1739±616	291±188	502±172	945±353	0,531±0,34	748±87
Мануальная велоэргометрия (6 минут)	21848±1362 1	5986±3237	11624± 9505	11348± 4926	1,02±0,157	631±166
<b>Ампутация по поводу диабетической ангиопатии сосудов нижних конечностей (ДАСНК)</b>						
Фоновая запись (30 с)	143±114	59±93	47±37	35±33	1,34±0,175	825±77
Мануальная велоэрго-метрия (6 минут)	17656±9356	1516±1187	4850±1474	8789± 4175	0,55± 0,115	629±67
<b>Ампутация по поводу травмы</b>						
Фоновая запись (30 с)	2133±157	338±84	1122±457	672±93	1,7±0,128	811±78
Мануальная велоэргометрия (6 минут)	15680±5320	12320±324 8	4978±1326	10386± 2584	0,48± 0,112	602±86

(TP - Total power) - Общая мощность спектра или полный спектр частот, характеризующих ВРС, HF - High Frequency - высокочастотный компонент спектра, LF- Low Frequency - низкочастотный компонент спектра, LF/HF - индекс соотношения симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, VLF - Very Low Frequency - очень низкочастотный компонент спектра, RRNN - средняя длительность интервалов R-R.

Всем пациентам проводились лечебные мероприятия для подготовки общесоматического состояния к предстоящим физическим нагрузкам и подготовки культуры к противоестественным нагрузкам в протезе. По результатам повторной велоэргометрии, после проведенного лечения, определения группы двигательной активности были установлены режимы пользования протезом. После обучения стояния на протезе пациенты приступали к дозированной ходьбе.

**Заключение.** Пациенты пожилого возраста, перенёвшие ампутацию на фоне критической ишемии, диабетической ангиопатии нижних конечностей, в подавляющем большинстве случаев имеют поражение других органов и систем. Однако тяжесть основной и сочетанной патологии, их значение для процесса протезирования может существенно отличаться, и у данной категории пациентов будет влиять на выбор группы двигательной активности, сроки и сложность протезирования, минимизацию рисков сердечно-сосудистых осложнений. Учитывая полученные данные, принадлежность больного к группе с той или



иной основной нозологией целесообразно учитывать в комплексной оценке как один из наиболее важных критериев, напрямую определяющих индивидуальный реабилитационный потенциал. С клинической точки зрения, при проведении протезирования у пожилых больных с ампутированными дефектами это будет влиять на выбор группы двигательной активности, сроки и сложность протезирования, минимизацию рисков сердечно-сосудистых осложнений. С учётом указанных преимуществ, применение методики совмещающей оценку variability сердечного ритма и пробу с физической нагрузкой при выполнении ручной велоэргометрии может способствовать снижению экономических затрат и увеличению количества пациентов, активно пользующихся протезами.

### Список литературы:

1. Бокерия Л.А., Бокерия О.Л., Волковская И.В. Variability сердечного ритма: методы измерения, интерпретация, клиническое использование // *Анналы аритмологии*. - 2009.- № 4. – С.21-32.
  2. Бурнос А.А., Сердюков С.В., Кантемирова Р.К. Анализ variability сердечного ритма у пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших ампутацию нижних конечностей, на этапе подготовки к протезированию. // *Ж.: Клиническая геронтология*. – СПб., № 3-4, 2016. – С. 23-28.
  3. Бурнос А.А., Кантемирова Р.К., Крюков А.С., и др. Выбор оптимальной функциональной пробы для оценки толерантности к физическим нагрузкам пациентов пожилого и старческого возраста при подготовке к первичному протезированию // *Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов*. 2017. № 2 (64). С. 34-35.
  4. Кантемирова Р.К. Система комплексной медико-социальной реабилитации граждан пожилого возраста и инвалидов // *Профилактическая и клин.медицина*. 2010. Спец. выпуск. С. 113–120.
  5. Кантемирова Р.К. Модели гериатрической реабилитации // *Гериатрия: национальное руководство* / под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. – М. : ГЕОТАР-Медиа, 2018. – 608 с.
  6. Суляев В.Г., Щербина К.К., Кантемирова Р.К., и др. Подготовка и лечебно-тренировочное протезирование инвалидов пожилого возраста с культей голени и бедра. // *Методическое пособие* - СПб, 2017. – С. 75.
  7. Burnos A.A., Kantemirova R.K., Sviridova E.O., i dr. Selection of the functional tests to assess the state of cardiovascular system in elderly patients undergoing lower limb amputation // *International Symposium of Experts "Effective Modern Approaches in Anti-Aging Medicine and Gerontology"* April 13-14, 2018, Stockholm, 2018. - С.20-24
  8. Goldkorn R., Naimushin A., Shlomo N., i dr. Comparison of the usefulness of heart rate variability versus exercise stress testing for the detection of myocardial ischemia in patients without known coronary artery disease // *Am J Cardiol*. 2015. Vol. 115(11). P. 1518-1522.
  9. Hawkins AT., Henry AJ., Crandell DM., i dr.systematic review of functional and quality of life assessment after major lower extremity amputation // *Ann Vasc Surg*. 2014. Vol. 28(3). P.763-780.
  10. Kingsley JD., Figueroa A. Acute and training effects of resistance exercise on heart rate variability// *Clin Physiol Funct Imaging*. 2014. doi: 10.1111/cpf.12223. (Epub ahead of print).
- Ponomarenko G.N., Sviridova E.O., Kantemirova R.K., i dr. Physical rehabilitation of patients with ischemic heart disease with amputation of The lower extremities // "Congress of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine" 8-12 July, Paris, France, 2

## ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛЬНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ГЛАВНОМ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Рыбченко Н. В., Баранова Л. Ю., Сасси Н. Ю.  
ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России, г. Иркутск

## THE STRUCTURE OF CONTROL AND METHODOLOGICAL WORK IN THE HEAD BUREAU OF MEDICAL-SOCIAL EXPERTISE IN IRKUTSK REGION

Ryibchenko N. V., Baranova L. Y., Sassi N. Y.  
Head bureau of medical-social expertise in Irkutsk region of Ministry of Labor and Social Development of Russia, Irkutsk

**Аннотация.** В Главном бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области сформирован уникальный алгоритм контроля качества экспертной работы. По результатам контроля разрабатывается стратегия образовательного процесса, направленного на повышение квалификации кадров. Обучение проводится силами сотрудников учреждения и привлечённых специалистов с использованием инновационных образовательных методик.

**Abstract.** In the Head bureau of medical-social expertise in Irkutsk region, the unique algorithm of quality control of expert work had been created. On base of this quality control, educational process (aimed to professional development of staff) strategy is developed. Internal staff and external experts with use of innovative educational techniques provide the training.

**Ключевые слова:** медико-социальная экспертиза, контроль, организационная работа, методическая работа

**Keywords:** medico-social examination, control, organizational work, methodical work

Предоставление государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы требует строгого соблюдения установленных сроков, стандарта и последовательности административных процедур и административных действий, а также порядка взаимодействия с получателями госуслуги, органами государственной власти и органами местного самоуправления, учреждениями и организациями. С учётом современных требований повышения доступности, объективности и прозрачности деятельности учреждений медико-социальной экспертизы актуальность контроля качества предоставления государственной услуги существенно повышается [1]. Порядок и формы текущего контроля за полнотой и качеством предоставления государственной услуги закреплены Административным регламентом по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, утверждённым приказом Минтруда России от 29.01.2014 N 59н. В целях организации работы по контролю на должном уровне в Главном бюро МСЭ по Иркутской области также используется возможность локального правового регулирования. Данный раздел деятельности регламентирован набором документов, утвержденных приказами и распоряжениями руководителя – главного эксперта. Приняты локальные нормативные акты, определяющие порядок организации работы Главного бюро по контролю качества, включая распределение обязанностей и закрепление ответственности должностных лиц по отдельным его направлениям, документационное оформление, порядок принятия управленческих решений и др. В 2014 году впервые было утверждено главным экспертом Положение о контроле качества предоставления государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы в федеральном казенном учреждении «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, которое в последствии дополнено локальными нормативными актами, регулируемыми алгоритмы контроля с учётом актуальных текущих задач.

С 2017 года в учреждении идёт активное обновление локальной нормативной базы по контролю качества предоставления государственной услуги по проведению медико-

социальной экспертизы с закреплением уникальных механизмов, предоставляемых ИС ЕАВИИАС МСЭ. Существенную методическую помощь и поддержку в формировании современных алгоритмов контроля оказали учреждению специалисты Федерального бюро МСЭ в апреле-мае 2017 года в период обучения руководящего состава на рабочих местах в Федеральном бюро МСЭ по теме «Использование функционала Единой автоматизированной вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы по проведению медико-социальной экспертизы (ЕАВИИАС МСЭ), в том числе в части назначения технических средств реабилитации» и в ходе выездного цикла повышения квалификации в июне-июле 2017 года в городе Иркутске. Эффективность применения данных алгоритмов доказана временем.

В настоящее время контроль организации медико-социальной экспертизы в учреждении осуществляется путём:

1. текущего и периодического контроля за экспертными решениями в соответствии с Порядком осуществления текущего и промежуточного контроля за экспертными решениями бюро-филиалов и экспертных составов ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России с использованием набора фильтров для раздела Расширенный поиск ИС ЕАВИИАС МСЭ, утверждённого приказом руководителя учреждения от 14 июля 2017 года (актуализирован 14 августа 2018 г.);

2. мониторинга назначения технических средств реабилитации (далее – ТСР) в индивидуальных программах реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида)(далее – ИПРА) согласно соответствующему Порядку, утверждённому приказом руководителя от 14 августа 2018 года № 144 (первоначальная версия – от августа 2017 года); при этом мониторинг назначения ТСР в ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) осуществляется ежемесячно накопительным итогом в сравнении с аналогичным периодом прошлого года в разрезе бюро-филиалов); в случае выявления по результатам мониторинга значительного или регулярного прироста показателей назначается сплошная проверка дел МСЭ. К обоим Порядкам утверждён Пакет фильтров, который оперативно актуализируется при изменении законодательства; при выявлении дефектов в ходе осуществления данной работы принимаются меры к незамедлительному их устранению;

3. контроля за движением бланков строгой отчетности в соответствии с Порядком учета, хранения и выдачи бланков строгой отчетности в ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России, утверждённым приказом руководителя учреждения от 10 мая 2018 года, согласно которому руководитель бюро/экспертного состава и сотрудник, ответственный за ведение Книги учета выданных бланков справок, ежедневно по окончании заседания и до перевода дел в ЕАВИИАС МСЭ в статус «Завершено. Документы выданы» осуществляют сверку номеров выданных БСО в ЕАВИИАС МСЭ с номерами в Книге учета выданных бланков справок и в срок до 1 числа месяца, следующего за отчетным, в организационно-методический отдел представляется акт сверки номеров выданных БСО в ЕАВИИАС МСЭ с номерами в Книге учета выданных бланков справок; при этом экспертные составы проводят сверку сведений ИС ЕАВИИАС МСЭ и Книг учета при проведении проверок (не менее 30% от выданных БСО), а также используется возможность проведения внеплановых проверок комиссией из специалистов административного аппарата;

4. мониторинга выполнения постановления Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом»: в соответствии с распоряжением руководителя утверждены контрольные и методические мероприятия в целях выполнения законодательных норм (руководители экспертных составов осуществляют тотальный контроль за выполнением Правил при вынесении курируемыми бюро экспертными решениями в части: срока при котором группа инвалидности (категория ребенок-инвалид) устанавливается бессрочно (до достижения возраста 18 лет); выбора срока, на который устанавливается категория ребенок-инвалид; формы проведения экспертизы (очно/заочно); свод результатов контрольных мероприятий формируется в виде таблицы

«Анализ допущенных ошибок в медико-экспертных документах», заполняемой еженедельно бюро, экспертными составами.

5. ежедневного контроля выгрузки сведений, подлежащих включению в федеральную государственную информационную систему «Федеральный реестр инвалидов» согласно Инструкции, утвержденной распоряжением руководителя от 18.07.2018 № 71);

6. контроля так называемой очередности (период между датой подачи заявления и датой проведения МСЭ).

Помимо текущего контроля, плановых и внеплановых проверок полноты и качества предоставления государственной услуги, по распоряжениям руководства экспертными составами и администрацией осуществляются тематические проверки различных направлений работы. Например, ежемесячные проверки выявления причин повышенной нагрузки на одно заседание и принятия организационных мер по их устранению; работы бюро по приёму направлений из медицинских организаций по реестрам в целях реализации Плана мероприятий, утверждённого приказом Минтруда России от 2 августа 2018 года № 515.

Результаты контроля служат основой для дифференцированного распределения выплат стимулирующего характера сотрудникам и определяют наиболее актуальные направления методической работы учреждения.

Анализ дефектов, выявленных в ходе проведения контрольных мероприятий, заставил по-новому взглянуть на организацию работы по повышению квалификации кадров, обновить методологию непрерывного образовательного процесса, ведущегося силами администрации и специалистов учреждения. Актуальность обучения обусловлена и притоком в последние месяцы новых кадров из медицинских организаций, преимущественно заинтересованных привлекательностью работы в учреждении МСЭ в связи с неукоснительным исполнением Указа Президента РФ от 07.05.2012 N 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики" по повышению заработной платы медицинским работникам.

С 2017 года в соответствии с утвержденными руководителем планами-графиками обучения специалистов в учреждении проводится [5]:

- обучение всех специалистов учреждения в режиме постоянно действующих семинаров с использованием в том числе дистанционных форм обучения (режима видеоконференции Skype) для бюро, расположенных за пределом областного центра;
- обучение специалистов бюро на рабочих местах руководителями экспертных составов, в том числе в режиме выездных заседаний по организационно-методической работе в бюро, расположенные за пределами областного центра.

Обучающие мероприятия проводятся в среднем 2 – 3 раза в месяц в дни заседаний по организационно – методической работы.

Основные тематические блоки непрерывного образовательного процесса:

1. Совместное изучение новых нормативных правовых актов в сфере МСЭ и реабилитации.

2. Алгоритм формирования экспертного решения. (последовательность действий специалистов бюро при предоставлении государственной услуги по проведению МСЭ, критерии определения степени выраженности стойких расстройств функций организма и ограничений основных категорий жизнедеятельности человека – на основе нормативных правовых документов и методических рекомендаций федеральных научно-практических центров [2] [4]).

3. Показания и противопоказания обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации.

4. Делопроизводство в ЕАВИИАС.

5. Формирование отдельных разделов ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) с участием представителей РОИВ, на которые возложено проведение мероприятий, предусмотренных ИПРА (для информирования о возможностях реабилитации как на

территории области, так и в отдельных муниципальных образованиях), а также самих инвалидов (для демонстрации результатов эффективно проведенных реабилитационных мероприятий) – в целях повышения компетентности и мотивации специалистов МСЭ.

6. Организация обучения специалистов учреждения по использованию функционала ЕАВИИАС МСЭ.

7. Обучение работе с электронными сервисами:

-электронный листок нетрудоспособности

- портал госуслуг

8. Этика и деонтология, правила служебного поведения.

9. Оказание работниками учреждения необходимой помощи инвалидам и другим маломобильным категориям граждан в преодолении барьеров, мешающих получению ими государственной услуги по проведению МСЭ.

При проведении обучения используются четыре основные формы работы – лекции, семинарские занятия, интерактивные деловые игры, тренинги и их комбинации.

Например, интерактивные игры наиболее эффективны при отработке последовательности действий специалистов бюро при предоставлении государственной услуги по проведению МСЭ, этике и деонтологии, обучению оказания необходимой помощи инвалидам и другим маломобильным категориям граждан в преодолении барьеров. Тренинги используются чаще всего для формирования стилей эффективной коммуникации и бесконфликтного поведения

Наиболее эффективными инструментами мы считаем представление информации в виде презентаций, использование блок-схем и алгоритмов. С целью получения обратной связи, активного участия всех специалистов в обучении применяется решение ситуационных задач на материалах сложных экспертных случаев, проведение тренингов по типичным конфликтным ситуациям [3], в том числе на основе реальных экспертных ситуаций (по результатам мониторинга руководителем материалов аудиовидеофиксации процесса освидетельствования).

Круг участников мероприятий зависит от темы и формы проведения:

Все сотрудники экспертных подразделений; специалисты, участвующие в принятии экспертного решения; сотрудники регистратуры; сборные группы – например, «сборные» бюро, составленные из сотрудников разных экспертных подразделений при проведении деловой игры для отработки последовательности процедур при проведении МСЭ – для формирования единообразия подходов во всех экспертных подразделениях, отдельные бюро – при проведении обучения экспертными составами на выездных заседаниях в бюро, расположенные за пределами области либо при проведении тренингов по работе с конфликтными ситуациями.

В целях повышения уровня компетентности специалистов, работающих с инвалидами, пострадавшими в результате несчастных случаев на производстве, законными представителями и уполномоченными, для участия в обучающих мероприятиях привлекаются сотрудники (техники-протезисты, врачи) ФГУП «Иркутское протезно-ортопедическое предприятие» Минтруда России и ГУ-ИРО ФСС, проведение обучающих экскурсий и занятий на базе Иркутского протезно-ортопедического предприятия. Мастер-классы и тренинги по оказанию ситуационной помощи инвалидам проводят руководители региональных отделений ВОИ, ВОГ и ВОС – советник мэра г. Иркутска по организации доступной среды для инвалидов и маломобильных категорий граждан (являющийся инвалидом-колясочником), сертифицированные эксперты по доступной среде – инвалиды (слабовидящие, слабослышащие, инвалиды-колясочники).

Интересным опытом считаем проведение комплексного обучающего мероприятия со специалистами нашего учреждения и ГУ-ИРО ФСС на базе кабинетов социально-бытовой и

социально-средовой адаптации (г. Иркутск, г. Усолье-Сибирское, г. Братск) с интерактивной демонстрацией процедуры предоставления государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы.

Для анализа полученных результатов по каждому тематическому блоку разрабатывается тестовый контроль и поводится тестирование специалистов на усвоение полученных знаний и для выявления проблемных зон.

В 2018 г. к подготовке и проведению обучающих мероприятий стали шире привлекаться специалисты бюро, особенно специализированных, большее внимание «обратной связи» и интерактивным формам обучения, когда участники не являются пассивными слушателями, а являются полноправными участниками процесса.

Алгоритм контрольно-методических мероприятий, действующий в Главном бюро МСЭ по Иркутской области, постоянно совершенствуется, гибко изменяется согласно потребностям, что позволяет сохранять и повышать качество предоставления государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы.

Литература:

1. Концепция совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов (утв. Минтрудом России).

2. Коробов М.В. Основные положения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Учебно-методическое пособие. – СПб: СПбИУВЭЖ, 2013.

3. Козлов С.И., Шабалина Н.Б. Деонтология и управление конфликтами в медико-социальной экспертизе // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2017/3. С. 45-55.

4. Морозова Е.В., Дымочка М.А., Козлов С.И., Жукова Е.В. Этика и деонтология в практической деятельности специалистов учреждений МСЭ, тактика бесконфликтного поведения: методическое пособие – М. 2014.

5. Чикинова Л.Н. Об актуальных направлениях повышения квалификации специалистов учреждений медико-социальной экспертизы// Медико-социальные проблемы инвалидности. 2017/3. С. 60-63.

УДК 159.9.072.422

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.**

Запарий С.П., Герасимова М.Н.

ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России, Москва

## **PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF REHABILITATION AND HABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES AS A RESULT OF BREAST CANCER**

Zaparyi S. P., Gerasimova, M. N.

FKU "GB MSE across Moscow" the Ministry of labour of Russia, Moscow

**Аннотация.** В данной статье представлены результаты анализа динамики и структуры первичной инвалидности рака молочной железы (РМЖ), изучения психологического статуса и рекомендованных реабилитационных мероприятий инвалидам вследствие РМЖ взрослого населения города Москвы. Злокачественные новообразования молочной железы занимают главенствующее место среди инвалидизирующих заболеваний у женщин. Само установление диагноза злокачественного новообразования молочной железы у женщин является сильным травматическим стрессором и сопровождается интенсивным переживанием негативных эмоций страха, беспомощности, угрозы собственной жизни, нарушения сексуальных,

семейных и социальных отношений. Поэтому психологический аспект является важным компонентом реабилитационных мероприятий для больных РМЖ. Анализ рекомендаций реабилитационных мероприятий в ИПРА инвалида в городе Москве за период 2015-2017 гг. показывает высокую востребованность в мероприятиях медицинской, профессиональной, социальной реабилитации, включая социально-психологическую реабилитацию. Такая комплексная реабилитация позволяет максимальную реализацию реабилитационного потенциала каждой женщины.

**Abstract:** this article presents the results of the analysis of the dynamics and structure of the primary disability of breast cancer (breast cancer), the study of the psychological status and recommended rehabilitation measures for people with disabilities due to breast cancer of the adult population of Moscow. Malignant neoplasms of the breast occupy a dominant place among women with disabilities. The very establishment of the diagnosis of breast cancer in women is a strong traumatic stress and is accompanied by an intense experience of negative emotions of fear, helplessness, threats to their own lives, violations of sexual, family and social relations. Therefore, the psychological aspect is an important component of rehabilitation measures for patients with breast cancer. Analysis of recommendations of rehabilitation measures in IPRA of disabled person in Moscow for the period 2015-2017. it shows high demand in medical, professional, social rehabilitation activities, including social and psychological rehabilitation. Such comprehensive rehabilitation allows the maximum implementation of the rehabilitation potential of every woman.

**Ключевые слова:** структура инвалидности, группы инвалидности, психологический статус, злокачественные новообразования молочной железы, реабилитационные мероприятия, социально-психологическая реабилитация.

**Key words:** structure of disability, disability groups, psychological status, malignant neoplasms of breast, rehabilitation measures, social and psychological rehabilitation.

**Актуальность.** Злокачественные новообразования, в силу их широкой распространенности продолжают оставаться важнейшей проблемой здравоохранения практически всех стран мира. РМЖ занимает первое место в структуре заболеваний злокачественными новообразованиями среди женщин в Российской Федерации, так и в странах Западной Европы и Америки.

Специфическими особенностями заболеваний злокачественными новообразованиями является не только непосредственное ощущение угрозы жизни во время установления диагноза, но и хронический характер этой угрозы, калечащая операция, тяжелое, длительное и токсическое послеоперационное лечение, способное приводить к возникновению сопутствующих заболеваний. Установление диагноза злокачественное новообразование сопровождается необычайно сильными эмоциональными переживаниями, которые разрушают наиболее важные стереотипы поведения, у больных меняется социальный статус, отношение к себе и к окружающим, жизненные ценности также претерпевают изменения [4].

РМЖ у женщин нередко приводит к ограничению или утрате трудоспособности и инвалидности, снижают качество жизни. Высокий уровень нарушения психического здоровья среди онкологических больных отмечается многими исследователями, что подтверждает актуальность рассмотрения различных аспектов этой проблемы [3].

Поэтому большое значение для этого контингента больных имеет реабилитация, в том числе включающая в себя меры психологической помощи и поддержки. Ведь эмоциональное и интеллектуальное состояние играет существенную роль как в восприимчивости к болезням, включая рак, так и в избавлении от них. Эффективность психологических реабилитационных программ во многом зависит от преморбидных особенностей личности, от сформированности защитных механизмов. В связи с этим, в самом начале разработки рекомендаций по мерам реабилитации, направленных на формирование адекватного отношения к заболеванию, крайне важной задачей является оценка психологического статуса инвалида [2].

Высокие показатели инвалидности среди женщин вследствие РМЖ, а также необходимость проведения реабилитационных и абилитационных мероприятий обусловили необходимость проведения исследования.

**Цель исследования.** Изучить динамику и структуру первичной инвалидности вследствие РМЖ, исследовать психологический статус и рекомендованные реабилитационные мероприятия данному контингенту инвалидов.

**Материалы и методы.** Изучен контингент лиц, впервые признанных инвалидами вследствие злокачественных новообразований молочной железы среди взрослого населения города Москвы, в том числе с учетом групп инвалидности. Проанализированы рекомендованные реабилитационные мероприятия указанным инвалидам. Проведено экспериментально-психологическое исследование лиц, направленных на медико-социальную экспертизу. Анализ проведен на основании данных формы федерального государственного статистического наблюдения №7–собес, сведений электронной базы данных ЕАВИИАС МСЭ, изучения психологического статуса больных при проведении медико-социальной экспертизы. Методы исследования: аналитический, сравнительного анализа, беседа, экспериментально-психологическое исследование. Период исследования: 2015-2017 гг.

#### Результаты и обсуждение.

Количество женщин, впервые признанных инвалидами (далее – ВПИ) в г. Москве в период с 2015 по 2017 гг. уменьшилось от 30131 человек до 26962 чел. С диагнозом РМЖ установлена инвалидность в 2015 году 2918 чел. (9,68%), в 2016 – 2641 чел. (9,0%), 2017 – 2641 чел. (9,8%). Удельный вес женщин ВПИ с диагнозом РМЖ, имеет тенденцию к увеличению за период с 2015 по 2017 год с 9,68% до 9,8% с незначительным уменьшением в 2016 году – 9,0% (Таблица 1).

Таблица 1 – Первичная инвалидность вследствие РМЖ среди женщин г. Москвы за период 2015-2017 гг. (абс. число, %, уровень на 10 тыс. населения)

Показатель	Годы					
	2015		2016		2017	
	абс.число	уровень	абс.число	уровень	абс.число	уровень
Впервые признаны инвалидами женщины	30131	45,8	29359	44,2	26962	40,4
Из них с диагнозом РМЖ	2918	4,4	2641	4,0	2641	4,0
уд.вес, %	9,68	-	9,0	-	9,8	-

Структура контингента ВПИ вследствие онкологических заболеваний молочной железы среди взрослого населения г. Москвы представлена в основном инвалидами II и III групп, с незначительным преобладанием инвалидов II группы (Таблица 2). Доля инвалидов III группы за три года незначительно, но стабильно увеличивалась с 41,8% в 2015 году до 43% в 2017 году. Доля инвалидов II группы колебалась в границах 47,2%, 48,2%, 45,7% соответственно по годам. Меньше всего было инвалидов I группы, в 2015 году их доля составляла 10,9%, уменьшилась в 2016 году до 10,4% и в 2017 году увеличилась до 11,2%.



Таблица 2 – Показатели первичной инвалидности вследствие РМЖ среди женщин г. Москвы с учетом групп инвалидности за период 2015-2017 гг. (абс. число, %, уровень на 10 тыс. населения)

Показатели	Годы					
	2015		2016		2017	
	абс.число	уровень	абс.число	уровень	абс.число	уровень
Всего ВПИ	2918	4,4	2641	4,0	2641	4,0
I группа	320	0,5	275	0,4	297	0,4
уд.вес, %	10,9	-	10,4	-	11,2	-
II группа	1377	2,1	1272	1,9	1208	1,8
уд.вес, %	47,2	-	48,2	-	45,7	-
III группа	1221	1,8	1094	1,6	1136	1,7
уд.вес, %	41,8	-	41,4	-	43	-

С целью изучения психологического статуса больных РМЖ для последующей разработки рекомендаций по социально-психологической реабилитации было проведено 138 экспериментально-психологических обследований. Оно включало в себя проведение клинической беседы, экспериментальный анализ психических процессов, эмоционально-волевой сферы и особенностей личности (Таблица 3).

Таблица 3 – Психологический статус инвалидов вследствие онкологического заболевания молочной железы среди женщин г. Москвы с учетом групп инвалидности за период 2015-2017 гг. (абс. число, %)

	I группа n=13		II группа n=58		III группа n=67	
	абс.число	%	абс.число	%	абс.число	%
Результаты клинической беседы в том числе:						
Симптомы тревоги и страха	8	61,5	52	89,6	32	47,8
Эмоциональная лабильность, астения	11	84,6	38	65,5	57	85
Симптомы депрессии	9	69,2	26	44,8	38	56,7
Снижение сексуальности	13	100	43	74,1	26	38,8
Убежденность в том, что они инвалиды	13	100	49	84,5	41	61,1
Изменения социального статуса	13	100	51	87,9	37	55,2
Нарушения психических процессов в том числе:						
Атентивные нарушения	10	76,9	12	20,6	13	19,4
Мнестические нарушения	5	38,4	5	8,6	9	13,4
Нарушения мыслительной деятельности	1	7,6	2	3,4	4	5,9
Нарушения эмоционально-волевой сферы по методике Бека:						
Когнитивно-аффективные проявления депрессии	4	30,8	30	51,8	55	82,1
Соматические проявления депрессии	9	69,2	22	37,9	12	17,9

По результатам проведенного исследования было выявлено, что преобладающее большинство женщин испытывает психологические проблемы, обусловленные заболеванием РМЖ и перенесенным тяжелым лечением. Практически все больные испытывали чувство тревоги, неуверенности в будущем, опасения за свое здоровье и отмечали сопутствующее

этому снижение настроения, нарушения сна и аппетита, снижение продуктивности умственной и физической деятельности. Наиболее часто симптомы тревоги и страха встречались у инвалидов II группы - 89,6%, I группы - 61,5%, III группы - 47,8%. Состояние психологического дискомфорта сопровождалось мыслями о не востребованности обществом, опасениями по поводу возможного обострения онкологического процесса, тревожными ожиданиями нарушений внутрисемейных и межличностных отношений в связи с изменением внешнего облика. Так, депрессивные проявления были выявлены у 69,2% инвалидов I группы, 44,8% и 56,7% инвалидов II и III групп соответственно. Особо остро пациентки переживали по поводу утраты сексуальности, привлекательности для спутника жизни - инвалиды I группы - 100%, инвалиды II группы - 74,1%, инвалиды III группы - в 38,8% случаев.

Многие пациентки после радикального лечения, даже на начальных стадиях заболевания твердо убеждены, что являются инвалидами. Так было выявлено, что пациентам, которым была установлена I группа инвалидности, были убеждены в том, что они инвалиды в 100% случаях, инвалиды II группы - 84,5%, и инвалиды III группы - 61,1%. Убеждены они и в том, что найти работу будет крайне сложно, тем более, если требуется профессиональная переориентация. Они нередко чувствуют себя бесполезными, брошенными на произвол судьбы, обиженными на весь окружающий мир из-за своих недугов. Вследствие чего изменяется социальный статус больных, сужается круг контактов, нарушаются личные и семейные планы, достижение определенных целей становится невозможным, видоизменяются привычный уклад и стиль жизни: Среди инвалидов I группы в 100% случаях, у инвалидов II группы в 87,9% и инвалидов III группы - 55,2%. Следует отметить, что указанные аспекты являются важными компонентами при формировании мероприятий по профессиональной и социальной реабилитации.

Анализ психических процессов, включающий исследование памяти, внимания и мышления показывает, что при сохранности функций памяти и мышления, отмечается истощаемость и неустойчивость внимания. У инвалидов I группы в 76,9% случаях, у инвалидов II группы в 20,6%, и у инвалидов III группы - 19,4%, обследуемым трудно сосредоточиться на предлагаемом исследовании, они быстро утомляются и теряют интерес к выполнению заданий.

Изучение эмоционально-волевой сферы при помощи методики Бека для выявления депрессивных состояний показывает, что женщинам, которым установлена I группа инвалидности присуще депрессивное состояние умеренной степени с преобладанием соматических проявлений депрессии (69,2%). Им свойственна постоянная слабость, физическое переутомление, нарушения сна и аппетита, снижение веса и сексуальной активности. У инвалидов II и III групп преобладает когнитивно-аффективный компонент депрессии (51,8% и 82,1% соответственно). Им трудно сосредоточиться на чем-либо, кроме травматического переживания, их состояние сопровождается чувствами тревоги, ощущениями безнадежности. В той или иной ситуации, им свойственно считать, что они виноваты в чем-то и болезнь «наказывает их за это». Отмечается плаксивость, раздражительность, отсутствие интереса к другим людям.

Таким образом, проведенное исследование психологического статуса инвалидов ясно показывает наличие значительных психологических проблем, обусловленных онкологическим заболеванием и перенесенным тяжелым лечением, что обуславливает необходимость проведения мер социально-психологической адаптации.

Реабилитация инвалидов после радикального лечения РМЖ включает в себя медицинскую реабилитацию, мероприятия по психологической и социальной реабилитации, а также обеспечение техническими средствами реабилитации: протезирование молочной железы и компрессионный рукав.

Таблица 4 – Абсолютное число ИПРА, разработанных для впервые признанных инвалидов вследствие РМЖ среди женщин г. Москвы с учетом рекомендованных реабилитационных мероприятий за 2015-2017 гг. (абс. число, %)

Показатели	Годы					
	2015		2016		2017	
	абс.число	%	абс.число	%	абс.число	%
Всего	2918	100	2641	100	2641	100
Из них:						
медицинская реабилитация	2918	100	2641	100	2641	100
профессиональная реабилитация	703	24,1	164	6,2	228	8,6
социальная реабилитация	2918	100	2641	100	2641	100
в том числе мероприятия по социально-психологической реабилитации	696	23,9	1552	58,8	1799	68,1
ТСР	1776	60,9	1411	53,4	1329	50,3
в том числе:						
протезирование молочной железы	1585	54,3	1269	48,0	1223	46,3
бандаж на верхнюю конечность	769	26,4	560	21,2	404	15,3

Число индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалида (далее – ИПРА), разработанных для впервые признанных инвалидов вследствие злокачественного новообразования молочной железы среди женщин г. Москвы несколько уменьшилось, в сравнении с 2015 годом, когда было разработано и выдано 2918 ИПРА в 2017 году было выдано 2641 ИПРА, меньше на 9,4% (Таб. 4).

Практически всем инвалидам была рекомендована медицинская и социальная реабилитация, потребность в них составила 100,0%. В том числе большую долю составляют мероприятия социально-психологической реабилитации: 23,9% в 2015 году, 58,8% - 2016 году и 68,1% в 2017 году. Данные показатели соотносятся с результатами экспериментально-психологического обследования. В целом за исследуемый период назначение рекомендаций по социально-психологической реабилитации увеличилось на 61,3%, что также связано с изменениями в законодательных актах по разработке ИПРА инвалида.

Структура мероприятий, рекомендованных в ИПРА инвалида, характеризовалась тенденцией к снижению потребности в ТСР: в 2015 году – 60,9%, 2016 году – 53,4%, 2017 году – 50,3%. Среди ТСР чаще всего инвалидам вследствие РМЖ рекомендовались протезирование молочной железы (2015 г. – 54,3%, 2016 г. – 48,0%, 2017 г. – 46,3%) и бандаж ортопедический на верхнюю конечность для улучшения лимфотоксического оттока (2015 г. – 26,4%, 2016 г. – 21,2%, 2017 г. – 15,3%).

#### **Выводы:**

1. Первичная инвалидность вследствие РМЖ среди женщин г. Москвы за период 2015-2017 гг. имеет тенденцию к увеличению с 9,68% признанных инвалидами в 2015 году до 9,8% в 2017 году.

2. Структура первичной инвалидности вследствие РМЖ представлена инвалидами II и III групп (47,0% и 42,1% соответственно). Доля инвалидов I группы составляет 10,8 % в среднем за период 2015-2017 гг.

3. Психологический статус инвалидов вследствие РМЖ характеризуется наличием нарушений в аттентивной и эмоционально-волевой сферах. Аттентивные нарушения проявляются в виде истощаемости и неустойчивости внимания, трудностях сосредоточения и быстрой утомляемости. Нарушения эмоционально-волевой сферы больных РМЖ

представлены тревожными и депрессивными симптомами.

4. Реабилитационные мероприятия, рекомендованные инвалидам вследствие РМЖ, включают медицинскую реабилитацию (100,0%), профессиональную реабилитацию (13,0%), социальную реабилитацию (100,0%), в том числе мероприятия социально-психологической реабилитации (50,2%), обеспечение техническими средствами реабилитации (54,9%). Такая комплексная реабилитация является необходимым условием для максимальной реализации реабилитационного потенциала каждого инвалида.

**Список литературы:**

1. Антоненко Н.Н. Социально-психологическая реабилитация онкологических больных. Автореферат дис. ... канд. психол. наук. Ярославль, 2007, 25 с.

2. Махиня С.А. Особенности медико-социальной экспертизы и реабилитации больных и инвалидов вследствие злокачественных опухолей шейки матки [Электронный ресурс] / С.А. Махиня, А.Г. Первошиков, Ю.А. Ковшарь. URL:<http://www.invalidnost.com/forum/11-1085-1>(дата обращения: 11.08.2018).

3. Оленева И.В. Качество жизни и медико-социальная реабилитация инвалидов после радикального лечения рака молочной железы. Автореферат дис. ... канд. мед.наук. Москва, 2008, 28 с.

4. Тарабрина Н.В. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями / Н.В. Тарабрина // Консультативная психология и психотерапия, 2014. – № 1.

УДК 314.44

**ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ЛИЦ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА**

Щукин Н. Н., Хмелевская О. Г.

ФКУ «ГБ МСЭ по Хабаровскому краю» Минтруда России

г. Хабаровск

**PECULIARITIES OF PRIMARY DISABILITY OF PERSONS OF RETIREMENT AGE**

Schukin N. N., Khmelevskaya O. G.

Fku "GB MSE across Khabarovsk territory" the Ministry of labour of Russia

Khabarovsk city

**Аннотация:** Изучение особенностей первичной инвалидности лиц пенсионного возраста выявило различия показателей среди мужчин и женщин как в раннем, так и в позднем пенсионном возрасте, а также особенности структуры первичной инвалидности в разрезе нозологических форм.

**Abstract:** There are differences among disabled women and men of retirement age. There is a feature in the forms of disease

**Ключевые слова:** пенсионный возраст, особенности инвалидности

**Key words:** pensionableage, particularities of the disability

**Актуальность и цели.** Целью данной работы явилась исследование структуры первичной инвалидности лиц пенсионного возраста в Хабаровском крае по данным 2017г.

**Методы.** В работе использованы сведения, полученные из информационной системы ЕАВИИАС, а также статистические данные о повозрастной численности населения Управления Росстата по Хабаровскому краю на начало 2017г. [1].

**Результаты и обсуждение.** На начало 2017г. в Хабаровском крае проживало 302739 чел. пенсионного возраста (женщины 55 лет и старше, мужчины – 60 лет и старше), в том числе мужчин – 88924 (29,4%), женщин – 213815 (70,6%).

В 2017г. уровень первичной инвалидности лиц пенсионного возраста составил 90,2 на 10 тыс. населения пенсионного возраста. Отмечено значительное различие данного

показателя по половому признаку: среди женщин уровень первичной инвалидности был ниже в 2 раза и составил 68,8 на 10 тыс. женского населения пенсионного возраста, среди мужчин – 140,2 на 10 тыс. мужского населения пенсионного возраста.

Инвалиды пенсионного возраста были условно разделены на группы: ранний пенсионный возраст -женщины 55-62 года, мужчины 60-64 года и старший пенсионный возраст -женщины 63 года и старше, мужчины 65 лет и старше.

Уровень первичной инвалидности раннего пенсионного возраста у женщин был ниже в 2,5 раза и составил 50,5 на 10 тыс. женщин в возрасте 55-62 года, среди мужчин данный показатель был равен 125,3 на 10 тыс. мужчин в возрасте 60-64 года.

В более старшей возрастной группе показатель первичной инвалидности женщин оставался значительно ниже и составил 79,3 на 10 тыс. женщин в возрасте 63 года и старше, у мужчин – 149,1 на 10 тыс. мужчин в возрасте 65 лет и старше.

В структуре первичной инвалидности по нозологическим формам у женщин раннего пенсионного возраста преобладали онкологические заболевания с удельным весом 53,3% или 26,9 на 10 тыс. женщин в возрасте 55-62 года. На втором ранговом месте - болезни системы кровообращения (БСК) с удельным весом 21,1% или уровнем 10,6; на третьем – болезни костно-мышечной системы – 6,1% или уровнем 3,1; на четвертом – заболевания желудочно-кишечного тракта – 4,3% или уровнем 2,2 на 10 тыс. женщин в возрасте 55-62 года. Все остальные нозологические формы имели удельный вес менее 2,5%.

В более старшем возрасте преобладали БСК с удельным весом 35,3% и уровнем 28,0 на 10 тыс. женщин в возрасте 63 года и старше. На втором месте – онкологические заболевания - 30,0% и уровнем 23,8; на третьем – психические расстройства - 10,3% и уровнем 8,2; на четвертом – болезни глаза – 6,8% и уровнем 5,4; на пятом - болезни костно-мышечной системы - 6,0% и уровнем 5,4 на 10 тыс. женщин в возрасте 63 года и старше. Все остальные нозологические формы имели удельный вес менее 2,0%.

Среди мужчин в раннем пенсионном возрасте преобладали онкологические заболевания с удельным весом 41,7% и уровнем 52,2 на 10 тыс. мужчин в возрасте 60-64 года. На втором месте – БСК – 36,4% или уровнем 45,6; на третьем – болезни костно-мышечной системы – 4,8% и уровнем 6,0; на четвертом – последствия травм – 2,9% и уровнем 3,6; на пятом – психические расстройства – 2,7% и уровнем 3,3 на 10 тыс. мужчин в возрасте 60-64 года. Все остальные нозологические формы имели удельный вес менее 2,5%.

В более старшем возрасте продолжают лидировать с ростом показателей онкологические заболевания - 38,9% или 58,1 на 10 тыс. мужчин в возрасте 65 лет и старше. На втором месте БСК– 34,7% или уровнем 51,8; на третьем – психические расстройства – 5,8% и уровнем 8,6; на четвертом - болезни глаза – 5,7% и уровнем 8,4; на пятом – болезни органов дыхания – 3,0% и уровнем 4,5 на 10 тыс. мужчин в возрасте 65 лет и старше. Все остальные нозологические формы имели удельный вес менее 2,6%.

**Выводы.** Исследование особенностей первичной инвалидности лиц пенсионного возраста в Хабаровском крае выявило следующее.

1. Среди лиц пенсионного возраста в 2,4 раза преобладают женщины, уровень первичной инвалидности которых ниже мужчин в 2 раза и составил в 2017г. 68,8 на 10 тыс. женщин в возрасте 55 лет и старше (мужчины - 140,2 на 10 тыс. мужчин пенсионного возраста). Данный показатель у женщин остается значительно ниже как в раннем пенсионном возрасте, так и в более старшем.

2. В структуре первичной инвалидности по нозологическим формам в раннем пенсионном возрасте лидирующие места занимают онкологические заболевания с превышением показателя в 2 раза среди мужчин и болезни системы кровообращения с превышением показателя у мужчин в 4,3 раза.

3. В старшем пенсионном возрасте у мужчин сохраняется преобладание онкологической патологии с ростом уровня первичной инвалидности с 52,2 до 58,1 на 10 тыс. мужчин в соответствующем возрасте. На втором месте – БСК с ростом показателя с 45,6 до 51,8 на 10 тыс. мужчин соответствующего возраста.

4. В старшем пенсионном возрасте у женщин лидирующее место занимают БСК с ростом показателя в 2,6 раза с 10,6 до 28,0 на 10 тыс. женщин соответствующего возраста. Второе ранговое место занимают онкологические заболевания с ростом показателя с 26,9 до 30,0 на 10 тыс. женщин соответствующего возраста.

5. На фоне более низких показателей среди женщин по всем нозологическим формам уровень первичной инвалидности вследствие психических заболеваний в старшем пенсионном возрасте среди женщин составил 10,3 на 10 тыс. женщин в возрасте 63 года и старше, что в 1,7 раза выше, чем у мужчин (5,8 на 10 тыс. мужчин в возрасте 65 лет и старше).

#### **Список литературы.**

1. Численность населения по полу и возрасту на начало 2017г. Хабаровский край. URL: [http://habstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_ts/habstat/ru/statistics/hab\\_stat/population/](http://habstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/habstat/ru/statistics/hab_stat/population/). (Дата обращения 23.07.2018)

УДК 616.831-005-085:615.851.529+621.692

### **ПРИМЕНЕНИЕ ТРЕНАЖЕРА «НОВОЕ ДЫХАНИЕ» НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА**

Ежов В.В., Мизин В.И., Дышко Б.А., Царев А.Ю., Платунова Т.Е.  
ГБУЗ РК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М.Сеченова», г.Ялта

### **APPLICATION OF SIMULATORS "NEW BREATH" ON SANATORIUM STAGE OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC BRAIN ISCHEMIA**

Ezhov V.V., Mizin V.I., Dishko B.A., Tsarev A.Y., Platonova T.E.

State Budgetary Institution of Healthcare of the Republic of Crimea «Academic scientific-research Institute of physical treatment methods, medical climatology and rehabilitation named after I. M. Sechenov», Yalta

**Аннотация.** Целью работы явилась оценка эффективности технологии тренировок дыхательных мышц в движении в комплексном санаторно-курортном восстановительном лечении больных с цереброваскулярной патологией. Метод обладает системными реабилитационными эффектами в виде улучшения показателей психологического тестирования, гемодинамики, липидного обмена и качества жизни по профилям «боль», «физическое здоровье», «психическое здоровье» и «жизнеспособность». Разработана комплексная методика санаторно-курортной медицинской реабилитации с тренировками дыхательных мышц в движении для пациентов с цереброваскулярной патологией.

**Abstract.** The aim of the work was to evaluate the effectiveness of respiratory muscle training technology in motion in complex sanatorium-resort rehabilitation treatment of patients with cerebrovascular pathology. The method has systemic rehabilitation effects in the form of improved indicators of psychological testing, hemodynamics, lipid metabolism and quality of life in the profiles of "pain", "physical health", "mental health" and "vitality". The complex technique of sanatorium-resort medical rehabilitation with the use of training of respiratory muscles in motion for patients with cerebrovascular pathology has been developed.

**Ключевые слова:** тренировки дыхательных мышц в движении, хроническая ишемия мозга, санаторно-курортное лечение.

**Keywords:** training of respiratory muscles in motion, chronic cerebral ischemia, spa-resort treatment.

**Актуальность работы** К числу современных направлений первичной и вторичной профилактики мозгового инсульта относится развитие методов коррекции функциональных нарушений у больных с хронической ишемией мозга (ХИМ), обусловленной прогрессирующим ухудшением кровоснабжения ткани головного мозга с ранним возникновением аффективных и когнитивных расстройств у лиц молодого и среднего возраста [ 4, 6, 7]. Наблюдаемые при данной патологии изменения сосудистой стенки определяют нарастание органной и тканевой гипоксии, в т.ч. - мозговых структур, что сопровождается формированием соответствующих клинических проявлений. В результате нарушений кровообращения возникает целый каскад метаболических нарушений, что обосновывает необходимость адекватной лечебно-профилактической стратегии, в первую очередь, ориентированной на снижение гипоксических процессов в организме [ 5 ].

Целесообразность реализации данной стратегии на санаторно-курортном этапе обусловлена тем, что в современных программах восстановительного лечения на курортах не учитывается возможность непосредственного действия физических факторов на уровень тканевой гипоксии и ишемии органов. Поэтому, применение респираторных методов, основанных на формировании гиперкапнии и усилении сопротивления выдоху, может способствовать стимуляции регуляции паттернов дыхания и повышению кислородной емкости крови [1]. Представляется актуальным исследование лечебных эффектов применения дыхательного тренажера «Новое дыхание» - устройства для тренировки организма путем создания положительного давления выдоха, сопровождающегося кратковременным снижением содержания кислорода и повышения содержания углекислого газа в дыхательном объеме в физиологических пределах. Конструкция тренажера позволяет, как и в других современных нагрузочных тренажерах-спирометрах с вибрационной функцией, регулировать механическое сопротивление и осуществлять низкочастотную вибрацию потоку выдыхаемого воздуха, и что особенно важно - осуществлять тренировку дыхательных мышц в движении (ТДМД) при выполнении физических упражнений различной интенсивности [ 2 ].

**Цель работы** – оценить эффективность и разработать показания для включения технологии ТДМД в комплексном санаторно-курортном восстановительном лечении больных с цереброваскулярной патологией.

**Методы исследования и лечения** Методы исследования и лечения применялись в соответствии с особенностями оценки состояния и эффектов лечения, конкретной нозологической формы заболевания, индивидуальными показаниями, стандартами санаторно-курортной помощи, утвержденными приказами МЗ РФ № 212 от 22.11.2004 г., и «Порядка организации медицинской реабилитации», утвержденным приказом МЗ РФ от №1705н от 29.12.2012 г. В их состав вошли: клиническое исследование больных, антропометрия, лабораторные клинические и биохимические исследования, функциональные исследования сердечно-сосудистой, легочной и нервной систем (спирография, электрокардиография), психологические исследования и оценка качества жизни (SF36), профильные неврологические (MoCA, шкала Хачинского) опросники. Все методы исследования применялись дважды - до и после лечения. Общий перечень методов лечения включал: климатотерапию, методы физиотерапии (электросветолечение), средства лечебной физкультуры (УГГ, классический массаж, дозированные пешеходные прогулки, диетотерапию, базисную фармакотерапию (антиагреганты, статины, гипотензивные препараты, ноотропы).

В группе контроля (К, n=11) проводились процедуры базового комплекса лечения. В двух других исследуемых группах назначались тренировки дыхательных мышц в движении (группа ТДМД, n=13) и аналогичные тренировки в сочетании с приемом сухих углекислых ванн (группа ТДМД+СУВ, n=20).

Курс ТДМД (12 процедур) осуществлялся при проведении лечебной гимнастики с применением тренажера «Новое дыхание», которая состояла из физических упражнений на развитие диафрагмального дыхания, общей моторики, координации и статики с допустимым нарастанием ЧСС до 25 уд/мин и максимальным порогом ЧСС – 110-120 уд/мин.

В группе ТДМД+СУВ, дополнительно с физическими упражнениями применялись сухие углекислые ванны (СУВ), курс – 10-12 процедур. 1-6-я процедуры - концентрация CO<sub>2</sub> - 18-20 об% (время подачи газа – 2 минуты), продолжительность – 15 минут, через день. 7-12-я процедуры - концентрация CO<sub>2</sub> – 25 об% (время подачи газа – 3 минуты), продолжительность – 20 минут, ежедневно.

Результаты обследования и лечения фиксировались в тематической карте пациента. Данные тематических карт анализировались с использованием клинико-статистических методов. Оценка эффективности проводилась по 5 категориям («значительное улучшение», «улучшение», «незначительное улучшение», «без перемен», «ухудшение»).

**Результаты исследования** Обследовано 44 больных с ХИМ I ст. – 36 (81,9%) и ХИМ II ст. – 8 (18,1%). Мужчин – 4 (9,0 %), женщин – 40 (91,0 %), средний возраст – 60,9±1,2 лет. Преобладающими у наблюдаемых больных являлись вестибуло-атактический – 31 (47,7%) и тревожно-астено-невротический – 19 (29%) синдромы. В меньшей степени выявлялись астено-тревожно-депрессивный – 7 (10,7%), астенический, астено-невротический – 5 (7,7%) синдромы и синдром вегетативной дисфункции – 2 (3,1%). Нарушения высшей нервной деятельности познавательных функций в виде легких когнитивных нарушений выявлялось у 17 (26,1%) пациентов. Вертеброгенная цервико-кранио-торакалгия регистрировалась у 4 (6,1%).

Для суждения о влиянии проведенных лечебно-реабилитационных воздействий на состояние сердечно-сосудистой системы исследовалась динамика артериального давления (АД). Наблюдения свидетельствовали, что во всех группах наблюдений наблюдалось умеренное снижение данного показателя. При этом статистически достоверное (p<0,05) снижение систолического артериального давления (САД) выявлено в группе СУВ+ТДМД, снижение диастолического артериального давления (ДАД) – в группах ТДМД и СУВ+ТДМД. В контрольной группе К отмечена положительная тенденция в нормализации уровня АД у пациентов с ХИМ (таблица 1).

Таблица 1 – Динамика показателей артериального давления у больных хронической ишемией мозга (M±m)

Показатели (мм.рт.ст.)		Группы больных		
		ТДМД n=13	Д n=20	К n=11
		M±m	M±m	M±m
САД	п	127,7±4,76	131,8±4,0*	140,0±7,98
	в	119,2±3,46	119,8±2,46	122,22±2,99
ДАД	п	83,8±3,03*	84,3±2,15*	86,4±4,49
	в	75,4±1,73	78,0±1,54	78,9±1,0

Примечание: п - при поступлении, в – при выписке, \* - p<0,05.

По данным биохимических исследований у больных принимавших комплекс ТДМД+СУВ регистрировалось статистически достоверное снижение холестерина и бета-липопротеидов (p<0,001). В контроле наблюдалось снижение уровня холестерина (p<0,05), по другим изучаемым биохимическим показателям в данной группе изменений не наблюдалось. Во всех трех группах динамики показателей коагулограммы (уровень фибриногена) отмечено не было (таблица 2).



Таблица 2- Динамика биохимических показателей крови у больных хронической ишемией мозга (M±m)

Показатели		Группы больных		
		ТДМД n=13	СУВ+ТДМД n=20	К n=11
		M±m	M±m	M±m
Холестерин, ед	п	5,83±0,23	6,3±0,28***	6,3±0,42*
	в	5,54±0,42	5,1±0,22	4,8±0,24
β-липопротеиды, ед	П	65,3±5,63	60,4±3,08***	63,5±6,49
	В	58,3±5,11	51,5±3,57	56,7±3,39
Фибриноген, г/л	П	3,7±0,27	3,4±0,12	3,6±0,18
	В	3,8±0,19	3,6±0,14	3,8±0,20

Примечание: п - при поступлении, в – при выписке, \* - p<0,05; \*\* - p<0,01; \*\*\* - p<0,001.

Проведенные наблюдения по данным опросника SF36 свидетельствовали о статистически достоверном улучшении (p<0,05) показателей физического состояния, болевых проявлений, самооценки психического статуса, жизнеспособности, как составляющих общего качества жизни пациентов с ХИМ, которые принимали сочетание процедур ТДМД+СУВ (таблица 3).

Таблица 3 – Динамика показателей качества жизни в зависимости от лечебного комплекса у больных хронической ишемией мозга (M±m), в баллах

Показатели		Группы больных		
		ТДМД n=13	СУВ+ТДМД Д n=20	К n=11
		M±m	M±m	M±m
Физическая активность	п	63,08±5,63	61,8±4,31	57,3±5,99
	в	60,45±3,46	69,7±4,92	61,5±6,99
Физические проблемы	п	40,38±8,66	23,8±6,15*	31,8±9,98
	в	37,50±6,49	44,7±6,15	35,0±9,98
Боль	п	59,31±6,06	52,6±4,92*	58,9±6,65
	в	66,33±5,88	67,1±4,18	60,56±6,65
Жизнеспособность	п	56,15±5,63	56,8±3,08*	51,0±4,99
	в	60,56±3,03	65,8±1,85	56,7±6,99
Социальная активность	п	79,81±4,33	69,4±3,84	67,5±8,73
	в	88,89±4,33	75,0±4,61	77,8±8,73
Роль эмоциональных проблем	п	41,02±8,66	45,0±6,15	42,5±9,98
	в	40,76±2,88	50,9±6,15	43,3±9,98
Психическое здоровье	п	59,38±5,54	57,2±3,94*	55,6±5,59
	в	61,78±5,54	72,2±3,44	62,2±7,98
Общее здоровье	п	49,38±3,64	51,2±1,97	49,1±2,69
	в	45,89±2,77	56,2±2,28	53,3±2,69

Примечание: п - при поступлении, в – при выписке, \* - p<0,05.

Оценка непосредственных результатов лечения больных ХИМ под влиянием различных лечебных комплексов, свидетельствовала, что в группе ТДМД с улучшением было выписано 13 (100%) пациентов, в группе СУВ+ТДМД с улучшением - 18 (90%) пациентов и со значительным улучшением – 2 (10%), в контроле с улучшением - 11 (100%) пациентов.

Согласно полученным данным, проведенные лечебные воздействия оказывают положительное влияние на основные клинико-функциональные показатели. Оцениваемая технология применения дыхательных тренажеров в комплексе с сухими углекислыми ваннами на санаторно-курортном этапе реабилитации больных с цереброваскулярной патологией обладает системными реабилитационными эффектами в виде улучшения показателей психологического тестирования, гемодинамики, липидного обмена и качества жизни по профилям «боль», «физическое здоровье», «психическое здоровье» и «жизнеспособность».

#### **Список литературы:**

1. Горанчук В.В., Сапова Н.И., Иванов А.О. Гипокситерапия. Спб: ООО «Олби-Спб», 2003. - 536 с.
2. Дышко Б.А., Головачев А.Е. Инновационные подходы к совершенствованию физической работоспособности спортсменов на основе применения тренажеров комплексного воздействия на дыхательную систему // Вестник спортивной науки.-2011.-№ 1.-С.7-12.
3. Дышко Б.А., Кочергин А.Б., Головачев А.И. Инновационные технологии тренировки дыхательной системы.-М.: Теория и практика физической культуры и спорта. 2012.-122 с.
4. Осьмак Е.Д., Асанов Э.О. Особенности умственной и психомоторной работоспособности в условиях гипоксии при старении //Проблемы старения и долголетия.-2011.-№4.-С.402-409.
5. Уянаева А.И., Тупицына Ю.Ю., Турова Е.А., Львова Н.В., Ксенофонтова И.В. Немедикаментозные методы профилактики и лечения больных нейроциркуляторной астенией с повышенной метеочувствительностью // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. -2017. - №94(5).-С.4-9.
6. Царев А.Ю., Солдатченко С.С., Ежова В.А., Куницына Л.А., Глотова Г.И. Церебральный атеросклероз //Крым. Мед.формуляр.-2003.-№5.-95 с.
7. Ау.Н., Koroshetz V.I., Vangel M. et all Conversion of ischemic brain. tissue into infarction, increases age /Н.Ау et all //Stroke.-2005.-36.-P.1655-1711.

УДК 376.435

### **ФГОС НОО ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ. ОПЫТ РАБОТЫ РЕСПУБЛИКИ КОМИ**

Уланова С.А., Карманова Н. В.

*ГУ РК ««Республиканский центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Образование и здоровье»*

### **AND INTELLECTUAL DISABILITIES. EXPERIENCE OF THE KOMI REPUBLIC EDUCATION STANDARDS FOR CHILDREN WITH DISABILITIES**

Ulanova S. A., Karmanova N. V.

GU RK ""Republican center of psychological-pedagogical, medical and social assistance  
"Education and health»

**Аннотация.** В настоящей статье актуализирована проблема комплексного взаимодействия специалистов в процессе обучения в образовательных организациях

Республики Коми детей с ОВЗ и детей-инвалидов, нуждающихся в психолого-медико-педагогической помощи, в условиях внедрения федеральных государственных образовательных стандартов для детей с ограниченными возможностями здоровья. Центральным звеном в региональной модели данной деятельности в республике выступает Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия, регулирующая систему ведомственных и межведомственных взаимодействий. В статье представлен личный опыт и авторское видение структуры модели.

**Abstract.** In the present article the problem of complex interaction of specialists in the process of training in educational institutions of the Republic of Komi of children with disabilities and children with disabilities in need of psychological, medical and pedagogical assistance, in the context of the introduction of Federal state educational standards for children with disabilities. The Central element in the regional model of this activity in the Republic is the Central psychological, medical and pedagogical Commission, which regulates the system of departmental and interdepartmental interactions. The article presents personal experience and the author's vision of the model structure.

**Ключевые слова:** дети и подростки с ограниченными возможностями здоровья, дети-инвалиды, учащиеся, испытывающие трудности в освоении учебных программ, психолого-медико-педагогическое сопровождение, Федеральные государственные образовательные стандарты.

**Keywords:** children and adolescents with disabilities, children with disabilities, students experiencing difficulties in the development of educational programs, psychological, medical and pedagogical support, Federal state educational standards.

Наличие в стране негативных тенденций в формировании здоровья детей и подростков в настоящее время стало очевидным не только для медицинской, но и для педагогической общественности. Об этом свидетельствуют как официальная статистика, так и результаты научных исследований. В настоящее время не более 10% детей старшего дошкольного и не более 5% детей старшего подросткового возраста можно считать здоровыми. Почти у 60% детей выявляются хронические заболевания (Ямпольская Ю.А., 1998; Щеплягина Л.А., 2002; Баранов А.А., 2004, 2006; Кучма В.Р., 2004, 2009; Кузмичев Ю.Г., 2004; Игнатова Л.Ф., 2006; Потапов А.И., 2008; Матвеева Н.А., 2009).

Проблема образования детей с ограниченными возможностями здоровья на Крайнем Севере всегда остается приоритетной. Среди детей, поступающих в первый класс, свыше 60% относятся к категории риска (высокая вероятность возникновения школьной соматической и психофизической дезадаптации), 85% детей детских садов и школ нуждаются в помощи медицинского, психологического или коррекционно-педагогического характера. Число обучающихся начальной школы, не справляющихся со стандартной школьной программой, за последние 20 лет возросло в 2-2,5 раза. Кроме роста числа почти всех категорий детей с ограниченными возможностями здоровья, в среде детей-северян отмечается и тенденция качественного изменения структуры дефекта, комплексного характера нарушений у каждого отдельного ребенка. Дети районов Крайнего Севера испытывают комплекс неблагоприятных воздействий: климатогеографических, экологических и социальных. В силу биологических причин дети более подвержены всем этим влияниям, так как у них интенсивнее протекают процессы роста и созревания организма [5, с. 21].

Процесс адаптации детей с ОВЗ к условиям обучения в условиях Севера имеет отличия от физиологических механизмов адаптации в средних широтах. Особенностью его можно считать длительный период всех фаз адаптации и более выраженную нагрузку на все

функциональные системы. Районы Республики Коми относятся к зоне продолжительного «ультрафиолетового голодания» (более шести месяцев) и имеют своеобразный радиационный режим: двухмесячные периоды непрерывного дня (летом) и непрерывной ночи (зимой) перемежаются четырехмесячными периодами со сменой дня и ночи в течение суток. К экстремальным факторам Республики Коми можно отнести чрезвычайно продолжительную зиму (с низкими температурами и сильным ветром), короткое холодное лето, нарушение фотопериодичности (полярный день и полярная ночь), магнитные возмущения, однообразие ландшафта, изоляция и гипокинезия людей в малочисленных населенных пунктах, особенности питания, бедность флоры и фауны, контрастная изменчивость погоды [5, с. 21].

Дети с ограниченными возможностями нуждаются в создании особых условий и воспитательно-образовательной среды, которая предусматривает создание для них специальной коррекционно-развивающего пространства, обеспечение адекватных условий и равных с обычными детьми возможностей для получения ими образования, воспитания, коррекции нарушений развития и социальную адаптацию в общество.

В связи с этим обеспечение реализации права детей с ограниченными возможностями здоровья на образование в нормативных государственных актах рассматривается как одна из важнейших задач государственной политики в области образования. В Конституции Российской Федерации и Федеральном Законе «Об образовании в Российской Федерации» сказано, что дети с проблемами в развитии имеют равные со всеми права на образование. Важнейшей задачей модернизации образования является обеспечение доступности качественного образования, его индивидуализация и дифференциация, а также создание условий для достижения детьми с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов нового современного качества общего образования.

В соответствии со п.4 ст.79 ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» организация получения образования обучающимися с инвалидностью и ОВЗ возможна совместно с другими обучающимися, в отдельных классах (группах), в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным образовательным программам. Детям с ОВЗ сегодня не обязательно обучаться в специальных учреждениях, напротив, получить более качественное образование и лучше адаптироваться к жизни они смогут в обычной школе. Независимо от социального положения, расовой или конфессиональной принадлежности, физических и умственных способностей инклюзивное образование предоставляет возможность каждому ребенку удовлетворить свою потребность в развитии и равные права в получении образования, адекватного уровню его развития.

В современных условиях в Республике Коми принимаются меры по созданию безбарьерной среды для детей с ограниченными возможностями здоровья, обеспечению условий для полноценного включения в образовательное пространство и успешной социализации детей с особыми образовательными потребностями. Под специальными условиями для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья в Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации» понимаются условия обучения, воспитания и развития таких обучающихся, включающие в себя использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную

деятельность, и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Министерство образования Республики Коми с 2012 года принимает участие в реализации мероприятий, направленных на обеспечение беспрепятственного доступа детей-инвалидов к образовательной среде, в рамках реализации государственной программы Российской Федерации «Доступная среда», федеральных государственных образовательных стандартов для детей с ОВЗ, детей с интеллектуальными нарушениями. В результате проведенных с 2012 по 2017 год мероприятий в Республике Коми увеличилось количество базовых общеобразовательных организаций, в которых созданы условия для инклюзивного обучения детей-инвалидов, а также повысилось значение показателя результативности — «доля базовых общеобразовательных организаций, в которых создана универсальная безбарьерная среда для инклюзивного образования детей-инвалидов, в общем количестве общеобразовательных организаций в субъекте Российской Федерации».

Таблица 1— Особенности нарушений здоровья учащихся (детей) с ОВЗ и детей-инвалидов, обучающихся в образовательных организациях Республики Коми (данные ЦИМПК в динамике за 5 лет)

Структура дефекта	Доля детей с нарушениями развития						
	2012	2011	2012	2013	2017	Всего Абс.	Всего%
<i>Всего обследованных</i>	256	129	105	152	228	870	100,0
Дети с сохранным интеллектом	70	30	16	43	39	198	23,0
Дети -инвалиды	158	89	77	128	178	630	54,0
Дети со сложным дефектом	85	43	36	58	116	338	39,0
ЗПР	4	37	14	17	15	71	8,0
Дети с различными интеллектуальными нарушениями (когнитивные нарушения, ЗПР, др. интеллектуальные нарушения)	60	-	26	27	45	158	18,0
Умственная отсталость (легкой степени)	96	50	32	36	37	252	29,0
Умственная отсталость (тяжелой степени)	24	9	14	27	87	161	18,0
Умственная отсталость (глубокой степени)	2	3	3	2	5	15	1,3
Нарушения зрения	2	3	2	2	-	9	1,0
Нарушения слуха	11	18	8	13	16	66	6,0
Нарушения опорно-двигательного аппарата	28	35	17	15	19	116	14,0
Речевые нарушения	137	118	71	95	160	581	67,0
РДА	-	4	2	3	5	14	1,6
Эмоциональные – волевые нарушения	67	33	24	51	72	247	28,0

Таблица 2 – Особенности нарушений здоровья несовершеннолетних (с аддиктивным поведением) обучающихся в образовательных организациях Республики Коми (данные ЦИМПК в динамике за 5 лет)

Структура дефекта	Доля несовершеннолетних с нарушениями развития						
	2012	2011	2012	2013	2017	Всего Абс.	Всего %
<i>Всего</i>	-	5	92	98	97	292	100,0
Дети с сохранным интеллектом	-	3	62	59	61	185	63,0
Дети инвалиды	-	-	-	-	1	1	0,5
Когнитивные нарушения	-	-	13	31	27	71	24,0
Умственная отсталость (легкая)	-	2	17	8	9	36	13,0
Эмоционально – лабильные расстройства, социализированное расстройство поведения	-	2	37	51	40	130	44,0

В республике продолжается планомерная работа и по созданию условий для пребывания детей-инвалидов дошкольного возраста в детских дошкольных образовательных организациях. Продолжается дифференциация сети дошкольных учреждений, расширяется перечень образовательных услуг, что обеспечивает права родителей на выбор форм и направленности дошкольного образования в соответствии с личностными особенностями ребенка. В 2016-2017 учебном году в 393 муниципальных дошкольных образовательных организациях Республики Коми получают образовательные услуги 357 детей-инвалидов в группах общеразвивающей, компенсирующей, или комбинированной направленности, из них: 135 детей со сложной структурой дефекта.

В образовательных организациях республики обучается 1093 ребенка-инвалида школьного возраста. Из них: 848 детей с инвалидностью посещают образовательные организации полностью включены в образовательный процесс. Индивидуально на дому обучаются 245 детей-инвалидов. Освоение образовательных программ этими детьми осуществляется с учетом особенностей их развития по индивидуальным учебным планам. Для них созданы условия, адекватные особенностям их развития, позволяющие предупредить их дезадаптацию в условиях общеобразовательной организации, а также полноценно участвовать в социальной жизни коллектива. В учреждениях среднего и высшего профессионального образования обучаются 180 человек, имеющих инвалидность.

Ежегодно Министерством образования, науки и молодежной политики Республики Коми проводится мониторинг деятельности муниципальных органов управления образованием по созданию необходимых условий для получения образования детей с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья. По результатам мониторинга 76,7% детей-инвалидов школьного возраста полностью интегрированы в образовательный процесс по общеобразовательным программам, 20,3 % детей-инвалидов охвачены временной или частичной формой интеграции, что способствует освоению образовательных программ в полном объеме, и расширяет их образовательные возможности. Для детей с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья, испытывающих затруднения в освоении общеобразовательных программ, в 38 образовательных организациях республики функционируют 129 классов для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, реализующих адаптированные общеобразовательные программы, в которых обучается 831 ребенок с ОВЗ, в том числе 119 детей-инвалидов.

При организации учебного процесса в классах для детей с ограниченными возможностями здоровья, реализующих адаптированные общеобразовательные программы проводится комплексная коррекционно-развивающая работа. Созданные в классах условия обеспечивают беспрепятственный доступ к образовательной среде детей-инвалидов и детей с

задержкой психического развития, что позволяет осуществлять коррекцию их психического развития, эмоционально-волевой сферы и формировать необходимые учебные навыки.

Для детей с ограниченными возможностями здоровья, имеющих отклонения в психофизическом развитии, в республике функционируют 21 специальная (коррекционная) образовательная организация, где обучаются, воспитываются и проходят реабилитацию 1680 детей с ограниченными возможностями здоровья, из них 357 детей-инвалидов. При организации образовательного процесса в данных организациях создаются специальные условия для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья, а также адаптируются общеобразовательные программы с учетом психофизических особенностей детей.

В целях соблюдения конституционного права на образование детей с ограниченными возможностями здоровья, имеющих тяжелые интеллектуальные нарушения и сочетанные психофизические дефекты, в специальных образовательных организациях созданы 16 классов для 99 детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью и для детей со сложным дефектом.

При организации образовательного процесса осуществляется всестороннее психолого-медико-педагогическое изучение личности ребенка с интеллектуальной недостаточностью, идет процесс выявления и коррекции его индивидуальных возможностей и особенностей. С обучающимися проводится работа по общему и речевому развитию, а также коррекция нарушений моторики, отклонений в интеллектуальной и эмоционально-волевой сферах, поведении.

Для своевременного выявления детей с ограниченными возможностями здоровья и определения их образовательных потребностей в республике организована деятельность муниципальных и центральной психолого-медико-педагогической комиссии (далее – ПМПК).

В 2016-2017 учебном году на ПМПК по заявлению родителей (законных представителей) были обследованы 3105 детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов с целью своевременного выявления детей с особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении, и подготовке по результатам обследования рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций.

Мониторинг деятельности ПМПК республики позволяет сделать вывод о том, что проблема создания системы психолого-медико-педагогической помощи семьям, где воспитываются дети с ограниченными возможностями, актуальна, значима и необходима. А данные динамического развития детей показывают, что успех их обучения и воспитания зависит:

- определения оптимальных условий обучения и воспитания;
- соблюдения рекомендаций по организации обучения и оказанию психолого-медико-педагогической помощи, прописанных ПМПК;
- адекватной медико-социальной помощи;
- от своевременности и систематичности психолого-педагогического сопровождения детей в образовательном пространстве.

Главной идеей сопровождения является создание целостной системы, которая обеспечивает оптимальные педагогические условия для детей с трудностями в обучении и поведении, в соответствии с их возрастными и индивидуально-типологическими особенностями.

Сопровождение во многом зависит от того, насколько эффективно организовано профессиональное взаимодействие всех участников образовательной среды. Одной из форм взаимодействия специалистов, объединяющихся для психолого-медико-педагогического сопровождения обучающихся, является психолого-медико-педагогический консилиум (далее –ПМПК), который создается в целях обеспечения комплексной специализированной помощи

детям и подросткам с отклонениями в развитии. М.М. Семаго отмечает, что комплексный психолого-медико-педагогический консилиум — это постоянно действующий, скоординированный, объединенный общими целями коллектив специалистов, реализующий ту или иную стратегию сопровождения ребенка на основе анализа особенностей его развития. Такой подход поддерживают участники психолого-медико-педагогических консилиумов образовательных организаций Республики Коми.

Анализ деятельности психолого-педагогического сопровождения обучающихся в учебно-воспитательном процессе образовательных организаций представленный Государственным учреждением Республики Коми «Республиканский центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» показывает, что в образовательных учреждениях организована работа психолого-медико-педагогических консилиумов, имеющих положительный опыт работы в рамках сопровождения. Так, например, в Государственном учреждении Республики Коми «Специальный (коррекционный) детский дом №1 для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с ограниченными возможностями здоровья» г. Сыктывкара более 20 лет успешно осуществляется психолого-педагогическое и медико-социальное сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья. Целью психолого-медико-педагогического сопровождения в детском доме является создание условий для развития эмоционального, социального и интеллектуального потенциала детей-сирот, формирование их личностных качеств. Специалисты консилиума опираются на знания возрастных особенностей детей, проводят диагностическое наблюдение и обследование воспитанников. Комплексное изучение личности включает выявление уровня и особенностей развития познавательной деятельности, памяти, внимания, работоспособности, эмоционально-личностной зрелости, межличностных отношений, уровня развития речи. Такое изучение детей проводится с целью выявления пробелов предшествующего обучения и развития, их характера и причин. Выделяется социальная ситуация развития ребенка в условиях семьи до поступления в детский дом, динамика перемещений. Имеющиеся диагностические данные на ребенка обеспечивают представление о проблеме развития ребенка и его потенциале (зоне его ближайшего развития).

В качестве приоритетного направления в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья рассматривается раннее выявление отклонений в развитии детей и своевременное оказание им психолого-медико-педагогической помощи. Успешность воспитания, обучения, социальной адаптации ребенка с нарушениями развития зависит от своевременной и правильной оценки его возможностей и особенностей развития.

В соответствии с письмом Министерства образования и науки РФ от 10 февраля 2015 г. № ВК-268/07 «О совершенствовании деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» ведущая роль в раннем выявлении детей с особыми образовательными потребностями отводится центрам психолого-педагогической медицинской и социальной помощи.

Работа по организации помощи семье, где воспитываются дети с ограниченными возможностями, имеет широкие перспективы развития, постоянно совершенствуется. Разрабатываются новые направления в работе с такими детьми и их родителями. Так, в рамках реализации республиканской программы «Право быть равным» (2012-2014 гг.), утвержденной Постановлением Правительства Республики Коми от 31.07.2012 г. № 325, на базе ГУ РК «Республиканский центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» 24 декабря 2012 года состоялось открытие Лаборатории ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их родителям (далее – Лаборатория). Лаборатория организована в целях оказания ранней комплексной психолого-медико-педагогической помощи детям с нарушениями развития (риском нарушений), их родителям, педагогам и другим специалистам в вопросах воспитания, развития, обучения и коррекции нарушений в развитии детей с ограниченными возможностями здоровья от 0 до



18 лет, а также осуществления ранней профилактики различных отклонений в развитии ребенка и социальной адаптации.

В своей работе специалисты Лаборатория решают следующие задачи:

– комплексное психолого-медико-педагогическое обследование детей с нарушением развития (риском нарушения) с целью уточнения структуры нарушения, определения эффективности реабилитационных мероприятий и направлений коррекционного психолого-педагогического воздействия;

– определение дальнейшего маршрута развития ребенка с нарушением развития, разрабатываемого исходя из особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей ребенка и составление индивидуальных программ сопровождения;

– оказание комплексной коррекционной и развивающей помощи детям с нарушением развития;

– оказание методической, психолого-педагогической, информационной помощи и поддержки родителям (законным представителям) детей с нарушениями развития (риском развития), педагогам, специалистам по проблемам, связанным с их развитием, воспитанием, реабилитацией и обучением.

В рамках осуществления диагностического и консультативного направления деятельности Лаборатории, в целях осуществления раннего психологического выявления различных отклонений в развитии и поведении детей и оказания консультативной помощи родителям по различным вопросам воспитания, обучения и развития ребенка, специалистами Лаборатории в течение 2014-2015 годов было предоставлено 614 психолого-медико-педагогических услуг.

Для успешности воспитания и обучения детей с особенностями развития необходима правильная оценка их возможностей и выявление особых образовательных потребностей. В связи с этим особая роль отводится психолого-педагогической диагностике, которая обеспечивает:

– своевременное выявление детей с ограниченными возможностями;

– определение оптимального образовательного маршрута;

– осуществление индивидуально-ориентированной психолого-медико-педагогической помощи детям с ОВЗ с учетом особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей детей;

– планирование и разработку коррекционных мероприятий;

– оценку динамики развития и эффективности коррекционной работы;

– проведение консультирование родителей ребенка.

В 2016г., в условиях Лаборатории 269 детей прошли диагностическое обследование с целью изучения уровня интеллектуального развития и психических процессов, внутрисемейных отношений, особенностей эмоционально-волевой сферы, навыков учебной деятельности, речевого развития. Для каждого ребенка, прошедшего углубленную диагностику, разрабатываются индивидуально-ориентированные рекомендации по организации дальнейшего сопровождения в реальных условиях его обучения и воспитания.

С началом функционирования Лаборатории у родителей появилась возможность получить профессиональную консультацию психолога, физиолога, логопеда, дефектолога, методиста и психиатра. Традиционно психологическая помощь семье осуществляется в рамках индивидуальной психологической консультации. На основании первичной диагностики уровня развития ребенка специалисты Лаборатории дают рекомендации родителям по проблемам развития детей, по дальнейшему воспитанию и обучению; проводят предварительную работу по уточнению образовательного маршрута детей. Огромные возможности профилактики и коррекции отклонений в развитии лежат в осознанном отношении родителей к проблеме развития ребенка.

Надо отметить, что в рамках Лаборатории значительное внимание уделяется сопровождению детей раннего возраста с проблемами развития. Успешность процесса сопровождения детей с ОВЗ зависит от максимально раннего выявления нарушений развития

и особых образовательных потребностей ребенка; сокращения временного промежутка между моментом определения первичного отклонения в развитии ребенка и началом целенаправленного обучения и коррекционно-педагогической помощи; от непрерывного сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья специалистами; от дифференциации и индивидуализации обучения; от включения родителей в образовательный, коррекционный и реабилитационный процесс.

За 2017-2018гг. сопровождением, направленным на развитие и профилактику проблем психомоторного и психоречевого развития детей (с активным участием в них родителей), охвачено 50 детей-дошкольников с ОВЗ, в т.ч. детьми раннего возраста, проведены развивающие занятия.

Ранний возраст является уникальным и определяющим для всего последующего умственного, физического, речевого и эмоционального развития ребенка. Психолого-педагогическое сопровождение ребенка на этом важном этапе предполагает своевременное выявление детей, нуждающихся в более точной диагностике, а значит, предупреждении возможного неблагополучия в развитии ребенка в будущем. Правильно организованная работа, начатая в раннем возрасте, определяет успешность всестороннего развития ребенка. Основными задачами при этом являются установление первичного дефекта, целенаправленная коррекция выявленных нарушений и предупреждение возможных вторичных последствий. Раннее вмешательство психолога, логопеда, дефектолога или любого другого специалиста при совместном активном участии родителей может предупредить или исключить необходимость компенсирующего обучения в старшем дошкольном возрасте.

Таким образом, в республике создана определенная система по обеспечению условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья, позволяющих учитывать особые образовательные потребности детей.

#### **Список литературы:**

1. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2005/2006 survey [internet] Available from: <http://www.euro.who.int/ru>.
2. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Степанова М.И. Гигиенические проблемы школьных инноваций. М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2009.
3. Ганузин В.М., Черная Л.Н. Школа без педагогического насилия – необходимое условие сохранения здоровья обучающихся. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2013;2: 38-40.
4. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: Психологическая природа и возрастная динамика. М.: Воронеж; 2000:48-52.
5. Suldo SM, Riley KN, Saffer EJ. Academic correlates of children adolescents life satisfaction. School Psychology International, 2006,27: 567-582.
6. Veronneau MN, Dishion TJ. Middle school friendships and academic achievement in early adolescence: a longitudinal analysis. The Journal of Early Adolescence, 2011, 31(1):99-124.
7. Гончарова Н.А., Надеждин Д.С. Характеристика нервно-психического здоровья школьников 3-8 классов в динамике их обучения. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2012; 1:20-6.
8. Жданова Л.А., Молькова Л.К., Зайцева Е.С. Стиль поведения учителя и состояние здоровья детей. В кн.: Материалы XIV Конгресса педиатров России. М., 2010.
9. Сухарева Л.М., Намазова-Баранова Л.С., Рапопорт И.К., Звездина И.В. динамика заболеваемости московских школьников в процессе получения основного общего образования. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2012; 3: 18-26.
10. Степанова М.И. Гигиеническая оценка системы обучения и воспитания. Справочник образовательного учреждения. 2008; 8: 54-8.
11. Соколова Н.В., Рапопорт И.К., Ушаков И.Б. Роль микросоциума в формировании самооценки качества жизни подростков. В кн.: Мат. Всероссийской научно-практической

конференции с международным участием «Актуальные вопросы психогигиены и охраны психического здоровья детей и подростков». 24-25 октября 2007г. Москва М.: Научный центр здоровья детей РАМН; 2007:216-7.

12. Уланова, С.А., Качмарчик, Э.В., Кучма, В.Р. Особенности организации здоровьесбережения в образовательных учреждениях северных регионов России: гигиенические проблемы и пути их решения. Опыт Республики Коми: монография. [Текст] / С.А. Уланова, Э.В. Качмарчик, В.Р. Кучма; Коми республиканский институт развития образования и переподготовки кадров. – Сыктывкар, 2010. – 212с.

УДК 616-036.865

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МКФ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ДЦП.**

Шошмин А.В., Кожушко Л.А.  
ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта»  
Минтруда России, Санкт-Петербург

## **THE USE OF THE ICF IN REHABILITATION DIAGNOSTICS OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY.**

Shoshmin A.V., Kozhushko L. A.

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

**Аннотация.** Использование МКФ в реабилитационной диагностике у детей с ДЦП позволяет комплексно оценить их здоровье, состояние жизнедеятельности и влияния факторов окружающей среды, а также определить наиболее вероятные меры воздействия.

**Abstract.** of the ICF in rehabilitation diagnostics in children with cerebral palsy allows them to evaluate their health, the state of vital activity and the influence of environmental factors in a comprehensive way, and also to determine the most probable measures of influence

**Ключевые слова:** детский церебральный паралич, реабилитация, эффективность мероприятий, МКФ, базовый набор МКФ.

**Key words:** cerebral palsy, rehabilitation, efficiency, ICF, ICF Core Set.

Детский церебральный паралич - тяжелое инвалидизирующее заболевание, распространенность которого составляет 2-2,5 случая на 1000 детей. Среди причин детской инвалидности, данное заболевание занимает ведущее место, как в России, так и в странах Европы, США, Канаде, Австралии. В связи с этим реабилитация (абилитация) детей с ДЦП является приоритетным направлением в социально-экономической политике большинства стран мира.

Для углубленного исследования использовали комплексный базовый набор МКФ и базовые наборы МКФ, предназначенные для оценки нарушений у детей с последствиями ДЦП трех возрастных групп (от 0 до 6 лет, от 7 до 13 лет и от 14 до 18 лет).

Анализ результатов клинико-функционального обследования показал, что основными клиническими проявлениями у детей с ДЦП были двигательные нарушения. При этом

наиболее тяжелыми были нарушения подвижности и стабильности суставов (b710) в 37,5% случаев.

Умственные функции интеллектуальные (b117), познавательные (b164) и речевые (b167) были снижены у 94% детей. Тяжелые нарушения этих категорий были выявлены у 30,2% детей, умеренные – у 60,4%.

Исследование сенсорных функций выявило их нарушение у 96,0% обследованных, при этом нарушение зрительных функций (b210) наблюдалось у 88,9% детей, нарушение слуха (b230) – у 7,1%. По тяжести зрительных расстройств – в 35,2% случаев преобладали нарушения умеренной степени, в 14,8% - выраженные.

При оценке состояния жизнедеятельности детей, учитывались их психофизиологические особенности развития, а также становление основных умений и навыков. Применяемые базовые наборы МКФ для детей разных возрастных групп учитывали эту специфику. Так, у детей до 3 лет оценивались категории МКФ, связанные с общением (использование зрения d110, слуха d115 и других ощущений d120, восприятие и понимание устной речи d133, до речевые функции d331, речь d330), игровой деятельностью (участие в играх d880), моторным поведением (изменение позы тела d410, поддержание и перемещение тела d420, использование кисти и руки d445, передвижение – ходьба d450), а также с развитием отдельных навыков по самообслуживанию (прием пищи d550, одевание d540 и др.). Ограничения этих категорий были выявлены у всех детей этого возраста. Степень их нарушения коррелировала с тяжестью функциональных расстройств. Тяжелые и абсолютные нарушения преобладали в категориях, связанных с моторным поведением ребенка.

По мере развития ребенка количество оцениваемых категорий возрастало. С 3-х до 6 лет оценивались категории МКФ, связанные с обучением, такие как: d130 (копирование), d133 (освоение устной речи), d140-d145 (усвоение навыков чтения и письма), d350 (разговор), d815 (дошкольное образование) и др. Нарушение этих категорий было выявлено у большинства детей этого возраста, при этом у 30% имелись тяжелые нарушения, у 32% - умеренные.

С 7 лет – к перечисленным выше, добавляется оценка таких категорий, как d166 (чтение), d170 (письмо), d172 (вычисление), d175 (решение проблем), d177 (принятие решений), d220 (выполнение многоплановых задач), d820 (школьное образование). С 14 лет возможно оценить все категории из общего базового набора, предназначенного для детей с последствиями ДЦП, включая профессиональное обучение (d825), высшее образование (d830), получение работы (d845), и др.

Анализ факторов окружающей среды позволил выявить значимость отдельных лиц и профессионалов в оказании помощи и поддержки детям с последствиями ДЦП и их семьям. Так по категориям e310 (семья и ближайшие родственники) и e320 (друзья) наибольший процент выборов относился к определителю +4 – абсолютные облегчающие факторы (32% и 26% соответственно).

Для уменьшения степени выраженности выявленных нарушений каждому ребенку индивидуально в зависимости от тяжести нарушения подбирались реабилитационные услуги и ТСР с использованием Кодификатора категорий инвалидности, разработанного специалистами нашего Центра. Так, например, если при нарушении двигательной функции 2 степени в основном назначалась функциональная терапия и динамическое наблюдение, то при нарушении 3-4 степени в большинстве случаев требовалось хирургическое лечение, а также назначение вспомогательных ТСР (ходунки, кресло-коляска и др.).

Таким образом, предлагаемые наиболее вероятные меры воздействия, привязанные к категориям МКФ и степени выраженности нарушений, позволили комплексно подойти к разработке рекомендаций ТСР и реабилитационных услуг, с целью максимальной интеграции детей-инвалидов с последствиями ДЦП в среду жизнедеятельности.

## **ВЕДУЩИЕ ТЕНДЕНЦИИ ИНВАЛИДНОСТИ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В 5-ЛЕТНЕЙ ДИНАМИКЕ**

Рябоконе А.Г., Доронина О.Е.  
ФКУ ГБ МСЭ по Ленинградской области" Минтруда России  
Россия, Санкт-Петербург

## **LEADING TRENDS IN DISABILITY IN THE LENINGRAD REGION IN THE 5- YEAR DYNAMICS**

Riabokon A.G., Doronina O.E.  
FCI GB MSE of Leningrad region" of Mintrud of Russia  
Russia, Saint-Petersburg

**Аннотация.** По результатам анализа первичной инвалидности за период 2013–2017 годы в Ленинградской области выявлены определенные закономерности среди инвалидов I группы по классам болезней и возрастным группам.

**Abstract.** According to the results of the analysis of primary disability for the period 2013-2017 in the Leningrad region identified certain patterns among people with disabilities of group I by disease classes and age groups.

**Ключевые слова.** первичная инвалидность, классы болезней, возрастные группы

**Key words.** primary disability, disease classes, age groups.

**Введение.** Внедрение критериев инвалидности на основе количественной оценки степени выраженности нарушений функций с 2014 года способствовали повышению объективности экспертных решений, и соответственно могли повлиять на структуру инвалидности.

**Цель работы** – оценить основные показатели первичной инвалидности среди взрослого населения Ленинградской области в 5-летней динамике и выделить существенные изменения в структуре инвалидности.

**Результаты.** На фоне снижения абсолютного числа впервые признанных инвалидами и интенсивного показателя (ИП) первичной инвалидности в период 2013-2017 гг. наблюдается увеличение числа инвалидов I группы и их удельного веса с 12,7% и 13,0% в 2013 и 2014 гг. до 14,7% в 2015 г., 16,5% в 2016 г. и 17,2% в 2017 г., который ниже, чем в РФ (16,5%, 16,6%, 18%, 19% и 19,5 % соответственно).

Анализ структуры по классам болезней показал, что первые ранговые места у инвалидов I группы занимают злокачественные новообразования (ЗН) и болезни системы кровообращения (БСК), составляя более 70% от всех болезней. ЗН заняли лидирующие позиции, удельный вес которых растет начиная с 2014 г. с 37,3% до 46,4% к 2017 г., и сопровождается одновременным ростом ИП с 18,8 до 29,6 на 10 тысяч взрослого населения. БСК в 2013 г. находились на первом месте (39,6%), с 2014 г. уступили позиции, заняв второе место с тенденцией к снижению удельного веса с 35,8% (2014 г.) до 30,8% (2017 г.), при стабильном ИП (в среднем 18,7 на 10 тыс.).

В возрастной характеристике исследуемого контингента значимо выделяется группа старше трудоспособного возраста, удельный вес которой в 5-летней динамике среди БСК составляет в среднем 83,1%, а среди ЗН – 62,6%.

**Выводы.** Первичная инвалидность в последние годы характеризуется снижением с тенденцией к утяжелению, с существенным преобладанием среди инвалидов I группы доли ЗН и БСК, старше трудоспособного возраста.

Рост инвалидов I группы среди контингента впервые признанных инвалидами с 2014 года обусловлен как изменениями в законодательстве, так и деятельностью учреждений здравоохранения, направляющих граждан на медико-социальную экспертизу на поздних стадиях заболеваний.

УДК 616.8

## **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

Гонтмахер А. В., Белая Н.Н., Кокозова М.Ф., Кривцова Л.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевой детский центр медицинской реабилитации» министерства здравоохранения Краснодарского края

Россия, Краснодар

## **MODERN TECHNOLOGY IN A COMPREHENSIVE PHYSICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY**

Gontmaher A.V., Belaya N.N., Kokozova M.F., Krivtsova L.V.

ГБУЗ КДЦМР МЗКК

The state budgetary institution of health care \"Regional children's center of medical rehabilitation\" of the Ministry of health of Krasnodar Krai"

**Аннотация.** Данные тезисы посвящены использованию в комплексной реабилитации детей с патологией ЦНС кинезиотерапевтической системы «Экзарта», способствующей улучшению физического состояния пациента.

**Abstract.** These abstracts devoted to the use in the complex rehabilitation of children with CNS pathology Kinesis-therapeutic system "Akarta" that improve the physical condition of the patient.

**Ключевые слова.** Кинезиотерапевтическая система, «Экзарта», нейрореабилитация.

**Key words.** Kinesis-therapeutic system, "Exarta", neurorehabilitation.

**Актуальность.** Развитие современных технологий в комплексной реабилитации больных с ограниченными возможностями здоровья является важнейшей задачей здравоохранения [1]. Физическое развитие детей с диагнозом детский церебральный паралич (ДЦП) - одна из важных и сложных проблем нейрореабилитации [2]. В основе двигательной деятельности человека лежат процессы координации движений (управления движениями) [3]. При ДЦП двигательные расстройства проявляются в патологическом перераспределении мышечного тонуса, снижении силы мышц, нарушении взаимодействия между мышцами-агонистами и синергистами [4]. Движение – одна из основных форм взаимодействия ребёнка с внешней средой [5].

**Цель.** Оценка эффективности реабилитационных мероприятий у детей с ДЦП при занятиях на подвесной кинезиотерапевтической системе «Экзарта».

**Методы.** В исследовании приняли участие 20 детей, страдающих ДЦП различных форм, в большей степени со спастической диплегией (GMFCS II уровня) в возрасте от 9 до 15 лет с сохранным интеллектом, находящихся на реабилитации в ГБУЗ «Краевой детский центр медицинской реабилитации» министерства здравоохранения Краснодарского края.

Перед началом курса оценивались физическая работоспособность детей с помощью тестирования моторного контроля (длительность теста - 2 минуты) и теста мышечных лент (5 бальная система оценки).

Выявлено: показатели теста мышечных лент у детей не превышали 1 балла, а тест моторного контроля не смог пройти ни один исследуемый.

**Результаты.** После прохождения реабилитации на подвесной системы «Экзарта» у детей улучшилась физическая работоспособность до 2-3 баллов по тесту мышечных лент, а тест моторного контроля у всех детей доведён до 1 минуты.

**Заключение:** Включение подвесной системы «Экзарта» в план реабилитационных мероприятий у детей с ДЦП позволяет улучшить физическое состояние пациента.

**Выводы:** Кинезиотерапевтическая реабилитационная система «Экзарта» оказывает позитивный эффект на многие группы мышц детей, страдающих ДЦП, улучшая их общее физическое состояние.

#### **Список литературы:**

1. Избранные вопросы нейрореабилитации [Электронный ресурс] : материалы X международного конгресса «Нейрореабилитация — 2018» (Москва, 31 мая –1 июня 2018 г.) / редкол. : Г. Е. Иванова [и др.]. — Электрон. дан. — М., 2018. — 250 с. Режим доступа: congress\_neuro.ru. — Загл. с экрана.

2. Бадалян, Л.О. Невропатология: Учебник для студ. дефектол. фак. высш. пед. учеб. заведений / Л.О. Бадалян. - М.: Издательский центр «Академия», 2000. - 384 с.

3. Солодова, Е.Л. Современные технологии ЛФК в реабилитации детей на базе ГЦВЛДПН. / Е.Л. Солодова, А.А. Потапчук, А.В. Самсонова, Р.Г.Юрьева / Материалы конгресса «Человек и его здоровье», - СПб, 2006. - 214 с.

4. Семёнова, Е.В. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам / Е. В. Семёнова, Е. В. Ключкова, А. Е. Коршикова-Морозова, А. В. Трухачёва, Е. Ю. Заблоцкис. – М.: Лепта, Книга, 2018. - 584 с.

5. Бадалян, Л.О. Детские церебральные параличи / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина. Киев : Здоровье, 1988. - 326 с.

УДК 616.8

### **РАЗВИТИЕ КООРДИНАЦИИ И РАВНОВЕСИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

Гонтмахер А.В., Белая Н.Н., Кокозова М.Ф., Кривцова Л.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевой детский центр медицинской реабилитации» министерства здравоохранения Краснодарского края  
Россия, г. Краснодар

### **THE DEVELOPMENT OF COORDINATION AND BALANCE IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY**

Gontmaher A.V., Belaya N.N., Kokozova M.F., Krivtsova L.V.

The state budgetary institution of health care \"Regional children's center of medical rehabilitation\" of the Ministry of health of Krasnodar Krai

**Аннотация.** Данные тезисы посвящены использованию в комплексной реабилитации детей с патологией ЦНС тренажёра с биологически-обратной связью «Баланс-Мастер», используемого для улучшения у них равновесия, координации и мышечного контроля.

**Abstract.** These theses are devoted to the use in the complex rehabilitation of children with CNS pathology simulator with biofeedback "Balance-Master", used to improve their balance, coordination and muscle control.

**Ключевые слова.** тренажёр, «Баланс-Мастер», биологически-обратная связь, комплексная реабилитация, ДЦП.

**Key words.** Trainer, "Balance-Master", bio-feedback, comprehensive rehabilitation, cerebral palsy

**Актуальность.** Детский церебральный паралич (ДЦП) приводит к глубокому нарушению двигательных функций, мышечной слабости [1, 2], аномально высокой спастичности мышц в пораженных конечностях [3], нарушениям баланса и моторного контроля [4] и, как следствие, к постоянной зависимости со стороны окружающих.

**Цель:** Оценка эффективности тренажёра с биологически-обратной связью «Баланс-Мастер» в комплексной реабилитации детей с атактическими нарушениями при атонически-астатической форме ДЦП.

**Методы.** Изучена эффективность тренажёра Баланс-Мастер с биологически-обратной связью в комплексной реабилитации детей с атактическими нарушениями при атонически-астатической форме ДЦП (GMFCS I и II уровня). В исследовании приняли участие 25 человек от 7 до 15 лет, преимущественно девочки (80%) с сохранным интеллектом. Для оценки эффективности занятий на тренажёре Баланс - мастер использовали диагностические пробы: пальценосовую и Ромберга.

**Результаты.** После прохождения курса занятий на тренажёре Баланс-Мастер -12 занятий ежедневно по 30 минут, у всех пациентов улучшилась координация движений и психоэмоциональный фон.

**Заключение.** Включение тренажёра Баланс – Мастер в план реабилитации детей с атактическими нарушениями при атонически-астатической форме ДЦП, позволило получить положительную динамику у 100% пациентов, занимавшихся на данном тренажёре.

**Выводы.** Тренировка равновесия, координации и мышечного контроля стимулирует ЦНС и показывает отличный результат в комплексной реабилитации детей с ДЦП.

Список литературы:

1. Перхурова, И.С. Регуляция позы и ходьбы при ДЦП и некоторые способы коррекции / И.С. Перхурова, В.М. Лузинович, Е.Г. Сологубов. - СПб.: Издательство «Амфора», 1996. - 242 с.
2. Бадалян, Л.О. Невропатология: Учебник для студ. дефектол. фак. высш. пед. учеб. заведений / Л.О. Бадалян. - М.: Издательский центр «Академия», 2000. - 384 с.
3. Качесов, В.А. Основы интенсивной реабилитации. ДЦП. Книга 2 / В.А. Качесов. - М.: Издательство «Альтаир», 2001. - 129 с.
4. Бортникова, С.М. Нервные и психические болезни: учеб. пособие / С.М. Бортникова (Цыбалова), Т.В. Зубахина. - Изд. 11-е, стер. - Ростов н/Д: Феникс, 2013. - 478 с.



**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ  
КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ИНВАЛИДОВ КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БАЗОВОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ  
ОРГАНИЗАЦИИ**

Виданова Ю.И.

СПб ГБ ПОУ «Охтинский колледж»

Санкт-Петербург

**PROFESSIONAL ORIENTATION AND PROFESSIONAL COUNSELING OF  
DISABLED PEOPLE AS ONE OF THE ACTIVITIES OF THE BASIC PROFESSIONAL  
EDUCATIONAL ORGANIZATION**

Vidanova Y. I.

St. Petersburg GB POU «Okhta College»

Saint-Petersburg

**Аннотация:** В тезисах рассмотрена деятельность Базовой профессиональной образовательной организации по профориентации и профессиональному консультированию инвалидов. Приводятся некоторые статистические данные по регистрации выписок из ИПРА.

**Abstracts:** The thesis deals with the activities of the Basic Professional Educational Organization for Vocational Guidance and Professional Counseling for Persons with Disabilities. Some statistical data are provided on the registration of extracts from the Individual Rehabilitation and Ability Program.

**Ключевые слова:** инвалиды, ИПРА, профессиональная ориентация, профессиональное консультирование

**Key words:** disabled people, Individual Rehabilitation and abilitation program for disabled person, professional orientation, professional counseling

С 1 января 2018 года в Санкт-Петербурге в СПб ГБ ПОУ «Охтинский колледж» начала функционировать Базовая профессиональная образовательная организация (далее БПОО). Основная за-дача БПОО согласно Государственной программе РФ «Доступная среда» – создание и поддержка в субъекте РФ региональной системы инклюзивного профессионального образования инвалидов и лиц с ОВЗ.

В рамках изменения Федерального законодательства в части реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) (далее – ИПРА) Комитетом по образованию организована работа по реализации ИПРА. Охтинский колледж, как Базовая профессиональная образовательная организация, определен ответственным исполнителем по реализации ИПРА среди профессиональных образовательных учреждений. Для этого в структуре Охтинского колледжа создан Центр профориентации, профессионального сопровождения и консультирования инвалидов (детей-инвалидов).

Основной целью деятельности Центра является реализация мероприятий по профессиональному образованию инвалидов (детей-инвалидов) на основании выписок из ИПРА, направляемых ГБОУ Региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Центр диагностики и консультирования» Санкт-Петербурга.

Охтинский колледж принимает и регистрирует направляемые Центром диагностики выписки из ИПРА, информирует почтовыми уведомлениями инвалидов о возможности разработки перечня мероприятий по профессиональному образованию, определяет исполнителей и сроки исполнения мероприятий по профессиональному образованию в соответствии с ИПРА, осуществляет профессиональное сопровождение (тестирование и

консультирование) абитуриентов и студентов системы СПО Санкт-Петербурга из числа лиц с инвалидностью.

В период с ноября по декабрь 2017 года нами были получены 497 выписок из ИПРА. Средний возраст инвалидов составил 39 лет. 109 выписок приходится на инвалидов в возрасте от 18 до 23 лет, потенциальных абитуриентов профессиональных образовательных учреждений. Из 497 человек 171 женщина и 326 мужчин.

По данным полученных выписок из ИПРА не работают 250 инвалидов, не имеют профессии и/или квалификации 117 инвалидов. За время работы Центра профориентации инвалидов в СПб ГБ ПОУ «Охтинский колледж» лично за консультацией обратились 14 инвалидов. Для трех из них были разработаны перечни мероприятий по профессиональному образованию по следующим профессиям: программирование в компьютерных системах, контролер банка и бухгалтер, специалист по налогообложению.

УДК 616-036.86

## ДЕСТРУКТИВНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СКЕЛЕТА У ДЕТЕЙ

Зорин В.И.<sup>1,2</sup>, Костик М.М.<sup>3</sup>, Мушкин А.Ю.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Клиника детской хирургии и ортопедии СПб НИИФ

<sup>2</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

<sup>3</sup>Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет

Россия, Санкт-Петербург

## DESTRUCTIVE LESIONS OF THE SKELETON IN CHILDREN

Zorin V.I.<sup>1</sup>, Kostik M.M.<sup>3</sup>, Mushkin A.Y.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Pediatric Surgery and Orthopedics Clinic,

<sup>2</sup>North-West State Medical University them. I.I. Mechnikov

<sup>3</sup>St. Petersburg State Pediatric University.

**Ключевые слова:** Детская ортопедия, деструкции скелета, костная патология

**Key words:** pediatric orthopedics, skeletal destruction, bone pathology

**Цель:** Анализ структуры нозологических форм у детей с деструктивными поражениями скелета.

**Материалы и методы:** Под деструкцией костной ткани понимают нарушение нормальной структуры и целостности кости вследствие патологического процесса, природа которого может быть различной, в частности иметь инфекционный, воспалительный, опухолевой или дистрофический характер.

Проведен анализ группы больных, проходивших хирургическое лечение в условиях клиники, по поводу внеverteбральных деструктивных поражений скелета и их последствий в течении последних двух лет – N=212 (пациенты), n=221 (патологических очагов). Средний возраст больных составил 9±1,2 лет. В большинстве случаев первичной госпитализации клинично-лучевая картина не позволяла объективно установить природу патологического процесса, что определяло показания к проведению инвазивной диагностики. В целом же объем оперативного вмешательства определялся тяжестью и локализацией патологических изменений. В частности, при инфекционно-воспалительных деструкциях выполнялись радикальные санационно-реконструктивные вмешательства, при доброкачественных опухолевых поражениях радикально-реконструктивное (после предварительной гистологической верификации по данным трепан-биопсии), с различными вариантами пластики костных дефектов. При последствиях деструктивных поражений скелета

вмешательство носит реконструктивный характер в соответствии с основными принципами детской ортопедии.

**Результаты и обсуждение:** В 98% случаев патологические изменения имели метаэпифизарную локализацию. Большая часть случаев приходилась на инфекционно-воспалительные поражения скелета (туберкулез, неспецифическая бактериальная флора) – 75 (35%) и их последствия (костные дефекты, деформации, укорочения конечностей, артрозы) – 67 (32%); хронический не бактериальный остеомиелит – 30 (14%) наблюдений; дегенеративно-дистрофические поражения (остеохондропатии, асептический остеонекроз) – 11 (5%); посттравматический остеомиелит – 10 (5%); опухолевые поражения – 19 (9%). В подавляющем большинстве патологические изменения локализовались в области нижних конечностей – 216 (98%), патология верхней конечности отмечена лишь у 5 больных. В структуре локализаций в области нижних конечностей превалирует проксимальный отдел бедренной кости – 95 (43%), патология в зоне коленного сустава отмечена у 48% детей: патология дистального отдела бедренной кости – 62 (29%), проксимального отдела большеберцовой кости – 42 (19%).

В ходе изучения анамнеза установлено, что 42 (19,8%) ребенка получали предварительное лечение с ошибочным диагнозом, средний срок которого составлял  $4\pm 1,2$  месяца. В большинстве случаев это относилось к дифференциально-диагностической группе специфических и небактериальных остеомиелитов, требующих совершенно разного лечебно-тактического подхода.

**Заключение:** Таким образом деструктивные поражения периферического скелета представлены широким спектром нозологических форм, при этом в подавляющем числе случаев патологические изменения локализуются в метаэпифизарных отделах костей нижних конечностей, образующих крупные суставы – тазобедренный и коленный. Данный аспект определяет высокую анатомо-функциональную значимость патологического процесса и его исходов.

Объективная верификация патологического процесса, протекающего под маской «синдрома остеодеструкции» требует инвазивной диагностики с проведением гистологического, иммуногистохимического и бактериологического исследования, которая определяет дальнейший выбор того или иного алгоритма как хирургического, так и программного медикаментозного лечения.

УДК 614.1:614.2

## **РАБОТА С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ В УСЛОВИЯХ КАБИНЕТА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ**

Русакова М.М., Золотова Е.Н., Галимзянов А.А., Пронина Е.В

Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения «Детская городская поликлиника №62»

Россия, Санкт-Петербург

## **WORK WITH CHILDREN SUFFERING FROM DISABILITY IN THE CONDITIONS OF THE DEPARTMENT OF MEDICAL SOCIAL CARE OF CHILDRENS HEALTH CENTER**

Rusakova M.M , Zalotova E.N , Galimzyanov A.A , Pronina E.B.

Federal Budgetary Healthcare Institution «City childrens outpatient clinic No.62»

Russia, Saint Petersburg

**Аннотация.** В тезисах сообщается об опыте организации кабинета медико-социальной помощи в детской поликлинике как структурной единицы института раннего вмешательства с целью уменьшения предотвратимых потерь здоровья и жизни детей и подростков.

Основными задачами кабинета МСП является выявление и оказание медико-социальной помощи категории детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации и в опасном положении: дети-инвалиды, опекаемые дети, дети из многодетных семей, юные матери, правонарушители, а также дети из социально неблагополучных семей и подвергшиеся насилию.

**Abstract.** In these aspects is being reported about the experience of the organization of the department of medical social care in children's health center as a structural unit of the Institute of early intervention with purpose the reduction of preventable health loss, children's and teenager's lives. The main objectives of the department of medical social care are the detection and rendering of medical social care in children's category, proven to be in difficult health condition and in hazardous situation: children suffering from disability, children in need of medical care, children from large families, young mothers, children coming from lawbreaking families as well as children from troubled-dysfunctional families and victims of violence. The work for children suffering from disability concludes with help to prepare medical examination and re-examination, habilitation and rehabilitation activities.

В Федеральном Законе от 24.07.1998 г. №124-ФЗ (ред. От 28.12.2016г.) «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ» дано определение категории детей, находящихся в тяжелой жизненной ситуации: это дети, оставшиеся без попечения родителей, дети-инвалиды, дети из социально неблагополучных семей, беженцы, жертвы насилия и межнациональных конфликтов и т.д., то есть те, чья жизнедеятельность объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи. В РФ создается трехуровневая система организации помощи таким детям. В частности, в детских поликлиниках Приказом МЗ РФ от 07.03.2018г. №92н предусмотрено создание отделений (кабинетов) медико-социальной помощи (КМСП). В ДП №62 Невского района СПб, обслуживающей 18890 детей, КМСП создан в январе 2017 г. В настоящее время штат укомплектован врачом-педиатром, медицинской сестрой, социальным работником, психологом. В кабинете МСП состоят на учете 627 семей с детьми, которых можно отнести к категории детей в трудной жизненной ситуации: 822 ребенка проживают в многодетных семьях, 108 детей, находящихся под опекой, 216 детей-инвалидов, 36 детей в социально неблагополучных семьях, 17 несовершеннолетних правонарушителей (всего около 1200 человек – 6,3% от численности детского населения). Дети-инвалиды составляют особую группу лиц, так как, кроме социальной работы, с ними проводятся реабилитационные и абилитационные мероприятия. Из всего контингента детей, наблюдаемых в кабинете МСП, эта группа детей составляет около 18%. 70 человек из них (30%) – инвалидность установлена до 18 лет, в основном это больные с врожденной патологией органа слуха, зрения и дети с неврологической патологией. Основные направления работы с детьми-инвалидами в рамках КМСП – это организация обследования и подготовки документов на освидетельствование и переосвидетельствование, помощь и контроль в выполнении ИПРА, а также организация ежегодной диспансеризации. Это направление работы стало наиболее актуальным в связи с принятием Постановления Правительства РФ от 29.03.2018 \О внесении изменений в Правила признания лица инвалидом\", по которому устанавливается инвалидность детям на длительные сроки – на 5 лет, до 18 лет.

**Ключевые слова:** детская поликлиника, кабинет медико-социальной помощи, дети в трудной жизненной ситуации, дети-инвалиды, реабилитация, абилитация

**Key words:** childrens health center, department of medical social care, children with troublesome life situations, children suffering from disability, rehabilitation, habilitation

**РЕСУРСНЫЙ ЦЕНТР ПО ОКАЗАНИЮ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ  
ГРАЖДАНМ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ ФКУ «ГБ МСЭ ПО САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ»  
МИНТРУДА РОССИИ**

Трекин С. В.

Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области» Минтруда России  
Россия, Самара

**RESOURCE CENTER RENDERING PUBLIC SERVICES TO PERSONS WITH  
DISABILITIES OF FEDERAL STATE INSTITUTION «THE MAIN BUREAU OF  
MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE IN SAMARA REGION» OF MINISTRY OF  
LABOR AND SOCIAL PROTECTION OF THE RUSSIAN FEDERATION**

Trekin S. V.

Federal state institution «The Main bureau of Medical and social expertise in Samara region»  
of Ministry of labor and social protection of the Russian Federation  
Russia, Samara

**Аннотация.** В настоящее время особое внимание уделяется межведомственному взаимодействию социальных учреждений, оказывающих государственные услуги, в том числе гражданам с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья. Примером эффективного межведомственного взаимодействия служит создание Ресурсного центра федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

**Abstract.** Nowadays, special attention is paid to interdepartmental co-operation of social institutions rendering public services to persons with disabilities and limited health opportunities. An example of effective interdepartmental co-operation is opening of Resource center of Federal state institution «The Main bureau of Medical and social expertise in Samara region» of Ministry of labor and social protection of the Russian Federation.

**Ключевые слова.** Медико-социальная экспертиза, инвалидность, социальная защита, консультационный пункт, реабилитация

**Key words.** Medical and social expertise, disability, social protection, consulting point, rehabilitation Структура ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России включает 30 бюро МСЭ смешанного профиля, 10 бюро специализированного профиля и 6 экспертных составов. В 2016 году все бюро и экспертные составы, расположенные в Самаре были переведены в трехэтажное здание площадью 6000 м<sup>2</sup>.

В сентябре 2016 года ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России организовало межведомственное совещание с участием представителей АНО «Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов», по итогам которого было принято решение о реализации пилотного проекта по созданию на базе Главного бюро МСЭ по Самарской области Ресурсного центра по оказанию государственных услуг гражданам, имеющим инвалидность.

В сентябре 2016 года подписано соглашение о взаимодействии между Главным бюро МСЭ по Самарской области и Отделением Пенсионного Фонда РФ по Самарской области по созданию консультационного пункта, 23 ноября 2016 года состоялось открытие данного пункта. Одновременно был организован консультационный пункт ФГУП «Почта России» для регистрации инвалидов, изъявивших желание получать пенсию на почте.

18 ноября 2016 года был открыт консультационный пункт Центра занятости населения. С каждым обратившимся проводится беседа, разрабатывается план работы по рациональному трудоустройству и социальной адаптации на рынке труда. Дважды в год на базе Главного бюро МСЭ совместно с Самарским центром занятости населения проводятся ярмарки вакансий.

В рамках Ресурсного центра создан выставочный центр Самарского филиала ФГУП «Московское протезно-ортопедическое предприятие» Минтруда России. С января 2017 года начал работать консультационный пункт ГУ «Самарское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации». В сентябре 2017 года открылся консультационный пункт Министерства социально-демографической и семейной политики Самарской области.

Таким образом, на базе единого здания Главного бюро медико-социальной экспертизы в городском округе Самара успешно создан Ресурсный центр по оказанию государственных услуг гражданам, признанных инвалидами. В 2017 году Ресурсный центр был также создан на базе Главного бюро в Тольятти, а в 2018 году – на базах в Сызрани и Отрадном. Подобный опыт работы достоин тиражирования на все учреждения медико-социальной экспертизы РФ.

УДК 61.13

### **ПОСЛЕНАРКОЗНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА**

Решетова Т. В., Герасимова А. В., Ломоносова О.В.  
СЗГМУ им И И Мечникова, Санкт-Петербург

### **POST ANESTHETIC REHABILITATION FOR HIGH-RISK PATIENTS**

Reshetova, T. V., Gerasimov A. V.,  
Lomonosova O. V.  
Northwestern state medical University them And Mechnikov, Saint Petersburg

**Аннотация.** Представлены результаты практического опыта реабилитации пациентов высокого риска после наркоза.

**Annotation.** The results of practical experience of rehabilitation of high-risk patients after anesthesia are presented.

**Ключевые слова:** реабилитация, посленаркозный период, астения, участие.

**Key words:** rehabilitation, post-anesthesia period, asthenia, participation.

Актуальность темы обусловлена наличием определённого количества проблем у пациентов даже после самого эффективного наркоза. Стандартный набор мероприятий раннего послеоперационного периода обычно касается лечения основного заболевания. С некоторыми из остальных проблем больному целесообразно помочь справиться.

По нашим данным, когнитивная астения после часового (и, тем более, длительного наркоза) увеличивается в 1,5-2 раза, особенно у пациентов высокого риска. Старые схемы её коррекции включали до 60 мл пираретама ежедневно внутривенно капельно в первые три дня после аортокоронарного шунтирования (шестичасовая операция на отключенном сердце, была тогда особенно неприятна в плане формирования когнитивной астении), но сейчас есть гораздо более эффективные методы реабилитации. Речь, разумеется, идёт не о психиатрической симптоматике, а о снижении памяти, концентрации внимания, астеническом мышлении. Нарушенные данные когнитивные функции можно скорректировать, добавив в раннем послеоперационном периоде короткий курс антиоксидантов, нейроангиопротекторов, ноотропных препаратов (например: цитофлавин+церебролизин N10 в/в). Это особенно актуально для пациентов, главным рабочим инструментом которых является их интеллект.

Астеническое снижение репаративных процессов хорошо корректируется курсом адеметионина: сначала 400-800 мг в/в капельно № 10, затем до месяца по 400 мг 3р в день перорально.

Профилактировать гипостатическую пневмонию и другие нарушения дренажной функции (особенно актуально для курильщиков), можно, обучив пациента методике брюшного дыхания. Это, разумеется, лучше сделать ещё до операции.

После любой операции важно наладить регулярный стул. Сделать это с минимумом физических усилий помогают отруби и препараты из них. Очень важно, чтобы они были запиты адекватным (минимум 1 стакан) количеством жидкости. Исключение составляют операции непосредственно на самой пищеварительной трубке, где нежелательно даже самое малое местное раздражающее действие, поэтому в этих случаях вместо отрубей используют наиболее щадящие средства: например, фитомуцил.

Посленаркозная реабилитация в раннем послеоперационном периоде гораздо эффективнее проходит с непосредственным участием родственников больного. Их раннее привлечение к восстановительным мероприятиям достоверно уменьшает тревогу, улучшает когнитивные функции у пациентов высокого риска.

УДК:617.71-007.234

### **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Сергеева В.В., Дымнова С.Е., Бобылева Т.А.

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

СПб ГБУЗ «Госпиталь ветеранов войн»; Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинской академии им. Кирова»

### **ACTUAL PROBLEMS REHABILITATION OF PATIENTS WITH OSTEOPOROSIS OF ADVANCED AGE**

Sergeeva V. V., Dimkova S. E., Bobyleva T. A.

Federal state budget institute of additional professional education "Saint-Petersburg institute of improvement of doctors-experts" Ministry of Labor of Russia; St. Petersburg state budgetary University of health "Hospital for veterans of wars"; Federal State Budget Military Educational Institution of Higher Education «Military Medical Academy of S.M. Kirov»

**Аннотация.** Остеопороз является одним из наиболее распространенных метаболических заболеваний скелета. Пристальное внимание к остеопорозу объясняется его высокой распространенностью, медико-социальными и экономическими последствиями, а именно переломами позвонков и периферических костей, которые приводят не только к инвалидности, но и высокой смертности особенно среди пациентов пожилого возраста. На сегодняшний день нет единой и четко выработанной методики лечения и реабилитации пациентов старших возрастных групп с учетом их клинико-функциональных особенностей на фоне сопутствующих заболеваний. Как результат, эффект от лечения зачастую ниже ожидаемого.

**Abstract.** Osteoporosis is one of the most common metabolic diseases of the skeleton. Close attention to osteoporosis is due to its high prevalence, medico-social and economic consequences, namely vertebral fractures and peripheral bones, which lead not only to disability, but also high mortality, especially among elderly patients. To date, there are no single and clearly developed methods of treatment and rehabilitation of patients of older age groups, taking into account their clinical and functional characteristics against the background of concomitant diseases. As a result, the effect of treatment is often lower than expected.

**Ключевые слова:** остеопороз, переломы костей, качество жизни, реабилитация, пожилой возраст.

**Key words:** osteoporosis, bone fractures, quality of life, rehabilitation, advanced age

С учетом имеющей в современном мире тенденции к увеличению продолжительности жизни, повышению пенсионного возраста на фоне нестабильных социально-экономических и политических факторов пристальное внимание социологов, политиков и врачей различных специальностей уделяется изучению качества жизни больных старших возрастных групп при различных заболеваниях. Остеопороз является одним из наиболее распространенных метаболических заболеваний скелета [1]. Наличие и дальнейшее прогрессирование остеопороза, приводящее к возникновению переломов и деформации позвоночника, у работающих лиц пожилого возраста приводит к выраженным функциональным нарушениям и существенно влияет на качество жизни больных, а также способность к трудовой деятельности. По современным статистическим данным остеопороз в России выявляется в среднем у 30,5—33,1% женщин и у 22,8— 24,1% мужчин старше 50 лет, что составляет более 10 млн. человек [2,7].

В реальной клинической практике, по мнению подавляющего большинства врачей-клиницистов при обращении в стационар или на поликлиническом приеме, пациенты зачастую не предъявляют каких-либо специфических жалоб характерных для остеопороза, то есть «коварность» данного заболевания определяется его асимптомностью или малосимптомностью. Вследствие этого, остеопороз зачастую диагностируется с большим опозданием уже при наличии переломов различной локализации, возникающих при минимальной травме [2,3]. Согласно большинству литературных источников, а также исходя из собственного клинического опыта, наиболее частыми жалобами пациентов являются: боли в спине при длительном нахождении в положении стоя или сидя (около 48%), чувство тяжести и дискомфорт между лопатками (17%), общую слабость и быструю утомляемость, необходимость неоднократного отдыха в течение дня (52%). Так же пациенты предъявляют жалобы на диффузную боль в костях с чувствительностью при надавливании или поколачивании позвоночника, ребер и тазовых костей [8,9].

Основное лечение у таких пациентов направлено на лечение болевого синдрома, предупреждение прогрессирования остеопороза и профилактику повторных переломов. Однако лечение, проводимое в стационаре и направленное на устранение или уменьшение основных жалоб пациента, оказывается далеко не достаточным. Зачастую после проведенного хирургического лечения и назначения симптоматической терапии пациент оказывается оставленным наедине со своим заболеванием и сопутствующим ему проблемами. Основными задачами медико-социальной экспертизы в данном случае является оценка основных сфер жизнедеятельности и их ограничений у данной категории больных, к которым относятся способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, восприятию окружающей обстановки, способности к общению, ориентации, способности к трудовой деятельности [8,10,11].

Перечень рекомендованных лечебных восстановительных мероприятий после проведенного хирургического лечения, в сочетании с этиопатогенетическими средствами для лечения остеопороза (бисфосфонаты, селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов, анаболические стероиды, паратиреоидный гормон, Деносумаб, витамин D и его активные метаболиты, препараты кальция), представляет собой: обезболивающие мероприятия — что включает в себя прием болеутоляющих препаратов (анальгетики, НПВС, спазмолитики) и миорелаксантов центрального действия. Пациенты с постоянной болью в спине и конечностях часто испытывают депрессию и нарушения сна, что может потребовать назначения антидепрессантов и снотворных препаратов. Физиотерапевтические методы лечения, такие как тепловые процедуры, ультразвук, электромиостимуляция, электрофорез, так же могут способствовать уменьшению болевого синдрома [2,4,6]. Профилактика гиподинамии — необходима для предупреждения многих проблем со здоровьем, сопутствующих малоподвижному образу жизни: трофических нарушений, пролежней, заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем. Предотвращение описанных осложнений достигается путем курсового массажа, использования специальных многофункциональных кроватей, противопролежневых матрасов, комплекса гигиенических процедур, двигательного режима [6,10].



Еще одним средством восстановительного лечения при улучшении общего состояния больного является физическая нагрузка. Тренировка мышц, в данном случае, способствует улучшению их тонуса, снижению болевого синдрома, формированию «мышечного корсета» и укреплению уверенности пациента в своих силах и благоприятном исходе. Большое значение на данном этапе и в последующем отводится тренировке равновесия, с целью профилактики падений и предотвращения повторных переломов.

Для борьбы с полученной травмой пациентов необходимо привести в благоприятное эмоциональное состояние, настроить на положительные эмоции. В данном случае большое значение отводится индивидуальной работе психотерапевта или клинического психолога, где в ходе неоднократных бесед с пациентом выясняются причины подавленности, апатии и предпринимаются меры по их устранению, по необходимости с медикаментозной поддержкой [7,8].

Немалая роль в скорейшем выздоровлении отводится диетотерапии. Многие больные из-за депрессии отказываются от еды, что негативным образом влияет не только на их физическое здоровье, но и на психическое состояние. В связи с этим питание для данной категории пациентов должно быть щадящим, но в то же время полноценным и разнообразным, зачастую высококалорийным, насыщенным минеральными компонентами и витаминами (в частности кальцием, витамином Д3, фосфором необходимыми для укрепления костей).

Большое значения для адаптации пациентов в окружающей среде (на улице, в домашних условиях), уменьшения нагрузки на позвоночник и конечности, избежание падений и ранней активизации больных отдается средствам технической реабилитации, таким как трости и ходунки, коррекционная и ортопедическая обувь, корсеты и бандажи, противоскользящие накладки для ванны и душа, поручни, костыли, слуховые аппарата, кресло-коляски и другие [10]. У больных с высоким риском переломов проксимального отдела бедра высокой эффективностью в профилактике перелома обладают протекторы бедра. При отсутствии противопоказаний пациентам с последствиями остеопороза рекомендовано санаторно-курортное лечение. Направление пациентов на санаторно-курортное лечение проводится в соответствии с индивидуальной программой реабилитации и результатами медико-социальной экспертизы [7,11].

Оценка нарушения здоровья при остеопорозе у лиц пожилого возраста, как осложненном, так и не осложненном патологическими переломами, предусматривает отнесение его по характеру расстройств функций организма к группе нарушения статико-динамических функций (двигательных функций головы, конечностей, туловища, статики, координации движения). Однако при наличии сопутствующей патологии у лиц пожилого возраста присоединяются нарушения психических функций, нарушения речевых и языковых функций, сенсорных функций и функций кровообращения, дыхания, пищеварения. Комплексная оценка качественных и количественных показателей, характеризующих нарушение функций организма, предусматривает выделение преимущественно четырех степеней нарушения функций: I – незначительные нарушения; II – умеренные нарушения; III – выраженные нарушения; IV – значительно выраженные нарушения [9]

Таким образом, исходя из выше сказанного, важным этапом для процесса МСЭ для больных остеопорозом, осложненным патологическими переломами является реабилитационно-экспертная диагностика, с последующим принятием решения об установлении степени выраженности ограничений жизнедеятельности и определении группы инвалидности. Основными видами реабилитационно-экспертной диагностики являются: 1). Клинико-функциональная диагностика (определение потенциала болезни и ее последствий, формулировка клинико-функционального диагноза, а также определение объема и способности к восстановлению утраченных функций); 2). Психологическая диагностика, целью которой является определения состояния высших психических функций (память, внимание, мышление, восприятия и ощущения), состояние эмоционально-волевой сферы; 3). Оценка социального статуса и социально-средовых условий жизнедеятельности конкретного пациента (биосоциальный статус, образование, общественное и материальное положение,

социально-бытовой статус, положение в семье, межличностные отношения); 4). Профессионально-трудовая диагностика основными задачами которой являются: изучение профессионально-трудового статуса, оценка физиолого-гигиенических условий рабочей среды, тяжести и напряженности трудового процесса; оценка требований, предъявляемых работой в основной профессией и соответствие им пациента с учетом изменившихся психофизиологических функций. 5). Психофизиологическая реабилитация включает в себя оценку состояния профессионально значимых функций, необходимых для выполнения работы в основной профессии (сохранены, нарушены, утрачены), а также оценку других психофизиологических функций качеств для определения способности (пригодности) работать в других сферах профессиональной деятельности в случае невозможности продолжать работу в основной профессии [6,8,11].

Освидетельствование больных и инвалидов с последствиями травм костно-мышечной системы производят в общих бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ). Клинико-экспертная диагностика базируется на традиционных положениях клинической медицины и МСЭ. Диагноз определяют на основании данных детального обследования оценки состояния здоровья и степени ограничения жизнедеятельности с использованием клинических и лабораторных методов обследования, а также данных медицинской документации [11,9].

При принятии решения после завершения МСЭ пострадавшего с последствиями травмы костно-мышечной системы используется следующая схема принятия решения: имеющиеся патологические изменения опорно-двигательного аппарата с незначительно выраженными, умеренно выраженными, выраженными и значительно выраженным нарушениями (стойкими или нестойкими) статико-динамической функции при поражениях верхних и нижних конечностей, позвоночника и таза, функции ходьбы и стояния при поражениях позвоночника, таза, конечностей, приводящее к ограничению жизнедеятельности в виде снижения ее основных критериев: способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, способности к трудовой деятельности и способности к обучению - 0, I, II, III степени. I – III степени ОЖД обуславливают социальную дезадаптацию и нуждаемость в социальной защите и дают основания для определения группы инвалидности.

В целом травмы костно-мышечной системы составляют большую социально-значимую проблему вследствие их частоты, длительности временной утраты нетрудоспособности и инвалидности преимущественно II группы. При неустраняемых анатомических дефектах или деформациях, нарушающих опорно-двигательную функцию, препятствующих самообслуживанию, передвижению и трудовой деятельности, пострадавшие от травм остаются инвалидами на протяжении всей жизни. Однако, в отличие от инвалидов, с последствиями других заболеваний (сердечно-сосудистых, онкологических), у многих инвалидов, с повреждениями опорно-двигательного аппарата, более высокий коэффициент реабилитации. Современные методы лечения иногда, спустя длительные сроки, но приводят к восстановлению строения и функции поврежденного органа, и в результате к ликвидации ОЖД больного [4,5].

Основная работа БМСЭ направлена на профилактику инвалидности и снижение ее тяжести, контроль и изучение условий труда инвалидов, конкретизацию трудовых рекомендаций, составление индивидуального плана реабилитации (ИПР) инвалида с определением в каждом конкретном случае клинического и реабилитационного прогноза и обеспечение контроля адекватности проводимого лечения, а также использования современных методов реабилитации больных [6,10,11].

В заключении следует отметить, что все программы физической нагрузки и реабилитации должны разрабатываться индивидуально с учетом возраста, клинико-функционального состояния пациента и сопутствующих заболеваний. При этом большое значение в благоприятном исходе лечения остеопороза имеет преемственность между врачами травматологами, эндокринологами, терапевтами и неврологами, а также психотерапевтами и врачами-экспертами. Приобщение людей старших возрастных групп к общественной жизни и трудовой деятельности способствует формированию ощущения

полноценности жизни, самоутверждению, устранению психологического барьера между пожилыми пациентами и лицами среднего или молодого возраста, что немало важно в складывающихся социально-политических условиях.

### **Список литературы:**

1. Алексеева Л.И., Баранов И.А., и др. Клинические рекомендации по профилактике и ведению больных с остеопорозом. Издание 2-ое, дополненное/ под редакцией проф. О.М.Лесняк. Российская ассоциация по остеопорозу. – Ярославль: ИПК «Литера». - 2014. – 24с.
2. Беневоленская Л.И. Проблема остеопороза в современной медицине // *Consilium medicum*. – 2014. – Т.6, № 2.
3. Гарднер Д., Шобек Д. Базисная и клиническая эндокринология. Книга 2/ Пер. с англ. – М.: Издательство БИНОМ - 2013. – с.424-435.
4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа - 2015. – с.757- 817.
5. Ершова О.Б., Волна А.А., Фарба Л.Я. Российский научный экспертный совет по совершенствованию подходов к терапии остеопороза. Материалы конференции. Остеопороз и остеопатии. М., – 2015. -№1. –С. 38-40.
6. Зоткин Е.Г., Хурцилава О.Г., Зубкова И.И., Сафонова Ю.А. Вертебральные и периферические остеопоротические переломы: диагностика и медико-социальная значимость. *Травматология и ортопедия России*. – 2010. - № 2(56). – С.106–109.
7. Зоткин Е.Г., Серпов В.Ю. Проблемы и перспективы в оказании медицинской помощи пациентам с остеопорозом. *Вестник РосЗДРАВНАДЗОРА*. -2016. -№4. – С. 53-57
8. Зубкова И.И. Медико-социальные и экономические последствия остеопоротических переломов среди взрослого населения Санкт-Петербурга. Автореф. дисс. канд. мед. наук СПб., - 2013. 22 с.
9. Иванов С.Н., Кочиш А.Ю., Санникова Е.В. Опыт создания службы вторичной профилактики остеопоротических переломов костей в РНИИТО им. Р.Р. Вредена. *Фарматека*. – 2015. № 4(15). – С. 27–33.
10. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации. Под ред. Помникова В.Г., Коробова М.В. – СПб.: Издательство «Гиппократ». – 2018. – 1023 с.
11. Косульникова Е. Пушкова Е.С. Влияние осложненного сенильного остеопороза на качество жизни пожилых людей // *Остеопороз и остеопатии*. - 2010. - №1. -С.5-7.
12. Михайлов Е.Е. Эпидемиология остеопороза и переломов в России / Е.Е. Михайлов, Л.В. Меньшикова, О.Б. Ершова // *Материалы Рос. конгр.по остеопорозу (Москва, 20-22 окт. 2003 г.)*.- М.,2003. С.44.- (Прил. к журн.: *Остеопороз и остеопатии*. - 2003).

**Комплексная реабилитация инвалидов:  
межведомственное взаимодействие.  
Сборник материалов  
научно-практической конференции**

ISBN 978-5-6041675-0-2



Печать цифровая. Бумага офсетная.

Формат 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Объем 12,75 п.л.

Заказ № 0409/2018. Тираж 400 экз.

Отпечатано в типографии ООО «ЦИАЦАН»  
Санкт-Петербург, пр. Ударников, 38/2, пом. 460  
8-981-969-45-55; e-mail: CIACAN@yandex.ru