

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

І НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ РЕАБИЛИТАЦИЯ – ХХІ ВЕК: ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ



Санкт-Петербург
14–16 сентября 2017 года



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

**I НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
РЕАБИЛИТАЦИЯ – XXI ВЕК:
ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ**

Материалы конгресса



Санкт-Петербург
14–16 сентября 2017 года

УДК 364

ББК 67.305

Реабилитация – XXI век: традиции и инновации / Глав. ред. д-р мед. наук, проф., Г.Н. Пономаренко; ред. коллегия: д-р мед. наук В.П. Шестаков, канд. мед. наук Н.Н. Лебедева, канд. биол. наук А.В. Шошмин, канд. экон. наук Я.К. Бесстрашнова]. // Мат. I Нац. Конгр. с межд. участием. – СПб: ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта, 2017. – 412 с.

ISBN 978-5-9906974-9-2

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

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

Представленные в сборнике материалы адресованы специалистам учреждений медико-социальной экспертизы, реабилитации, образования, социальной защиты населения и службы занятости, медицинских организаций.

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:

Шестаков В.П. – доктор медицинских наук, директор института проблем медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Лебедева Н.Н. – кандидат медицинских наук

Шошмин А.В. – кандидат биологических наук, руководитель отдела информационных технологий по проблемам инвалидности ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Бесстрашнова Янина Константиновна – кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник отдела информационных технологий по проблемам инвалидности ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

ISBN 978-5-9906974-9-2

© Минтруд России, 2017

© ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, 2017

© ООО «ИМЖ-СПБ» оформление, 2017

MINISTRY OF LABOUR AND SOCIAL PROTECTION OF THE RUSSIAN FEDERATION

I NATIONAL CONGRESS

**REHABILITATION IN XXI CENTURY:
TRADITIONS & INNOVATIONS**



St. Petersburg, 14-16 September 2017

I National Congress “Rehabilitation in XXI Century: Traditions & Innovations”: proceedings of the congress with international participation within activities of the State Program of the Russian Federation “Accessible Environment” for 2011-2020, St.Petersburg, 14-16 September 2017 / Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation [Eds by Prof. G.N.Ponomarenko, Dr. V.P. Shestakov., Dr. N.N. Lebedeva, Dr. A.V. Shoshmin, Dr. Y.K. Besstrashnova]. – St.Petersburg: 2017. – 412 p.

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

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

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

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

Первый национальный конгресс профессионалов реабилитационной отрасли, посвященный актуальным проблемам и перспективным направлениям развития реабилитации в Российской Федерации, проходит в важный для страны момент, когда вопросы сохранения и укрепления здоровья населения, укрепления тесных взаимосвязей организаций, занимающихся медицинской, профессиональной и социальной реабилитацией приобретают особую актуальность. Проблема реабилитации инвалидов остаётся одной из самых сложных, требующих от общества не только её понимания, но и участия в этом процессе многих специализированных учреждений и структур. Конечной целью адаптации инвалидов является достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество.

В реабилитационном процессе принимают участие органы государственной власти, органы местного самоуправления, а также организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, осуществляющие мероприятия по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации.

Выскажу уверенность, что Конгресс в Санкт-Петербурге станет для многих специалистов России заметной вехой на благородном пути решения проблем реабилитации и абилитации, что, безусловно, положительно скажется на сохранении нации в целом.

Проведение Конгресса позволит выработать стратегические приоритетные направления развития реабилитации в России до 2025 года, даст возможность объединить на профессиональной площадке представителей государственных органов власти, специалистов реабилитационной индустрии, руководителей организаций социальной защиты населения для диалога и решения актуальных вопросов. Решения Конгресса лягут в основу конструктивных предложений по совершенствованию действующего законодательства, рекомендаций по консолидации участников, определят оптимальные пути решения проблем, способствующие эффективному развитию отрасли.

Желаю всем участникам эффективной и плодотворной работы!

Заместитель Министра

труда и социальной защиты Российской Федерации



Г.Г. Лекарев

*Участникам, организаторам и гостям
I Национального Конгресса
«Реабилитация – XXI век: традиции и инновации»*

Дорогие друзья!

Рад приветствовать в Санкт-Петербурге участников, организаторов и гостей I Национального Конгресса «Реабилитация – XXI век: традиции и инновации»!

Форум огромной социальной значимости впервые собрал на берегах Невы ведущих специалистов из многих стран и регионов России, представителей власти и экспертного сообщества. Вам предстоит выработать стратегию развития отечественной реабилитационной отрасли, обсудить актуальные вопросы, обменяться лучшими практиками в этой важной сфере.

В Петербурге поддержке инвалидов уделяется самое пристальное внимание. Город многое делает для того, чтобы люди с ограниченными возможностями здоровья могли получить квалифицированную медицинскую помощь, заниматься делом по душе и по призванию, участвовали в культурной и общественной жизни северной столицы. Большая работа проводится для создания доступной городской среды. Мы готовы поделиться накопленным опытом и принять на вооружение наработки коллег.

Уверен, национальный конгресс «Реабилитация – XXI век: традиции и инновации» позволит поднять на новый уровень медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию в России.

Желаю участникам форума результативных дискуссий, плодотворного общения и, конечно, самых приятных впечатлений от встречи с нашим прекрасным городом!

Губернатор Санкт-Петербурга

Г.С. Полтавченко

Дорогие друзья!

Искренне рад приветствовать участников, гостей и организаторов I Национального конгресса с международным участием «Реабилитация – XXI век: традиции и инновации» и пожелать успехов в работе столь представительного и авторитетного научного форума.

Государство придает приоритетное значение вопросам сохранения здоровья граждан, вопросам комплексной реабилитации. Важно, что успеху этой масштабной и в высшей степени востребованной работе служат такие серьезные общественно значимые научно-практические форумы.

В последние годы законодатели приняли ряд федеральных законов, направленных на формирование доступной среды жизнедеятельности, образования, культуры, занятости, социальной защиты, преследующих цель улучшение жизни граждан, развитие социальной инфраструктуры, социальных стандартов. Активно внедряется международный опыт в этой области.

Уверен, что конгресс пройдет в конструктивном ключе, будет способствовать объединению усилий специалистов широкого профиля и выработке приоритетных направлений в области реабилитации.

Желаю Вам здоровья, успехов в труде, благополучия.

Президент РОВ ВММРКФ, Академик РАН,
заслуженный деятель науки РФ,
профессор, д.м.н

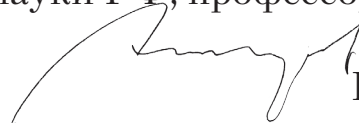
А.Н. Разумов

Уважаемые коллеги!

Реабилитация в России традиционно является составной частью национальной системы здравоохранения и социальной защиты населения. Современные мировые тенденции развития реабилитации заставляют принимать решения по инновационному развитию потенциала социальной сферы и формированию современных подходов, способных решать как медико-социальные задачи обеспечения населения доступной и эффективной помощью, так и экономические проблемы формирования здорового образа жизни. Важную роль в этом процессе играют научные исследования, результаты которых обобщает I Национальный конгресс «Реабилитация – XXI век: традиции и инновации».

Научный конгресс объединяет различных специалистов реабилитационной отрасли и направлен на разработку инновационных организационных, методических и технологических подходов к ее совершенствованию. Дискуссии на форуме позволят усилить существующие деловые связи, коллективно определить стратегию развития платформы реабилитации в России, определить перспективные направления развития ее медицинской, профессиональной и социальной составляющих. Желаю участникам Конгресса плодотворной и эффективной работы, расширения и укрепления творческих и деловых контактов.

Президент региональной общественной
организации «Врачи Санкт-Петербурга»
Научный руководитель НИИ экспериментальной медицины
Академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, профессор



Г. Софронов

Раздел 1. Формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, пилотный проект. Организационно-правовые аспекты реабилитации

УДК 614.2+616-036.86

Пономаренко Г.Н.

НАУЧНАЯ ПЛАТФОРМА СОВРЕМЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

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

Ponomarenko G.N.

SCIENTIFIC FRAMEWORK FOR CONTEMPORARY REHABILITATION

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: реабилитация, реабилитационная медицина, междисциплинарное взаимодействие, реконвалесценция, адаптация, ресоциализация

Keywords: rehabilitation, rehabilitation medicine, interdisciplinary cooperation, reconvalescence, adaptation, resocialization

Аннотация. В настоящее время процесс реабилитации включает последовательное формирование трех взаимосвязанных процессов пациентов со стойкими нарушениями здоровья и ограничениями жизнедеятельности: реконвалесценции, адаптации и ресоциализации.

Основными направлениями научных исследований проблемы реабилитации являются следующие: изучение механизмов действия различных средств медицинской реабилитации; разработка и научное обоснование инновационных реабилитационных технологий; формирование нормативно-правовой базы и организационных основ помощи по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации; разработка современной методологии, позволяющей оценить эффективность реабилитационных технологий.

Abstract. Now the rehabilitation process involves the sequential formation of three interrelated processes of patients with persistent health problems and limitations: reconvalescence, adaptation and resocialization.

The main research trends of rehabilitation are the following: studying mechanisms of action for various techniques of medical rehabilitation, development and evidences of innovative rehabilitation technologies, formation of the legal and organizational framework for assistance in medical, social and vocational rehabilitation, and elaboration of contemporary methodology that allows evaluate effectiveness of rehabilitation technologies.

Научно-технический прогресс, предъявляющий повышенные требования к организму человека, особенно при выполнении им сложной и высококодифференцированной трудовой деятельности, высокий уровень инвалидизации населения, повышение ценности высококвалифицированных кадров вследствие их продолжительной и финансово затратной подготовки, нарастающий дефицит рабочей силы обусловили приоритетное значение для общества комплекса мероприятий, объединенных понятием «реабилитация».

Семантика слова реабилитация (от лат. *re* – возобновление, *habilitas* – способность, пригодность; т. е. восстановление пригодности к чему-либо), позволяет лишь в самом общем виде охарактеризовать суть понятия и не позволяет принять дословный перевод термина в качестве его определения. В определении реабилитации ВОЗ присутствуют биологический и социальный компоненты, а реабилитация представлена в качестве системы мероприятий как медицинского, так и социально-экономического характера [1].

Целью реабилитации является восстановление или компенсация стойких расстройств функций организма и уменьшение ограничений его жизнедеятельности в обществе. Целью реабилитации является восстановление самостоятельности и трудоспособности, повышение качества жизни пациента, уменьшение ограничений его активности, повышение резервов участия в актуальной жизни и уменьшение (ликвидация) факторов риска его жизнедеятельности.

Медицинская реабилитация взаимосвязана с другими аспектами реабилитации, направленными на восстановление человека как личности (медико-психологическая реабилитация), восстановление и компенсацию нарушенных когнитивных функций (когнитивно-поведенческая реабилитация), возобновление трудовой деятельности в том или ином объеме, на достижение социальной и экономической независимости, интеграцию в общество (медико-социальная реабилитация). Медицинская реабилитация занимает среди них особое положение, так как создает основу для всех других элементов системы реабилитации, которую осуществляют специальные службы и подразделения, входящие в состав различных ведомств.

Основной задачей реабилитации является формирование новой системы междисциплинарного взаимодействия специалистов разного профиля, основанного на совместной работе всех подразделений разных

ведомств, различных специалистов, направленной на достижение конкретной, измеримой, понятной и пациенту, и всем членам реабилитационной бригады цели.

Многогранность понятия «реабилитация» как процесса, цели, системы, комплекса мероприятий обусловлена недостаточной теоретической разработкой проблемы, явного отставания научного базиса от практических успехов реально существующей системы реабилитации. Однако единого научного подхода к решению проблемы реабилитации до сих пор не существует, что и рождает дефинитивный разнобой, противоречивость и спорность многих положений. Принципиальными вопросами продолжающейся научной дискуссии, помимо дефиниции, являются место реабилитации в системе медико-социальных мероприятий, содержание реабилитационных мероприятий и организационные основы реабилитации.

Начало теоретическому обоснованию концепции реабилитации было положено в первое десятилетие XX века, когда были выявлены механизмы регенерации нервной ткани (С.Раймон-Кахал), нейропластичности (Е.Конорский) и системной организации функций (Ю.А.Бернштейн, П.К.Анохин). Они позволили сконцентрировать внимание ученых на поиске механизмов восстановления и компенсации функций целостного организма. Значительный импульс таким исследованиям придали травматические эпидемии мировых войн XX века. После Первой мировой войны количество нуждающихся в восстановлении витальных функций инвалидов в Европе составило 18,4 млн, после Второй - 37 млн человек, что обозначило социальную проблему их реинтеграции в общество. Ее практическое решение привело к организации системы мероприятий, направленных на максимально полное восстановление или компенсацию утраченных функций и уменьшение социальных ограничений – системы *реабилитации*. Вводя в свой лексикон новый термин «реабилитация», медики и социальные работники стремились привлечь внимание своих коллег к необходимости продолжения лечебных и социальных мероприятий и после окончания стационарного лечения больного, когда решена задача сохранения жизни и поддержания структурно-функциональной целостности органов и тканей.

В 70-е годы XX века успехи лекарственной терапии и реконструктивной хирургии определили значительный прогресс в лечении многих заболеваний, что расширило области применения реабилитации на социально значимые заболевания преимущественно кардиологического, травматологического и неврологического профилей, последствия которых лидируют в структуре инвалидности и смертности населения. Теория восстановления функций по сравнению с прежним положением вещей получила довольно обширное поле применения.

Смена приоритетов мировой медицины определила потребность научного исследования процессов, развивающихся в организме реконвалесцентов. Разноплановые исследования показали, что у реконвалесцентов в течение продолжительного времени сохраняются сниженное содержание жирных кислот семейства $\omega 3$ в эритроцитах, повышенный уровень молекул средней массы, белков острофазовых реакций и других показателей интоксикации. С появлением электронной микроскопии были выявлены структурные изменения клеток после окончания болезни. Это позволило академику *Д.С.Саркисову* заключить, что «глубинные нарушения структурного звена сложного внутриклеточного конвейера, воспроизводящего функцию, сохраняются до 10 месяцев». Все эти изменения нуждаются в эффективной коррекции.

Методами прижизненной оценки нейропластичности были установлены значимые функциональные перестройки нейронов мозга под действием внешних и внутренних факторов. Они изменяют синаптическую активность мозга, синтез нейрональных протеинов и активность протеаз, формируют новые анатомические связи (спрутинг аксонов или дендритов) нейронов двигательных и сенсорных систем, определяющих когнитивную составляющую моторики.

Полученные практические результаты сформировали предпосылки для междисциплинарного изучения механизмов восстановления (компенсации) нарушенных функций организма, составивших предмет самостоятельной области медицинских знаний - *реабилитационной медицины*. Ее теоретическим фундаментом послужили представления о целостности организма, которая обеспечивается динамической стабильностью внутренней среды организма (К.Бернар, У.Кеннон) и тонким приспособлением к окружающей среде – адаптацией (Г.Селье).

В результате многочисленных исследований было установлено, что реабилитационные мероприятия индуцируют адаптационные реакции саногенеза, направленные на восстановление нарушенной саморегуляции организма. При этом в зависимости от степени исходного нарушения функций (*болезнь, повреждение, увечье*), последовательно включаются базовые компенсаторно-приспособительные процессы *реституции, регенерации и компенсации*. Реституция определяет восстановление функций обратимо поврежденных структур (проницаемость биомембран, метаболические процессы), а регенерация — восстановление целостности и функции тканей и органов после их повреждения или частичной утраты (развитие специфических элементов различных тканей). Компенсация функций обеспечивается сохранившимися элементами поврежденных структур, сходными по функциям структурами и дополнительными механизмами. В связи с этим многие исследователи определяют реабилитацию как ведущее средство повышения уровня адаптации - «реадаптацию».

Последующими исследованиями было научно обосновано фундаментальное положение об участии в реабилитационном процессе корковых процессов высшей нервной деятельности. Исходя из этого, реабилитация должна быть направлена на улучшение качества жизни пациента, которое тесно связано с уровнем его здоровья.

Диалектика структурных и функциональных изменений организма в процессе болезни существенно затрудняет определение четких границ между лечением и медицинской реабилитацией. При этом неизбежным остается классический постулат о том, что лечение направлено, в первую очередь, на устранение причины и ведущих звеньев патогенеза заболевания (этиопатогенез), а реабилитация — на восстановление нарушенных функций. По образному выражению М.М. Кабанова, «лечить можно и животных, а реабилитировать — только человека, так как одна из основ реабилитации — апелляция к его разуму».

Важнейшим условием результативности реабилитации, помимо восстановления жизнедеятельности организма, является улучшение приспособления больного к новым условиям жизнедеятельности, окружающей среде, а затем и к социальным факторам — труду, обществу (адаптациогенез) («реабилитационный треугольник»). На необходимость комплексного анализа возможностей пациента справедливо указывал в 1903 году И.П.Павлов, утверждая, что «приспособление... является точной связью элементов сложной системы между собой и всего их комплекса с окружающей обстановкой».

Сегодня теоретической основой реабилитации является трехмерная концепция нарушений здоровья — Международная классификация функционирования, ограничения деятельности и здоровья (МКФ) [2]. Эта классификация основана на положении о том, что не болезнь создает ограничения жизнедеятельности, а условия окружающей среды. МКФ определяет три уровня медико-биологических и психо-социальных последствий болезни (травмы) и рассматривает состояние человека с позиций трех составляющих здоровья — нарушения структуры и функции организма, активности организма и социального участия пациента. МКФ содержит также перечень факторов внешней среды и личности пациента, которые тесно связаны со всеми уровнями здоровья. Она позволяет оценить не только и не столько последствия заболевания, сколько степень медико-социальной дезадаптации (или её отсутствие) индивидуума в обществе и окружающей среде.

Перспективные направления научных исследований реабилитационной медицины лежат в русле трансляционной медицины, определяющей оптимальные пути внедрения в клиническую практику наиболее значимых достижений фундаментальных наук (from table to bed — «от лабораторного стола — к постели больного»), опираясь на единую методологию. На этой основе продуктивно развивается направление предиктивной (персонализированной) реабилитации, направленной на индивидуализацию медицинских и социальных мероприятий у конкретного пациента. Основу персонализированного подхода составляет научно обоснованное положение о максимальной пользе восстановительных технологий, использованных с учетом факторов, определяющих базовые функции организма — генетических, функциональных (гемодинамических, респираторных и др.), метаболических и других предикторов эффективности. При этом акцент в «мишенях» их действия постепенно смещается к контролю факторов риска и максимально ранней профилактике заболеваний.

Таким образом, сегодня научно обосновано, что процесс реабилитации включает последовательное формирование трех взаимосвязанных процессов — реконвалесценции, адаптации и ресоциализации — пациентов со стойкими нарушениями здоровья и ограничениями жизнедеятельности.

Основные направления научных исследований проблемы реабилитации включают:

- изучение механизмов действия различных средств медицинской реабилитации;
- разработка и научное обоснование инновационных реабилитационных технологий;
- формирование нормативно-правовой базы и организационных основ помощи по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации;
- разработка современной методологии, позволяющей оценить эффективность реабилитационных технологий.

Список литературы

Всемирная организация здравоохранения. Инвалидность и реабилитация. Медицинское обслуживание и реабилитация: деятельность ВОЗ. - URL: <http://www.who.int/disabilities/care/activities/ru/> (дата обращения 30.08.2017).

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.

УДК 616-036.86+ 342.72/.73

Чернякина Т.С., Радута В.И.

РАЗВИТИЕ НАЦИОНАЛЬНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург*

Chernyakina T.S., Raduto V.I.

DEVELOPMENT OF THE NATIONAL LEGISLATION IN THE FIELD OF REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE*Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg**Ключевые слова: реабилитация инвалидов, национальное законодательство.**Keywords: rehabilitation of disabled people, national legislation.**Аннотация. В работе обозначены тенденции регламентации в области реабилитации инвалидов, а также даны предложения по совершенствованию действующего законодательства.**Abstract. In the work tendencies of regulation in the field of rehabilitation of persons with disabilities, as well as suggestions for improving current legislation are considered.*

Целью работы является обозначение основных направлений правовой регламентации в области реабилитации инвалидов в Российской Федерации в исторической ретроспективе.

Материалами исследования являлись принятые в 1995-2017 гг. законы и иные нормативные акты Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в области реабилитации инвалидов.

Методологическую основу исследования составляют общенаучные и специальные методы, в том числе, системный подход, диалектический метод познания; специальные методы (исторический, логический, прогностический сравнительно-правовой, метод толкования права и другие).

Результаты.

обозначены тенденции регламентации в области реабилитации инвалидов;

даны предложения по совершенствованию действующего законодательства.

Предмет правового регулирования в области реабилитации инвалидов носит многоаспектный характер.

Принимая во внимание положения части 1 статьи 3 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее - Закон «О социальной защите инвалидов»)[1] необходимо констатировать, что национальное законодательство Российской Федерации в области реабилитации инвалидов состоит из федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, а также законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

На протяжении действия Закона «О социальной защите инвалидов»[1] определенной трансформации подвергалось само понятие «реабилитация инвалидов», а также круг основных направлений реабилитации.

Нормы Федерального закона от 23 октября 2003 г. N 132-ФЗ[2] внесли в смысловое наполнение процессуальные аспекты (система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности).

В соответствии с Федеральным законом от 1 декабря 2014 г. N 419-ФЗ[3] реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение в настоящее время понятием «Медицинская реабилитация» не охватываются.

Нормами Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»[4] введен понятийный аппарат и начато формирование подзаконной правовой базы в области медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.

Положениями Федерального закона от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»[5] и Федерального закона от 4 декабря 2007 г. N 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации»[6] заложены правовые и организационные основы получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья, а также адаптивной физической культуры, физической реабилитации инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, а также спорта инвалидов.

Немаловажное значение в рамках реализации прав инвалидов на осуществление реабилитационных мероприятий имеет разграничение компетенции в области социальной защиты, в том числе, реабилитации инвалидов.

Если нормы первоначальной редакции статьи 5 Закона «О социальной защите инвалидов»[1] к компетенции органов государственной власти субъектов Российской Федерации в области социальной защиты инвалидов относили отдельные аспекты реабилитации инвалидов, то действующая редакция статьи 5 наделяет субъекты Российской Федерации лишь правом участия в предоставлении дополнительных мер социальной

поддержки инвалидам за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Буквальное толкование указанных норм не обязывает субъекты Российской Федерации осуществлять регламентацию отношений в области реабилитации инвалидов.

Основополагающим инструментом при решении проблем инвалидности и инвалидов, в том числе в области реабилитации, в Российской Федерации является использование программно-целевого метода. С момента вступления в силу Закона «О социальной защите инвалидов» [1] осуществление реабилитационных мероприятий было предусмотрено в программах в области социальной поддержки инвалидов, а также в пролонгируемых программах «Доступная среда».

Основной частью предмета правового регулирования в сфере реализации прав инвалидов на реабилитацию являются отношения по представлению инвалидам конкретных реабилитационных мероприятий.

Правовое регулирование процессуальных аспектов реабилитации инвалидов осуществляется по двум направлениям:

обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации;

регламентация порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида.

Порядок разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы (далее ИПРА), менялся 3 раза. В последнем случае отсутствует положение о доведении ИПРА инвалида и ИПРА ребенка-инвалида до сведения инвалида и ребенка-инвалида (его законного или уполномоченного представителя) соответственно в доступной форме [7].

Неотъемлемой частью правовой регламентации в области реабилитации инвалидов являются отношения по созданию организационного механизма.

В первоначальной редакции Закона «О социальной защите инвалидов» [1] осуществление реабилитационных услуг инвалидам возлагалось на Государственную службу реабилитации инвалидов, которая обозначалась как - совокупность органов государственной власти независимо от ведомственной принадлежности, органов местного самоуправления, учреждений различного уровня, осуществляющих мероприятия по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации.

Разноотраслевой характер правового регулирования продуцирует функционирование различных систем реабилитационных учреждений (здравоохранение, образование, социальная защита).

В системе здравоохранения [8] в области реабилитации инвалидов можно выделить: специализированные больницы медицинской реабилитации, в том числе детская; поликлиники (в том числе детские) медицинской реабилитации; Центры (в том числе детские): лечебно-реабилитационный; медицинской реабилитации для воинов-интернационалистов; лечебной физкультуры и спортивной медицины;

В системе образования функционирует самостоятельная система реабилитационных учреждений [9].

Среди учреждений, входящих в номенклатуры организаций (учреждений) социального обслуживания [10, 11], к реабилитационным учреждениям для инвалидов следует относить реабилитационные центры, в том числе для детей и подростков с ограниченными возможностями; центры социального обслуживания, в том числе, комплексные и для граждан пожилого возраста и инвалидов; реабилитационные центры (отделения) для инвалидов молодого возраста.

Ратификация Конвенции ООН о правах инвалидов [12] дала толчок к формированию правовой базы в соответствии с положениями Конвенции [12], в частности, было положено формирование нормативной правовой базы в области абилитации инвалидов; Минюстом России регламентированы правовые аспекты проведения реабилитационных мероприятий в отношении осужденных инвалидов [13].

Средства материнского (семейного) капитала могут быть направлены семьями, имеющими детей-инвалидов, на приобретение товаров и услуг для социальной адаптации таких детей и их интеграции в общество [14].

В целях повышения эффективности реабилитационного процесса, а также раннего начала предоставления комплексной помощи начато формирование правовой базы в области оказания ранней помощи [15].

В субъектах Российской Федерации регламентируются вопросы: межведомственного и информационного взаимодействия по исполнению мероприятий ИПРА (Удмуртская Республика, Новосибирская область и др.); организации работы по реализации ИПРА (Ленинградская область, Свердловская область и др.); утверждения региональных перечней технических средств реабилитации (Мурманская область Ставропольский край, Тульская область и др.); оказания государственных услуг в области предоставления инвалидам технических средств реабилитации, включенных в региональный перечень технических средств реабилитации, предоставляемых инвалиду (Омская область); организации пунктов проката технических средств реабилитации (Вологодская область, ЯНАО и др.); проведения эксперимента по предоставлению инвалидам технических средств реабилитации с использованием электронного социального сертификата (Москва).

Заключение.

Присоединение к Конвенции [12] дало толчок к формированию нормативной правовой базы в части: предо-

ставления абилитационных услуг; возрастания роли органов местного самоуправления; уделения большего внимания отдельным категориям инвалидов (женщины, дети, осужденные).

Необходимо на законодательном уровне как в Законе «О социальной защите инвалидов»[1], так и в иных законодательных актах обозначить компетенцию региональных и муниципальных властей в области реабилитации инвалидов.

Представляется целесообразным использовать опыт правовой регламентации в области деятельности организационного механизма реабилитации, обозначенный при принятии Закона «О социальной защите инвалидов»[1], привнеся в него принцип системности.

Список литературы

- Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
- Федеральный закон от 23 октября 2003 г. N 132-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Российской Федерации по вопросам реабилитации инвалидов».
- Федеральный закон от 1 декабря 2014 г. N 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов».
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
- Федеральный закон от 4 декабря 2007 г. N 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».
- Приказ Минтруда России от 13 июня 2017 г. 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».
- Приказ Минздрава России от 6 августа 2013 . N 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций».
- Письмо Минобразования России от 4 сентября 1997 г. N 48 «О специфике деятельности специальных (коррекционных) образовательных учреждений I-VIII видов».
- Письмо Минтруда России от 5 января 2003 г. N 30-ГК «О номенклатуре учреждений (отделений) социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов».
- Приказ Минтруда России от 17 апреля 2014 г. N 258н «Об утверждении примерной номенклатуры организаций социального обслуживания».
- Конвенция ООН о правах инвалидов / заключена в г. Нью-Йорке 13 декабря 2006 г.
- Приказ Минюста России от 22 сентября 2015 г. N 222 «Об утверждении порядка обеспечения условий для проведения реабилитационных мероприятий, пользования техническими средствами реабилитации и услугами, предусмотренными индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида в отношении осужденных, являющихся инвалидами и находящихся в исправительных учреждениях».
- Федеральный закон от 28 ноября 2015 г. N 348-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей».
- Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. N 1839-р «Об утверждении Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года».

УДК 614.2+616-036.86

Sue Baptiste, Vice President WFOT

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS

Occupational therapy and Occupational Therapists: professional philosophy, values and scope that enrich the overall mission of rehabilitation in Russia

World Federation of Occupational Therapists (WFOT), www.wfot.org

Key Words: workshop; occupation; occupational therapy; professional evolution; rehabilitation

Abstract: There are major current priorities within the World Health Organization (and the United Nations) for our global population to work together towards bettering health and wellbeing for all. The occupational therapy profession has a wide-spread presence around the world with ninety-two countries holding full membership of the World Federation of Occupational Therapists (WFOT) and many more with associate status. Occupational therapy (OT) is a profession that can fit into any country where someone is doing something they value somewhere; more importantly, OT is congruent within contexts where people are struggling to regain their skills or develop new ones. It is this potential that will be explored within this workshop today.

Purpose:

This workshop will focus upon the health profession of occupational therapy, its core principles, mission and values and the evolution of this profession in order to meet the rehabilitation needs of a population. Didactic, interactive, small and large group methods will be interwoven within the course of the session.

Methods:

Participants will: a) gain an understanding of the foundational philosophy, values and knowledge of the occupational therapy profession; b) participate in interactive exercises that provide clarity to the ways in which the occupational therapy profession works with clients and patients; c) engage in discussion related to the establishment of occupational therapy as a key profession on the interdisciplinary rehabilitation team in practice, policy and system development; and, d) develop a basic appreciation of the work of the World Federation of Occupational Therapists

in furthering knowledge about and involvement of the occupational therapy profession

Results:

Participants will leave the session with a clearer picture of how occupational therapy can be encouraged to grow within Russia and thus become an important part of the rehabilitation team resources throughout the country. They will have gathered a sound sense of the core of the profession and have identified ideas how this can be embraced and adapted to fit into the Russian culture and context together with the enhancement of a strong collaborative relationship with the WFOT.

Conclusions:

A time of great system change offers powerful opportunities to reflect on what is, debate and determine what could be, then create, develop and launch what will be. This would appear to be one of those times for health care services, including rehabilitation, within Russia. It is hoped that the experience of having attended this workshop will provide ideas, new understanding and knowledge; and, in addition, an appreciation of the profession of occupational therapy as it sits poised already within this culture and ready to embrace its position within the core of health human resources.

References:

- Solomon, P. & Baptiste, S. (Eds) (2005). *Innovations in Rehabilitation Science Education*, Springer Verlag, Germany
- Townsend E, Polatajko H. (2007) *Enabling Occupation II*. Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) Publications. Ottawa, Canada.
- Solomon P., Baptiste S. *Fundamentals of Interprofessional Communication: A case study of an online facilitated learning experience* (2010). In: Bromage A., Clouder L., Gordon F., Thistlethwaite J. *Interprofessional e-learning and collaborative work: practices and technologies*. IGI Global.
- Thew, M., Edwards, M., Baptiste, S. Molineux, M., (Eds). (2011) *Role Emerging Practice in Occupational Therapy*. Blackwell Publishing Inc. Chichester: England.
- Law M., Baum C., Dunn W. (2017) *Measuring Occupational Performance: supporting best practice in occupational therapy*, 3rd edition. Slack Inc, Hudson, NJ.

УДК 616-036.86+ 342.72/.73

Skempes Dimitrios and Bickenbach Jerome

**RIGHTS BASED ASSESSMENT OF REHABILITATION SERVICES:
DEVELOPING PROGRAMMATIC GUIDANCE TO IMPROVE DECISION
MAKING AND ACCOUNTABILITY**

Swiss Paraplegic Research and Department of Health Sciences and Health Policy, University of Lucerne, Nottwil, Switzerland

Keywords: rehabilitation, human rights, monitoring, indicators, accountability, , health systems, concept mapping

Abstract:

Introduction/Purpose: Rehabilitation is a key strategy for the improvement of health[1] and a core component of the care continuum that every health system must strengthen on the path to universal health coverage.[2] Yet, reliable information to guide rehabilitation service planning is unavailable in many countries in part due to the lack of appropriate indicators.[3] To ensure universal health coverage and meet the central imperative of “leaving no one behind” countries must be able to assess key aspects of rehabilitation policy and provision and monitor how they have discharged their human rights responsibilities towards those most disadvantaged, including people with disability. This article describes the process of developing an expert guided indicator framework to assess governments’ efforts and progress in strengthening rehabilitation in line with their obligations under the Convention on the Rights of Persons with Disabilities.[5]

Materials and Methods: Concept mapping was used to capture, aggregate and confirm the knowledge of diverse stakeholders on measures thought to be useful for monitoring the implementation of the Convention with respect to health related rehabilitation.[6] 56 individuals generated a list of 107 indicators through online brainstorming which were subsequently sorted by 37 experts from the original panel into non overlapping categories. 41 participants rated the indicators for importance and feasibility. Multivariate techniques were used to explore patterns and themes in the data and create the indicators’ organizing framework which was verified and interpreted by a select group of participants.

Results: A system’s view of the rehabilitation sector surfaced from the analysis represented by concept map of 11 clusters which were grouped into three broader themes: Governance and Leadership (3 clusters); Service Delivery, Financing and Oversight (6 clusters); and Human Resources (2 clusters). On average, there was a moderately positive correlation between importance and feasibility of the indicators ($r=.58$) with experts prioritizing the indicators contained in the clusters of the Governance and Leadership domain. Two of the highest rated indicators for importance arose from the Service Delivery, Financing and Oversight domain and reflect the need to monitor unmet needs and barriers in access to rehabilitation. In total, 59 indicators achieved above average score for importance and comprised

the two-tiered priority set of indicators. One third of the indicators were perceived as ready for implementation.

Conclusion: Concept mapping was successful in creating a shared conceptual model that enables a comprehensive view of the most essential legal, policy and programmatic factors that must be addressed in rehabilitation services monitoring. The indicator framework provided a data driven basis for the development of empirically derived, sector specific tools to inform the first efforts to develop a systematic, rights based guidance to reviewing and assessing rehabilitation policies and services. Such guidance can help States, and those seeking to support them, strengthen policy surveillance and monitoring to gain a clearer and more comprehensive picture of the main weaknesses in the rehabilitation system and align national strategies with obligations and commitments on disability rights and inclusion thus leading to better and more equitable outcomes for all.

References:

- [1] Stucki G, Bickenbach J, Gutenbrunner C, Melvin J: Rehabilitation: The health strategy of the 21st century. *J Rehabil Med* 2017. *In press*
- [2] United Nations General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2012: 67/81. Global health and foreign policy. New York 2012, United Nations, Document. Available from: <http://undocs.org/A/RES/67/81>.
- [3] McPherson A, Durham J, Richards N, Gouda H, Rampatige R, Whittaker M: Strengthening health information systems for disability-related rehabilitation in LMICs. *Health Policy Plan* 2017, 32:384-394.
- [5] Skempes D, Stucki G, Bickenbach J: Health-related rehabilitation and human rights: analyzing states' obligations under the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Arch Phys Med Rehabil* 2015, 96:163-173.
- [6] Skempes D, and Bickenbach J: Developing human rights based indicators to support country monitoring of rehabilitation services and programmes for people with disabilities: a study protocol. *BMC Int Health Hum Rights* 2015, 15:25.

УДК 616-036.86+ 342.72/.73

Карасаева Л.А., Коробов М.В.

ОРГАНИЗАЦИЯ МОНИТОРИНГА СОЦИАЛЬНО - ЭКОНОМИЧЕСКОГО И ПРАВОВОГО ПОЛОЖЕНИЯ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО СОБЛЮДЕНИЮ ПОЛОЖЕНИЙ КОНВЕНЦИИ О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ

ФГБУ ДПО СПИУВЭК Минтруда России, Санкт-Петербург

Karasaeva L. A., Korobov M. V.

ORGANIZATION OF MONITORING OF SOCIO - ECONOMIC AND LEGAL SITUATION OF THE DISABLED IN THE RUSSIAN FEDERATION ON COMPLIANCE WITH THE PROVISIONS OF THE CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES

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

Ключевые слова: инвалиды, конвенция, права, мониторинг, Российская Федерация.

Keywords: persons with disabilities, convention, rights, monitoring, Russian Federation.

Аннотация. Представлены результаты работы по организации методического и технологического обеспечения мониторинга социально - экономического и правового положения инвалидов в Российской Федерации по соблюдению положений Конвенции ООН о правах инвалидов.

Abstract. Presents the results of work on the organization of methodical and technological support of the annual monitoring of socio - economic and legal situation of disabled persons in the Russian Federation on compliance with the provisions of the UN Convention on the rights of persons with disabilities.

Введение. Ратификация Российской Федерацией Конвенции ООН о правах инвалидов (Конвенция) [1,2], обусловила формирование организационно-правых и социально-экономических условий по соблюдению международных стандартов прав инвалидов.

Большинство положений Конвенции содержат нормы, направленные на защиту прав и свобод инвалидов, на применение государственных мер с целью поощрения защиты прав инвалидов, что в современных условиях чрезвычайно важно для организации независимой жизнедеятельности инвалидов.

Состояние общественного мнения о инвалидах, их роли и месте в обществе после широкомасштабной реконструкции законодательной базы в связи с ратификацией Конвенции важно отслеживать с позиций самих инвалидов, специалистов-экспертов и других граждан российского общества.

Поэтому целью работы явилось разработка показателей статистического наблюдения и проведения социологических исследований, позволяющих оценивать ход выполнения обязательств, содержащихся в статьях Конвенции.

Материалы и методы. Материалом данной работы послужили положения 1-4 статей Конвенции; разные формы статистического наблюдения, относящиеся к государственному исполнительному органу государственной власти, в которые предлагается внести изменения; пакет нормативных правовых документов (Фе-

деральные законы, подзаконные нормативные правовые акты), обосновывающие введение и правомочность дополнительных статистических показателей.

Результаты. Результатом аналитико-методического исследования явились преимущественно 2,3 и 4 статьи Конвенции, такие как статья 2.3: «дискриминация по признаку инвалидности», статья 3«d»: «уважение особенностей инвалидов и их принятие в качестве компонента человеческого многообразия и части человечества», статья 4.3: «при разработке и применении законодательства и стратегий, направленных на осуществление настоящей Конвенции, и в рамках других процессов принятия решений по вопросам, касающимся инвалидов, государства-участники тесно консультируются с инвалидами, включая детей-инвалидов, и активно привлекают их через представляющие их организации», положения статьи 4«с»: «учитывать во всех стратегиях и программах защиту и поощрение прав человека инвалидов».

Были разработаны рабочие таблицы по оценке выполнения обязательств, содержащихся в статьях Конвенции с поименными графами. В графе № 1 приводились положения статей конвенции, выполнение которых подвергалось контролированию; в графе № 2, приводились предложения федеральных органов исполнительной власти (министерств) по введению новых показателей и форм (отдельных параметров форм) статистического наблюдения за соблюдением прав инвалидов в разрезе статей Конвенции ООН о правах инвалидов; графе № 3 приводилось наименование рекомендованного показателя формы статистического наблюдения, графа № 4 содержала наименование нормативного правового документа, обосновывающего введение и правомочность дополнительного статистического показателя; в графе № 5 приводилась единица измерения; в графе № 6 указывалась периодичность сбора и представления сведений; в графе № 7- срок представления информации по Федеральному плану статистических работ; в графе № 8 указывался ответственный исполнитель (федеральный орган исполнительной власти).

Разработаны показатели, отслеживающие контроль за основными правами инвалидов, касающихся, в первую очередь, таких объектов конституционного поля, как недискриминация, не допустимость ущемления прав инвалидов в главных сферах жизнедеятельности и т. Д.

В ходе выполнения работы были предложены показатели статистического наблюдения по 12 министерствам: Министерству внутренних дел – 8 показателей, Министерству транспорта – 9, Министерству образования и науки – 18, Министерству связи и коммуникаций – 8, Министерству экономического развития – 2, Министерству строительства – 10, Министерству здравоохранения – 2, Министерству культуры – 11, Министерству промышленности и торговли – 2, Министерству юстиции – 6, Министерству спорта – 12, Министерству труда и социальной защиты – 17 показателей. В частности, мониторинг соблюдения прав инвалидов и отсутствие дискриминации в области труда и занятости предложено по: а) показателю удельного веса инвалидов, состоящих на учете в службе занятости населения (СЗН), которым отказано в регистрации в качестве безработного; б) показателю удельного веса инвалидов, которым работодателем отказано в трудоустройстве.

Были также разработаны критерии результатов социологических исследований, позволяющие оценивать ход выполнения обязательств Конвенции о правах инвалидов.

Разработаны 1) «Анкета опроса инвалида», представляющая ОПРОСНЫЙ ЛИСТ на 18 вопросов; 2) «Анкета опроса эксперта», представляющая ОПРОСНЫЙ ЛИСТ на 21 вопрос, и 3) «Показатели результатов социологических исследований».

Был разработан и предложен проект методических рекомендаций, которые предназначены для организации работы по изучению состояния положения инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов в Российской Федерации в соответствии положениями «Конвенции о правах инвалидов». Проект методических рекомендаций содержал цель, задачи и технологию проведения мониторинга, конкретные показатели социологического исследования и Анкеты опроса населения, примерное положение о проведении ежегодного мониторинга социально - экономического и правового положения инвалидов в Российской Федерации.

В общей части проекта методических рекомендаций содержались положения о необходимости проведения ежегодного мониторинга социально - экономического и правового положения инвалидов и семей, имеющих на содержании детей-инвалидов как государственной системы непрерывного наблюдения и анализа основных показателей социальной защищенности указанных категорий граждан с целью выработки предложений по ее совершенствованию.

В методических рекомендациях указывалось, что **цель** мониторинга заключается в системном анализе основных показателей правового положения инвалидов, социальной защищенности, состояния доступности им социальной инфраструктуры и информации с целью выработки предложений по совершенствованию законодательства Российской Федерации в соответствии с Конвенцией о правах инвалидов.

Обоснованы и разработаны **основные задачи** мониторинга, которые позволяют получить результаты по: а) анализу деятельности органов исполнительной власти по соблюдению предусмотренных законодательством Российской Федерации прав и социальных гарантий; б) обоснованию предложений по повышению адресной

направленности мер социальной поддержки с учетом нуждаемости в них; в) объединению информационных потоков, поступающих от федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, участвующих в мониторинге.

Мониторинг должен проводиться в органах социальной защиты, здравоохранения, службы занятости, местного самоуправления, учреждениях образования, культуры, спорта.

Основными направлениями мониторинга являются:

- уровень **среднедушевого дохода члена семьи** и других видов материального обеспечения;
- уровень **жилищного и квартирно – эксплуатационного состояния**;
- уровень **доступности** объектов социальной инфраструктуры, транспорта, производственных сооружений;
- уровень **доступности** и качества медицинского обеспечения;
- уровень **доступности** и качества реабилитации и социального обслуживания;
- состояние **трудоустройства** и профпереподготовки;
- **адресность и системность** предоставления **льгот** (санаторно-курортное лечение, лекарственное обеспечение и др. социальных гарантий);
- **реализация права** на образование, труд, защиту своих интересов и т.д.

Информационную базу мониторинга составляют: **данные** государственной статистической отчетности, предоставляемые Государственным комитетом Российской Федерации по статистике по запросу Минтруда России; **данные** социологических обследований отдельных социально-демографических групп инвалидов (членов их семей) и отдельных социально-демографических групп обычных граждан.

Заключение. Таким образом, предложены показатели мониторинга за соблюдением прав инвалидов в России, которые обосновывают объективный контроль по выявлению дискриминационных проявлений в отношении инвалидов в Российской Федерации, а также могут отражать отношение государства, общества и инвалидов, с учетом гендерных, информационных, социально-средовых сторон вовлеченности инвалидов в общество.

Список литературы

1. Федеральный закон от 03.05.2012 г. № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов».
2. Конвенция о правах инвалидов, принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. № 61/106 (сост. на 26.10.2012 г.). – 2012. – 29 с.

УДК 616-036.86+ 342.72/.73

Нещадим Л.Н.

О ВЫПОЛНЕНИИ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ПОЛОЖЕНИЙ КОНВЕНЦИИ ООН О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ ПО ВОПРОСАМ ФОРМИРОВАНИЯ БЕЗБАРЬЕРНОЙ СРЕДЫ

Комитет по социальной защите населения Ленинградской области, Санкт-Петербург

Neshchadim L. N.

ON THE IMPLEMENTATION IN THE LENINGRAD REGION THE PROVISIONS OF THE UN CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES TO BARRIER-FREE ENVIRONMENT»

The Committee for social protection of population of the Leningrad region, Saint Petersburg

Ключевые слова: обеспечение доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения

Аннотация. Ратификация Конвенции очень важный шаг для государства в целом. В Ленинградской области ведется активная работа по приведению в соответствие нормам Конвенции правового положения инвалидов в регионе.

Key words: ensuring the availability of priority objects and services in priority spheres of life of persons with disabilities and other people with limited mobility

Abstract. Ratification of the Convention is an important step for the state as a whole. In the Leningrad region is actively working to harmonize the standards of the Convention legal status of persons with disabilities in the region.

Выполнение в Ленинградской области положений Конвенции ООН о правах инвалидов по вопросам формирования безбарьерной среды важная государственная задача, которая включает обеспечение доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения. В области идет активная подготовка нормативно-правовых документов и методических материалов; разрабатывается открытая и доступная информация посредством ведения интерактивной карты доступности. Доступность образования осуществляется путем функционирования

сети отдельных образовательных организаций для обучающихся воспитанников с ограниченными возможностями здоровья, созданием базовой профессиональной образовательной организации, обеспечивающей инклюзивное образование инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, а также созданием государственного автономного профессионального образовательного учреждения Ленинградской области «Мультицентр социальной и трудовой интеграции» для профессионального обучения молодых людей с ограниченными возможностями здоровья. Кроме того, в Ленинградской области развивается региональная система дистанционного и электронного обучения, оказывается финансовая поддержка в период прохождения профессионального обучения.

Ратификация Конвенции очень важный шаг для государства в целом. В Ленинградской области ведется активная работа по приведению в соответствие нормам Конвенции правового положения инвалидов в регионе.

УДК: 616.303.7

Шестаков В.П., Свинцов А.А., Чернякина Т.С., Колюка О.Е.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ) В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

Shestakov V.P., Svintsov A.A., Chernyakina T.S., Kolyuka O.E.

RESULTS OF EFFICIENCY MONITORING OF IMPLEMENTATION OF INDIVIDUAL PROGRAMS REHABILITATIONS (ABILITATIONS) IN THE RUSSIAN FEDERATION

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, инвалид, индивидуальная программа реабилитации (абилитации).

Keywords: medical and social expertise, disabled person, individual program of rehabilitation (habilitation).

Аннотация. Представлен сравнительный анализ показателей эффективности выполнения индивидуальных программ реабилитации / абилитации (ИПР/А) инвалида, ребенка-инвалида в 2010 и 2016 гг.

Abstract. The article presents comparative analysis of indicators of efficiency of individual (re)habilitation programs for disabled persons and children in 2010 and 2016.

Реабилитация (абилитация) инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграции в общество[1], в связи с чем, важное практическое значение имеет мониторинг эффективности реализации ИПР/А.

Цель исследования - оценка эффективности реализации ИПР/А инвалида, ребенка-инвалида в динамике.

Материал и методы. Используются материалы федерального государственного статистического наблюдения: форма 7-собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц от 18 лет и старше» и 7д-собес «Сведения о медико-социальной экспертизе детей в возрасте до 18 лет» в 2010 и 2016 гг. Применены статистические методы расчета показателей эффективности выполнения ИПР/А: достигнута компенсация утраченных функций (полностью, частично); восстановлены нарушенные функции (полностью, частично).

Результаты. Главными бюро медико-социальной экспертизы (ГБ МСЭ) в 2010 г. было выдано 1859894 заключений о выполнении индивидуальных программ реабилитации инвалида в возрасте старше 18 лет, что составило 61,87% от всех выданных инвалидам ИПР/А), в 2016 г. – 1332273 (61,33%). Удельный вес заключений с положительными результатами реабилитации увеличился за 6 лет на 6,26%, с 42,18% в 2010 г. до 48,44% в 2016 г.

Показатель полной компенсации утраченных функций в 2010 г. составил 3,97 на 100 переосвидетельствованных, а в 2016 г. увеличился на 3,63% и составил 4,24. Показатель частичной компенсации утраченных функций составил в 2010 г. 17,08 на 100 переосвидетельствованных, а в 2016 г. увеличился на 28,8% и составил 22,38 соответственно. Показатель полного восстановления нарушенных функций уменьшился на 8,96% с 2,79 в 2010 г. до 2,54 на 100 переосвидетельствованных в 2016 г., а частичного восстановления нарушенных функций увеличился почти в 2 раза, составив 8,36 и 16,52 соответственно.

О выполнении ИПР/А детей-инвалидов в 2010 г. было выдано 274311 заключений (77,10% от числа выданных ИПР/А) в 2016 г. – 249334 (73,46% соответственно). Положительных результатов в 2016 г. достигли 159615 детей-инвалидов (64,02% выполнивших ИПР/А), что на 12,28% больше, чем в 2010 г. – 141924 (51,74% соответственно).

Показатель полной компенсации утраченных функций уменьшился за 6 лет на 47,49% - с 4,19 в 2010 г. до 2,20 на 100 переосвидетельствованных в 2016 г., в то время как показатель частичной компенсации утраченных функций увеличился на 49,85% - с 17,49 до 26,21 соответственно. Показатель полного восстановления нарушенных функций уменьшился более чем в 2 раза с 4,64 до 1,77 на 100 переосвидетельствованных, а показатель частичного восстановления нарушенных функций увеличился на 66,47% и составил 13,33 и 22,19 соответственно.

Заключение. За период с 2010 по 2016 г. в возрастной группе старше 18 лет в динамике показателей эффективности выполнения ИПР/А отмечено увеличение показателей полной и частичной компенсации утраченных функций, частичного восстановления нарушенных функций, но уменьшение показателя полного восстановления нарушенных функций.

В динамике показателей эффективности выполнения ИПР/А детей-инвалидов в 2016 г. по сравнению с 2010 г. отмечено увеличение показателей достижения частичной компенсации и частичного восстановления утраченных функций при уменьшении показателей достижения полной компенсации и полного восстановления утраченных функций.

В целом по Российской Федерации показатели реализации ИРО/А остаются низкими. Это свидетельствует об актуальности проблемы совершенствования условий и порядка предоставления услуг в сфере комплексной реабилитации инвалидов, а также повышения мотивации инвалидов на выполнение ИПР/А.

Список литературы:

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

УДК 364.07+ 614.2+616-036.86

Шошмин А.В., Бесстрашнова Я.К.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ И ФИЛОСОФИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ

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

Shoshmin A.V., Besstrashnova Y.K.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH AND PHILOSOPHY OF REHABILITATION

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: МКФ, реабилитация, права инвалидов, модель здоровья, целевая программа.

Keywords: ICF, rehabilitation, rights of persons with disabilities, model of health, targeted program.

Аннотация. Изменение мировоззрения населения планеты нашло отражение в комплексной модели позволяющей описывать здоровье как индивидуально, так и групп людей на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Последовавшая революция в подходе к реабилитации привела к развитию множества инструментов на основе МКФ, позволяющих формализовать цели и задачи реабилитации, проводить мониторинг и оценку результатов реабилитации, разрабатывать целевые программы на всех уровнях - от индивидуального до государственного.

Abstract. Changes in views of the world's population were reflected in a comprehensive model describing health of both individuals and groups of people on the basis of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). The following revolution in the approach to rehabilitation led to development of many tools based on the ICF, which allow to formalize the goals and objectives of rehabilitation, monitor and evaluate results of rehabilitation, and develop targeted programs at all levels, from individual to national.

Бурный научно-технический рост, экономическое развитие государств, осознание последствий мировых войн приводит к изменению мировоззрения большинства людей. Постепенно человечество становится более гуманным, роль и значение каждого человека увеличивается. Все это позволило рассматривать здоровье каждого и всех в целом во всем многообразии и взаимосвязи с окружающим миром, что нашло отражение в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [1], утвержденной 22 мая 2001 г. на 54-й сессией ассамблеи ВОЗ (резолюция WHA54.21).

Изменение мировоззрения привело к другому пониманию собственных прав. Описание обязательств государств-участников Конвенции о правах инвалидов (КПИ) [2, 3] определяет предварительный набор показателей для контроля за соблюдением соответствующих положений Конвенции. Однако, конкретные показатели до сих пор не имеют единого международного формата кроме общего утверждения, что они должны быть основаны на МКФ. Одним из наиболее актуальных направлений соблюдения прав инвалидов является соблюдение их права на реабилитацию. Так как именно этот аспект наиболее понятен и чувствителен

для граждан. В соответствии со статьей 26 КПИ [3] обязательство государства заключается в обеспечении возможности инвалидам «достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения и вовлечения во все аспекты жизни». При этом требования людей с инвалидностью связаны с осуществлением государствами последовательных мер в отношении становления системы реабилитации для достижения желаемого здоровья (физические и умственные способности) и связанных с ними немедицинских результатов (реализация социальных и профессиональных способностей, независимость, участие в обществе), которые рассматриваются в качестве предварительного условия для реализации их прав человека.

Таким образом, реабилитация стала рассматриваться не как следствие заболевания и не как социальная проблема, а с точки зрения комплексной биопсихосоциальной, а, в отдельных случаях, – духовной модели здоровья [4]. Реабилитация перестала быть задачей решаемой сугубо медиками и преобразовалась в междисциплинарную задачу. Постановкой цели реабилитации стало не устранение заболевания, что не всегда возможно, а восстановление либо компенсация за счет развития других определенных функций организма, восстановления и/или формирования определенных элементов активности и участия, создания соответствующей окружающей среды, состоящий не только из материальной компоненты, но и из отношенческой. Соответственно программа реабилитации уже не может формироваться одним лечащим врачом, необходим междисциплинарный подход, совместное определение задач реабилитации, согласованное выполнение программы в разных реабилитационных организациях. Программа реабилитации стала носить межведомственный характер. Именно в этом случае особенно ярко проявляется универсальность МКФ, предлагающей разнообразные инструменты для этих действий и, кроме этого, позволяющей проводить мониторинг реабилитации и объективно оценивать ее результаты.

Универсальность разработанного ВОЗ инструмента, являясь системным мировоззренческим взглядом на здоровье, позволяет его использовать в целях реабилитации не только на индивидуальном уровне, для создания стандартов оценки состояния и основы для разработки программы реабилитации (например, базовые наборы МКФ), для научных исследований, но и для комплексной оценки работы системы реабилитации в целом – на уровне организации, территориального образования, государства. Системная оценка соблюдения государством прав в отношении реабилитации позволяет развивать систему реабилитации, проводить анализ потребностей в реабилитации на основе МКФ, разрабатывать государственные программы и дорожные карты, направленные на улучшение здоровья граждан.

Список литературы

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.
2. Федеральный закон от 03.05.2012 г. № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_129200/ (дата обращения: 30.08.2017).
3. Конвенция о правах инвалидов, принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. № 61/106 (по состоянию на 26 октября 2012 г.). – 2012. – 29 с.
4. Cape Town Global Call to include ICF in academic curricula. – URL: https://www.petitions24.com/icf_education (дата обращения: 30.08.2017).

УДК 364.048.6

Злоказов А. В.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Министерство социальной политики Свердловской области, Екатеринбург

Zlokazov A. V.

PRELIMINARY RESULTS OF THE PILOT PROJECT IN SVERDLOVSK REGION

Ministry of Social Policy of Sverdlovsk Region, Yekaterinburg

Ключевые слова: система комплексной реабилитации и абилитации.

Keywords: system of comprehensive rehabilitation and habilitation

Аннотация. Представлены тезисы доклада о предварительных результатах реализации в Свердловской области первого этапа пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. Сформулированы факторы и проблемы, препятствующие формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, а также пути решения.

Abstract. The author presents the summary of the report on preliminary results of the first stage realization of the pilot project on testing approaches to formation of system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people, including disabled children in Sverdlovsk region. Factors and problems interfering formation of system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people, including disabled children, and solutions are formulated.

Свердловская область – динамично развивающийся и социально ориентированный регион, проводящий

взвешенную государственную социальную политику, направленную на обеспечение стабильности в обществе, формирование равных условий, эффективной социализации и ресоциализации различных слоев населения, повышение уровня социальной защищенности различных категорий граждан, проживающих в регионе.

По состоянию на 01.08.2017 в Свердловской области проживает 301 961 инвалид, в том числе детей инвалидов – 18 129 человек.

Одним из приоритетных направлений нашей работы является формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, создание условий для их учебы, занятости, социализации, формирования активного образа жизни, создания крепких и дружных семей.

Сущность реабилитации – не только и не столько восстановление здоровья, сколько восстановление или создание возможностей для социального функционирования при том состоянии здоровья, которым после лечения располагает человек. Поэтому с современных позиций, инвалидность трактуется как проблема не столько медицинская, сколько социальная [1].

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

В 2017–2018 годах в Свердловской области реализуется пилотный проект по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в рамках реализации государственной программы Российской Федерации «Доступная среда».

В регионе создана материально-техническая база и кадровый потенциал для предоставления реабилитационных и абилитационных мероприятий инвалидам (детям-инвалидам) в организациях Свердловской области по каждому направлению реабилитации.

Ответственным исполнителем и координирующим органом по реализации мероприятий пилотного проекта является Министерство социальной политики Свердловской области.

Создан координационный совет по реализации пилотного проекта. Возглавляет работу заместитель Губернатора Свердловской области.

В каждой сфере определены учреждения, осуществляющие методическое сопровождение пилотного проекта.

В целях решения задач пилотного проекта в 2017 году:

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

проанализированы федеральные и региональные нормативно-правовые акты по вопросам реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов);

определены пилотные площадки и организации для апробации методических документов;

сформированы межведомственные рабочие группы по разработке моделей межведомственного взаимодействия, ранней помощи и сопровождения;

проведены обучающие семинары для специалистов системы социальной защиты населения с участием специалистов системы здравоохранения по изучению методических документов Минтруда России по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов);

проведены межведомственные совещания по вопросам комплексной реабилитации и абилитации, ранней помощи;

осуществлено изучение и апробация методических материалов, представленных Минтруда России;

– изучены и апробированы проекты методических документов, регламентирующих деятельность, оснащение, штатную структуру, организационно-функциональную модель многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, путем сравнения с действующей организационно-функциональной моделью государственного автономного учреждения Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов».

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

отсутствие единого понятийного аппарата;

отсутствие межведомственной справочно-информационной системы;

отсутствие единого подхода по выполнению услуг различными ведомствами;

затруднения при осуществлении межведомственного взаимодействия.

При проведении круглых столов, публичных обсуждений, экспертных советов и аналитики нормативной правовой базы были намечены пути решения.

Координация работы по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации требует использования единой терминологии участников процесса при выявлении потребности в услугах, оценке

состояния получателя услуги, разработки программ реабилитации/абилитации, описания самих услуг и организаций их предоставляющих.

Возникает необходимость создания:

единого терминологического и понятийного аппарата – Единого сквозного глоссария для всех нормативных правовых актов;

межведомственной информационной системы и ее перевода на площадку системы межведомственного электронного взаимодействия и обмен данными с федеральными системами, в первую очередь с федеральным реестром инвалидов и единой государственной информационной системой социального обеспечения Пенсионного фонда Российской Федерации.

В результате разработаны подходы к структуре модели формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов:

разработан глоссарий пилотного проекта;

организовано межведомственное взаимодействие по вопросам реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов);

сформированы предложения по нормативным правовым актам по созданию региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов);

создана функциональная модель системы комплексной реабилитации в службах ранней помощи;

создан Ресурсный центр для отработки инновационных технологий работы с детьми с ментальными нарушениями, в т.ч. с расстройствами аутистического спектра с участием некоммерческих организаций;

подготовлены предложения по организации деятельности уровневое многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов;

определены основные формы эффективного межведомственного взаимодействия в рамках системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

В целях организации межведомственного взаимодействия при реализации мероприятий индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) разработан программный продукт АСП ИПРА (Адресная социальная помощь ИПРА), который является основой для региональной межведомственной информационной системы данных об инвалидах и детях-инвалидах, а также о ресурсах для реализации реабилитационных мероприятий. Система позволяет получать в электронном виде выписки из ИПРА и вносить информацию об исполнении реабилитационных мероприятий [3].

Конкретные пути решения проблемы межведомственного взаимодействия в сфере комплексной реабилитации и абилитации будут предложены по итогам пилотного проекта.

Список литературы:

1. Теория социальной работы. 2-е издание, дополненное и переработанное. Под научной редакцией С.Г. Фурдея. - Ростов н/Д: Изд-во: «Наука-Пресс», 2006. -256 с. (в соавт.).
2. Шошмин А. В., Мартынова Н. В., Бесстрашнова Я. К., Зима Т. В. Основы управления реабилитационными ресурсами. СПб: Из-во ФГУ «СПб НЦЭПР им. Г. А. Альбрехта», 2009. - 96 с.
3. Проекты методических материалов /<http://www.rosmintrud.ru/> (дата обращения: 24.08.2017).

УДК 364.6

Онохова Т.С.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЦЕНТРА КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ: ОПЫТ СВЕРДЛОСКОЙ ОБЛАСТИ

ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов», Екатеринбург

Onokhova T. S.

STRUCTURAL-FUNCTIONAL MODEL OF A MULTIDISCIPLINARY CENTER FOR COMPREHENSIVE REHABILITATION AND HABILITATION OF DISABLED PEOPLE: CASE OF SVERDLOVSK REGION

Regional Centre of Rehabilitation of the Disabled, Ekaterinburg

Ключевые слова: структурно-функциональная модель, комплексная реабилитация и абилитация.

Keywords: structural-functional model, comprehensive rehabilitation and habilitation.

Аннотация. В статье предложена модель многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. Описаны структура и функции центра, опирающиеся на существующие в РФ ГОСТы. Предложены уровни, на которых возможна реализация данной модели центра. Описан опыт Свердловской области по работе на трех уровнях комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

Abstract. The article proposes a model for a multidisciplinary center for comprehensive rehabilitation and habilitation of persons with disabilities. The structure and functions of the centre based on the existing national standards are described.

The levels for implementation of this model are proposed. Experience of the Sverdlovsk region on working at three levels of comprehensive rehabilitation and habilitation of persons with disabilities is described.

Одной из важнейших задач по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов выступает апробация методических, методологических, технических, нормативных документов, предложенных Министерством труда и социальной защиты РФ субъектам Федерации.

Сложившийся в Свердловской области опыт позволил подготовить предложения по формированию структурно-функциональной модели многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов старше 18 лет, созданного на базе организаций социального обслуживания населения, в том числе негосударственных организаций, оказывающих социальные услуги населению. Цель данной статьи – познакомить заинтересованных руководителей и специалистов органов исполнительной государственной власти, реабилитационных организаций со структурно-функциональной моделью подобного центра, представленной в Свердловской области на трех уровнях.

Под многопрофильным центром комплексной реабилитации и абилитации инвалидов понимается реабилитационная организация, реализующая мероприятия по различным направлениям реабилитации и абилитации для всех категорий инвалидов (детей-инвалидов). Структурно-функциональная модель многопрофильного центра комплексной реабилитации инвалидов понимается как совокупность закономерных, функционально связанных компонентов, составляющих определенную целостную структуру, состоящую из методологического, целевого, содержательного, процессуального, контрольно-оценочного компонентов, взаимосвязанных между собой. Компоненты данной модели раскрывают внутреннюю организацию (структуру) многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и имеют функциональное назначение:

методологический компонент – методологическую функцию;

целевой компонент - функцию целеполагания;

содержательный компонент - конструктивно-содержательную функцию;

процессуальный компонент - процессуальную функцию;

контрольно-оценочный компонент - функцию контроля и оценки.

В качестве методологического компонента структурно-функциональной модели многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области выбрана Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [1], которая является классификацией доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем. Эти домены описаны с позиций организма, индивида и общества посредством двух основных перечней: 1) функции и структуры организма, 2) домены социальной активности и участия в общественной жизни. Учитывая, что функциональное здоровье индивида зависит от внешних условий, МКФ содержит перечень факторов окружающей среды, которые взаимодействуют со всеми этими доменами. При создании модели многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов МКФ рассматривается в качестве основы, как для разработки индивидуального плана реабилитационных мероприятий для инвалида, поступающего в Центр на курс реабилитации, так и для оценки результативности реабилитационного курса, для организации процесса межведомственного взаимодействия по вопросам осуществления комплексного подхода к реализации ИПРА инвалида.

В составляющей МКФ «Активность и участие» по каждому из девяти доменов (обучение и применение знаний, общие задачи и требования, общение, мобильность, самообслуживание, бытовая жизнь, межличностные взаимодействия и общение, главные сферы жизни, жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь) прописаны критерии и показатели, являющиеся ориентиром при определении общих целей реабилитации и абилитации инвалида, задач каждого структурного подразделения, оказывающего реабилитационные услуги инвалиду в Центре, при проведении оценки достижения поставленных целей и задач.

Методологическая функция МКФ заключается в том, что она является основой, которая позволяет:

определить направленность и подобрать адекватные методы, приемы, технологии реабилитационной (абилитационной) деятельности с целью устранения или компенсации имеющихся у инвалида ограничений жизнедеятельности;

разработать методы проведения оценки результатов реабилитации (абилитации).

В качестве целевого компонента предлагаемой структурно-функциональной модели Центра в настоящий момент рассматриваются действующие национальные стандарты по реабилитации инвалидов, в которых описаны цели каждого направления реабилитации и реабилитационных мероприятий.

ГОСТ Р 53874-2010 Национальный стандарт Российской Федерации «Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг» [2] предлагает определения направлениям реабилитации. Медицинская реабилитация направлена на восстановление нарушенных или утраченных функций организма, приведших к инвалидности, с целью восстановления, поддержания и охраны здоровья инвалида. Профессиональная реабилитация направлена на восстановление трудоспособности инвалида или приобретение им новых

профессиональных навыков в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда с целью стабильной трудовой занятости инвалида и достижения им материальной независимости. Социальная реабилитация направлена на устранение или возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалида, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций его организма, обеспечение ему оптимального режима общественной и семейно-бытовой деятельности в конкретных социально-средовых условиях. Основная цель социальной реабилитации – восстановление способностей инвалида к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности. Социально-оздоровительные и спортивные мероприятия, проводимые с инвалидами, выполняют реабилитационную роль путем развития двигательного аппарата инвалидов, повышения их работоспособности, удовлетворения потребности в общении, восстановления психологического статуса, самореализации при занятии спортом. Функциональное назначение данного компонента раскрывается через функцию целеполагания, которая реализуется на каждом этапе реабилитационного процесса в Центре:

на этапе реабилитационной диагностики (постановка общей реабилитационной цели инвалида и задач для каждого структурного подразделения при формировании индивидуального плана реабилитационных мероприятий для каждого инвалида в зависимости от результатов диагностики реабилитационного потенциала потребностей и мотивов инвалида, оценки его фактического состояния при поступлении в Центр);

на этапе мониторинга хода реабилитационного процесса (корректировка цели и задач в зависимости от промежуточных результатов реабилитации/абилитации);

на этапе проведения оценки результативности реабилитационного процесса (выполнение реабилитационных мероприятий, определенных индивидуальным планом на первом этапе).

Содержательный компонент предлагаемой модели Центра предполагает подбор содержания деятельности по каждому направлению реабилитации для инвалидов, имеющих различные степени ограничений жизнедеятельности, на основе имеющихся (в том числе разработанных в Центре) программ, составленных для различных видов и наименований услуг. Конструктивно-содержательная функция данного компонента модели заключается в отборе и компиляции содержания (упражнений, заданий, комплексов и т.п.), оборудования, наглядного и иного необходимого для реабилитационных занятий с инвалидами материала, а также в планировании и построении циклов занятий в соответствии с целью и задачами реабилитации, определенными в индивидуальном плане реабилитационных мероприятий.

Процессуальный компонент структурно-функциональной модели многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов основан на национальных и региональных стандартах оказания услуг. Стандарт услуги – это ключевой элемент в организации деятельности центра, так как для граждан – это объем гарантированной государством помощи и эталон, определяющий качество услуги; для самого Центра – исчерпывающая совокупность требований к услуге, позволяющая планировать деятельность и ресурсы, основа для установления тарифов на услуги. В качестве одного из подходов к формированию данного компонента можно использовать процессный подход, являющийся одним из ведущих принципов системы менеджмента качества, при котором Центр рассматривается как совокупность процессов, а каждый работник рассматривает себя как участника одной или нескольких команд процессов, ответственного за конечный результат. Все процессы, действующие в данной модели Центра, условно можно разделить на три группы: основные (реабилитационная деятельность, научно (организационно) – методическая деятельность, образовательная деятельность в части дополнительного профессионального образования или дополнительного образования взрослых и т.п.), вспомогательные процессы (деятельность по развитию инфраструктуры и производственной среды, ресурсное обеспечение, организация питания, организация дополнительных платных услуг и т.п.), а также процессы мониторинга и измерений (оценка качества, результативности и эффективности реабилитационной и иной деятельности, оценка уровня удовлетворенности потребителей, проверка измерительных приборов и реабилитационного оборудования и т.п.). Под процессуальной функцией следует понимать определение места и роли каждого участника реабилитационного процесса в достижении конкретных целей и решении задач конкретного этапа процесса комплексной реабилитации/абилитации инвалидов (подпроцесса в каждом структурном подразделении, оказывающем реабилитационные услуги) и, соответственно, реабилитационного процесса в целом.

Контрольно-оценочный компонент данной модели направлен, прежде всего, на выявление промежуточных и конечных результатов курса реабилитации и абилитации инвалидов, включает в себя описание критериев, показателей и уровней оценки результативности и эффективности реабилитационного процесса, используемых технологий реабилитации и абилитации инвалидов. В национальных стандартах Российской Федерации по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации описаны основные критерии оценки результатов оказания реабилитационных услуг, определенные словом «эффективность»:

Эффективность услуг по медицинской реабилитации характеризуется улучшением показателей функционирования органов и систем, а также расширением социальной деятельности инвалида, появлением

или восстановлением способности к самообслуживанию, общению, возвращению к профессиональной деятельности; она должна оцениваться степенью стабилизации или улучшения функционального состояния организма [3].

Эффективность услуг по социальной реабилитации инвалидов характеризуется расширением социального функционирования, появлением способности к самообслуживанию, общению, возвращению к профессиональной деятельности [4].

Процесс профессиональной реабилитации считается завершенным, когда инвалид достиг в профессиональном отношении уровня, максимально возможного в соответствии с его трудовым потенциалом и приближенного к уровню, предшествующему возникновению ограничения к трудовой деятельности [5].

Отдельными составляющими данного компонента выступают оценка результативности каждого процесса, качества и результативности деятельности работников периодическая оценка уровня удовлетворенности внутренних, внешних потребителей и заинтересованных сторон качеством оказанных услуг, выполненных работ или иных направлений деятельности Центра. Функция контроля и оценки при этом заключается в контроле и оценивании как деятельности Центра по всем направлениям (всех процессов, всех структурных подразделений), так и деятельности работников, занятых в основных, вспомогательных и иных процессах.

Структурно-функциональная модель многофункционального Центра может быть представлена на трех уровнях:

Базовый (первый) уровень комплексной реабилитации (абилитации) инвалидов. Реализуется в организациях социального обслуживания населения, специально созданных структурных подразделениях организаций социального обслуживания населения, негосударственных организациях, осуществляющих социальную реабилитацию и абилитацию инвалидов на территории, приближенной к месту проживания инвалида по следующим направлениям: социально-бытовая, социально-средовая, социально-психологическая, социально-педагогическая, социокультурная реабилитация, адаптация жилого помещения для инвалидов. Организации базового уровня комплексной реабилитации и абилитации инвалидов могут оказывать социальные услуги по адаптивной физической рекреации, по профессиональному информированию инвалидов, социально-медицинские услуги в соответствии с региональным стандартом и лицензией на медицинскую деятельность.

Оптимальный (второй) уровень комплексной реабилитации (абилитации) инвалидов. Реализуется в специально созданных центрах реабилитации, структурных подразделениях организаций социального обслуживания населения, выполняющих функции межмуниципальных (базовых) комплексных центров социального обслуживания населения, в филиалах регионального Центра, в негосударственных организациях, оказывающих услуги по реабилитации и абилитации инвалидов.

Расширенный (третий) уровень комплексной реабилитации (абилитации) инвалидов. Реализуется в областном (региональном) многопрофильном центре комплексной реабилитации инвалидов любой формы собственности по различным направлениям реабилитации и абилитации.

Данная структурно-функциональная модель многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов старше 18 лет практически реализуется в трехуровневой системе социальной реабилитации инвалидов Свердловской области, концепция которой была разработана в 2016 году. Функции центров базового уровня выполняют в регионе все учреждения социального обслуживания взрослого населения, центрами оптимального уровня являются межмуниципальные социально-реабилитационные отделения при комплексных центрах социального обслуживания населения, а многопрофильным центром комплексной реабилитации инвалидов является государственное автономное учреждение Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов».

Список литературы:

- Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.
- ГОСТ Р 53874-2010. Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг. - М.: Стандартинформ, 2011. – 11 с.
- ГОСТ Р 52877-2007 Национальный стандарт Российской Федерации Реабилитация инвалидов. Услуги по медицинской реабилитации инвалидов. - М.: Стандартинформ, 2008. – 11 с.
- ГОСТ Р 54738-2011 Национальный стандарт Российской Федерации «Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации». - М.: Стандартинформ, 2011. – 11 с.
- ГОСТ Р 53873-2010 Национальный стандарт Российской Федерации Реабилитация инвалидов «Услуги по профессиональной реабилитации инвалидов». - М.: Стандартинформ, 2011. – 11 с.

Осипов С. А., Фирсова Ю. А.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

БУ ВО «Воронежский областной реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста», г. Воронеж

Osipov S. A., Firsova Yu. A.

ORGANIZATIONAL APPROACHES TO IMPROVING THE SYSTEM OF REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE

Budgetary Institution «Voronezh Regional Rehabilitation Center for the Disabled of Young Age», Voronezh

Ключевые слова: инвалид, система, реабилитация инвалидов

Keywords: disabled person, system, rehabilitation of disabled persons

Аннотация. Статья посвящена вопросам совершенствования системы реабилитации инвалидов, рассмотрен опыт регионального реабилитационного учреждения по восстановлению социально-трудового статуса инвалидов, даны рекомендации по совершенствованию системы реабилитации инвалидов трудоспособного возраста.

Abstract. The article is devoted to the issues of improving the rehabilitation system for the disabled, the experience of the regional rehabilitation institution for restoring the social and labor status of disabled people, recommendations on improving the rehabilitation system for disabled people of working age are given.

Введение. Практическая деятельность в области реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов [1] (далее - ИПРА) регламентируется, прежде всего, Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 №181-ФЗ (далее - Закон), Национальными стандартами Российской Федерации в сфере реабилитации инвалидов [2,3,4] (далее - ГОСТ) и другими нормативными актами.

В практике их применения возникают определенные сложности, вызванные несовпадением ряда определений и понятий, характеризующих процесс реабилитации в вышеуказанных документах. Так, в статье 9 Закона приведенный Перечень основных направлений реабилитации фактически заменен их составляющими, в то время как определения самих направлений, установленных ГОСТ (включая медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию) не приводятся. Не корреспондируются содержания ряда мероприятий реабилитации, приведенные в ИПРА и «Базовом (отраслевом) перечне работ и услуг в сфере социальной защиты населения» [5].

В приведенных выше документах имеются и другие различия, осложняющие деятельность организаций, работающих по данным направлениям. Выполнение мероприятий реабилитации возлагается на реабилитационные учреждения (отделения). При этом понятие «реабилитационная организация», в том числе «комплексная», «многопрофильная» законодательно не закреплено.

Распределение исполнения мероприятий ИПРА между организациями различных ведомств заставляет инвалидов обращаться в несколько структур, а нередко отказываться от реализации ИПРА. Сокращению их маршрута при реализации мероприятий реабилитации во многом способствовало бы развитие комплексных многопрофильных центров реабилитации инвалидов, совмещающих предоставление услуг по нескольким направлениям мероприятий ИПРА (социальной и профессиональной направленности). Целесообразность формирования комплексных центров исходит из сути содержания процесса реабилитации, его последовательности и непрерывности. Такие центры в порядке преемственности предоставления реабилитационных услуг могли бы самостоятельно взаимодействовать со специализированными реабилитационными организациями, органами службы занятости, образования, культуры и иными структурами.

Материалы и методы. Определенный опыт создания комплексного центра реабилитации имеется в Воронежской области, где с 1994 года действует бюджетное учреждение Воронежской области «Воронежский областной реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста» (далее - Центр реабилитации). Схематично технология работы Центра реабилитации по реализации ИПРА показана на рис 1. Как видно из схемы, комплексность предоставления реабилитационных услуг достигается путем выполнения мероприятий социальной и профессиональной реабилитации при медицинском и психолого-педагогическом сопровождении. Услуги оказываются в стационарной и полустационарной формах. Здание Центра строилось по специальному проекту с учетом требований доступности для различных категорий инвалидов. Комплексность предоставляемых услуг обеспечивается наличием в организации специалистов соответствующего профиля, наличием оборудования, позволяющего оказывать весь комплекс услуг, а так же лицензиями на медицинскую и образовательную деятельность.

Клиентами Центра реабилитации становятся инвалиды трудоспособного возраста различных нозологических групп, имеющие показания к трудовой деятельности. Длительность их пребывания в Центре реабилитации зависит от степени социальной недостаточности, имеющегося реабилитационного потенциала и целей реабилитации, основанных на рекомендациях ИПРА. В среднем курс реабилитации занимает 4-6

месяцев, которые можно разделить на несколько этапов:

- диагностика личностных, социально и профессионально важных качеств;
- восстановление и коррекция социально-бытовых и трудовых навыков и умений, психолого-педагогическая коррекция, мотивация к труду (обучению);
- обучение самостоятельной жизнедеятельности, профессиональная подготовка, трудовая адаптация.

КОМПЛЕКСНАЯ СХЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Профессиональная реабилитация					
Профессиональная диагностика		Профессиональная ориентация	Восстановление трудовых функций и навыков	Профессиональная подготовка; обучение трудовым навыкам	Трудоустройство, трудовая адаптация
Психологическая	Практическая				
Социальная реабилитация					
Социальная диагностика	Социально-психологическая	Социально-педагогическая	Социально-средовая адаптация	Социокультурная реабилитация	Социально-бытовая адаптация
Медико-социальная реабилитация					
Медико-социальная диагностика	Медицинское сопровождение реабилитационного процесса				
Этап I До 2 недель (диагностика)	Этап II			Этап III До 6 месяцев (профподготовка)	Этап IV До 1 месяца (трудовая адаптация)
	До 1 месяца (восстановление и коррекция)				

Рис. 1 - Комплексная схема реабилитационного процесса в БУ ВО «Воронежский областной реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста»

Среди вышеуказанных этапов реабилитации восстановление и коррекция представляется наиболее важным периодом, направленным на помощь в восстановлении навыков к выполнению бытовых и трудовых операций, в том числе при помощи приспособлений и подбора эргономически обоснованных условий труда. Основная цель восстановления и коррекции - минимизировать зависимость инвалида от посторонней помощи. Этап включает обучение владению техническими средствами реабилитации, ручным и механическим инструментом, необходимым для дальнейшего обучения по выбранной профессии и т. д. Проводятся мероприятия психологической коррекции, социально-средовой, социокультурной реабилитации, психологические тренинги, занятия физкультурой и спортом. Результатом данного этапа является заключение о степени готовности инвалида к дальнейшему обучению и ориентации в социуме.

На завершающем этапе инвалиду предоставляется возможность обучиться самостоятельному ведению домашнего хозяйства, приобрести необходимые трудовые навыки или пройти профессиональную подготовку по одной из профессий, по которой Центр реабилитации имеет лицензию на образовательную деятельность.

Результаты. К основным программам профессиональной подготовки, проводимой в Центре реабилитации, относятся компьютерные технологии (прикладные программы), включая обучение незрячих по программе «Оператор ЭВМ без зрительного контроля».

Реализуется программа подготовки водителей категории «В» из числа инвалидов, прошедших медицинскую комиссию, включая инвалидов с нарушениями опорно-двигательной системы на автомобилях с ручным управлением. Обучение инвалидов вождению автомобиля значительно расширяет их доступ к объектам социальной инфраструктуры, в определенной степени способствует расширению самостоятельности.

В числе рабочих профессий, по которым проводится подготовка реализуемых в Центре реабилитации, швея, портной, закройщик, вышивальщица, вязальщица трикотажных изделий, полотна. Пользуются спросом профессии: столяр, обувщик по ремонту обуви и др. Многие инвалиды выбирают для себя изучение народного художественного творчества, осваивают плетение из ивового прута и бересты, резьбу по дереву, изготовление изделий из бисера. По завершении курса обучения выдается свидетельство установленного образца.

Насыщенный мероприятиями день регламентируется расписанием, которое помимо перечисленных мероприятий, может включать медико-социальные услуги, консультации, а также занятия в кружках, экскурсии, занятия спортом, культурный отдых.

Почти двадцатипятилетняя практика по предоставлению реабилитационных услуг инвалидам, основанная на комплексном подходе, показывает ее эффективность, обусловленную всесторонним воздействием на личность инвалида в целях ее социализации. В течение года Центр реабилитации обслуживает от 500 до 800 человек, включая лиц с последствиями травм, болезнями центральной нервной системы, опорно-двигательной системы, органов чувств, незрячих, глухонемых и другие сложные категории инвалидов. На время реабилитации инвалиды проживают в социальной гостинице при Центре. До 90% инвалидов завершают курс реабилитации с явными улучшениями, около половины получают новые трудовые навыки или овладевают профессией. Профессиональное мастерство инвалидов подтверждается их участием в различных конкурсах, включая международный конкурс «Абилимпикс», на национальном этапе чемпионата которого три выпускника центра заняли призовые места.

Технология работы Центра реабилитации предусматривает также реализацию программ курсовой подготовки специалистов, предоставляющих услуги инвалидам по овладению тифло-сурдо переводом, организации сопровождения инвалидов, нуждающихся в посторонней помощи, и другие программы. Совместно с органами службы занятости проводятся ярмарки вакансий, круглые столы и другие мероприятия.

Несмотря на значительный перечень реабилитационных услуг, которые способны оказывать центры реабилитации, для завершения реабилитационного цикла и в целях оптимизации процесса реабилитации им необходимо взаимодействие с социальными партнерами: органами образования, занятости, культуры и другими. Поскольку Закон не содержит положений, регламентирующих деятельность центров реабилитации, то и порядок их взаимодействия с другими органами, оказывающими услуги инвалидам, не установлен. Необходимость такого взаимодействия можно показать на примере предоставления услуг профессиональной реабилитации, возложенных на органы занятости населения.

Согласно закону Российской Федерации от 19.04.1994 №1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации» [6] (статья 12), государство гарантирует безработным гражданам, наряду с другими мероприятиями, бесплатное получение услуг профессиональной ориентации и психологической поддержки, профессионального обучения и профессионального образования, являющихся составляющими мероприятиями профессиональной реабилитации. Однако это касается лишь лиц, признанных безработными. Не ясна структура системы профессиональной реабилитации для инвалидов, не зарегистрированных в качестве безработных. Инвалиды, проживающие в регионах с неразвитой сетью реабилитационных учреждений, находятся в дискриминационных условиях относительно реализации ИПРА в крупных городах.

Как одно из предложений уравнивания инвалидов в правах на реабилитацию и оптимизацию затрат на создание и содержание реабилитационных центров представляется целесообразным рассмотрение вопроса о создании межрегиональных (окружных) центров реабилитации на базе имеющихся организаций реабилитации. Основанием для их создания могло бы стать принятие межрегиональной государственной программы реабилитации и содействия занятости инвалидов. В рамках этих программ, возможно, в пилотном режиме, было бы, на наш взгляд, целесообразно разработать организационно-экономические условия финансирования окружных центров реабилитации на основе квотирования мест для инвалидов, проживающих в городах (районах) округа. Значимым могло бы стать создание межведомственных региональных центров, взаимодействующих с органами службы занятости и социальной защиты в рамках выполнения наиболее сложных мероприятий ИПРА.

Заключение. Подводя итог вышеприведенному, в целях совершенствования системы реабилитации инвалидов представляется необходимым:

внесение дополнений в закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» в части принятия статей о системе реабилитации инвалидов, об организациях, предоставляющих реабилитационные услуги инвалидам, порядке направления инвалидов в Центры реабилитации;

- унификация терминов и определений, используемых в сфере реабилитации инвалидов;

создание окружных и межведомственных центров реабилитации инвалидов;

определение порядка взаимодействия центров реабилитации с их социальными партнерами: органами занятости, социальной защиты, образования, организациями культуры и спорта и др. в целях реализации ИПРА;

внесение в законодательство положений о гарантиях предоставления инвалидам мероприятий ИПРА в части медицинской, социальной, профессиональной реабилитации.

Список литературы

Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов».

ГОСТ Р 53874-2010 Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг.

ГОСТ Р 53873-2010 Реабилитация инвалидов. Услуги по профессиональной реабилитации инвалидов.

ГОСТ Р 54738-2011 Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов.

Базовый (отраслевой) перечень услуг и работ в сфере «Социальная защита населения», утвержденный Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации от 06.10.2016 г.

Закон РФ от 19.04.1991 N 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации».

УДК 614.2:616.832-001-836.868

Васильченко Е.М.

МЕТОДОЛОГИЯ ВНЕДРЕНИЯ ИНСТРУМЕНТОВ МКФ В РЕАБИЛИТАЦИОННУЮ ПРАКТИКУ (НА МОДЕЛИ ИНВАЛИДОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА)

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

Vasilchenko E.M.

METHODOLOGY OF IMPLEMENTATION OF THE ICF TOOLS IN REHABILITATION PRACTICE (THE CASE OF DISABLED PERSONS WITH TRAUMATIC SPINAL CORD INJURY)

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

Ключевые слова: реабилитация инвалидов, инструменты МКФ, практическое использование.

Keywords: rehabilitation of disabled persons, ICF tools, practice.

Аннотация. На базе Новокузнецкого Федерального центра реабилитации инвалидов Минтруда России определены и реализованы основные задачи по внедрению инструментов МКФ в практику реабилитации на модели инвалидов с травматической болезнью спинного мозга. В исследование включен 81 инвалид с последствиями спинальной травмы.

Приведены виды работ, необходимые на этапе практического использования МКФ, и последовательность их выполнения.

Abstract. Major tasks in implementation of the ICF tools in rehabilitation practice in the case of disabled persons with traumatic spinal cord injury are determined and accomplished on the basis of Novokuznetsk Federal Centre for rehabilitation of disabled persons of Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation. The study enrolled 81 patients with effects of spinal trauma.

Types of work and the sequence of their execution necessary on the stage of practical using the ICF are included.

Цель работы: определить основные организационные и методические задачи, требующие решения при внедрении инструментов МКФ в практику на этапе стационарной реабилитации на модели инвалидов с ПСМТ.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделения нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. В исследование включен 81 пациент с ТБСМ, поступивший в отделение нейрохирургии Федерального центра реабилитации инвалидов в г. Новокузнецке в период с августа 2012 г. по июнь 2014 г. для медицинской реабилитации. Обследовано 59 мужчин и 22 женщины. Средний возраст пациентов 34,9 ± 11,1 лет, а средняя давность травмы – 4,4 ± 4,8 года. Статус инвалида имели 75 человек.

Методология внедрения инструментов МКФ.

Основные задачи по внедрению инструментов МКФ в практику:

- определение перечня категорий МКФ, подлежащих оценке;
- обоснование набора оценочных инструментов;
- внедрение оценочных инструментов в практику деятельности подразделений центра;
- обоснование перечня специалистов, участвующих в оценке нарушений функционирования, активности и участия и формирование механизма их взаимодействия в ходе планирования реабилитации.

1. Что измерять? Для использования в реабилитационной практике клиники Центра реабилитации инвалидов за основу была взята краткая версия базового набора для хронического периода.

2. Как измерять? Эксперты ВОЗ в сфере использования МКФ разработали общую методологию подбора оценочных инструментов для категорий МКФ: значение шкал и опросников, уже используемых в реабилитационной практике, по обоснованной схеме трансформируют в значения определителя МКФ в процентах, а затем представляют в виде заключения: нет нарушений, легкие, умеренные, тяжелые или абсолютные нарушения.

В настоящем исследовании для оценки функционального статуса пациентов с ТБСМ и формирования категориального профиля МКФ использовали клинические шкалы и классификации; шкалы и тесты, специфичные для оценки уровня функционирования, активности и участия спинальных больных; опросники, применяемые при широком круге заболеваний.

3. Внедрение оценочных инструментов в практику деятельности подразделений Центра.

Корректное использование опросников, как правило англоязычных, потребовало подготовки русскоязы-

зычной версии опросника «Измеритель независимости при повреждениях спинного мозга (SCIM-III), специфичного для оценки нарушений жизнедеятельности для пациентов с травматической болезнью спинного мозга. Осуществлена процедура языковой и культурной адаптации опросника SCIM-III на основе технологии, изложенной в работах Beaton D.E. et al., Escorpizo R. et al. Также был осуществлен перевод методики и инструкции обследования по тесту Ван Лисхаута.

4. Обоснование перечня специалистов, участвующих в оценке нарушений функционирования, активности и участия и формирование механизма взаимодействия в ходе оценки нарушений функционирования, планирования этапов реабилитации.

Обследование пациентов проводилось в соответствии с протоколом. Клинические и инструментальные исследования выполняли врачи отделения нейрохирургии, медицинский персонал отделения функциональной диагностики, методисты ЛФК. Обследование с использованием измерительных шкал и тестов проводили специалисты по работе с инвалидами, психологи.

Перевод результатов клинических, инструментальных исследований и обследования с помощью опросников на язык МКФ, формирование категориального профиля МКФ осуществляли сотрудники отдела медицинской и социальной реабилитации по определенному алгоритму. На основании профиля МКФ и с учетом мнения пациента определяли цели госпитализации, мишени вмешательств и формировали таблицу вмешательств, отражающую набор реабилитационных мероприятий и персонал, отвечающий за их реализацию у конкретного пациента. После предоставления реабилитационных услуг проводилась оценка выраженности нарушений по категориям МКФ, заявленным как мишени вмешательств.

Заключение. Важность и необходимость внедрения МКФ и ее инструментов в клиническую практику обосновывается ведущими отечественными специалистами в сфере реабилитации пациентов разного профиля. Вместе с тем реальное использование инструментов МКФ в достаточной степени затруднено. Методология практического применения МКФ подробно описана лишь в англоязычных публикациях. При реабилитации пациентов разного профиля на организационной основе МКФ требуется: обоснованный выбор базового набора и инструментов оценки выраженности нарушений по категориям МКФ, поиск или разработка системы перевода результатов клинического и инструментального обследования в формате определителя МКФ. Проведение такого рода работ возможно лишь силами коллективов, имеющих большой опыт научно-практической работы в сфере реабилитации по тому или иному профилю, располагающих квалифицированным персоналом и клинической базой.

УДК 616-036.86+ 342.72/.73

Сокуров А.В., Старобина Е.М., Радута В.И.

К ВОПРОСУ РАЗРАБОТКИ СТРУКТУРЫ И ШТАТА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ

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

Sokurov A.V., Starobina E.M., Raduto V.I.

TO THE QUESTION OF DEVELOPMENT OF THE STRUCTURE AND STAFF OF REHABILITATION CENTERS FOR PERSONS WITH DISABILITIES

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: реабилитационные учреждения, инвалиды, структура, штат.

Keywords: rehabilitation institutions, persons with disabilities, structure, staff.

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы организационного и правового обеспечения деятельности реабилитационных учреждений для инвалидов (детей-инвалидов) в Российской Федерации. Обоснована необходимость выработки единого подхода к формированию штатного расписания организаций, предоставляющих услуги по реабилитации и абилитации инвалидам (детям-инвалидам).

Abstract. The article discusses the issues of organizational and legal support of activity of rehabilitation institutions for persons with disabilities (children with disabilities) in the Russian Federation. The necessity for an integrated approach to the formation of the staffing organizations that provide services for rehabilitation and habilitation of the disabled (children with disabilities) is proved.

Введение / Цель. Разработка структуры и штата центров, предоставляющих услуги по реабилитации инвалидам (детям-инвалидам), является очень актуальной в связи с разработкой проекта приказа Минтруда России «Об утверждении примерных штатных нормативов организаций, предоставляющих услуги по социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов». В основу разрабатываемого документа положен проект положения о многопрофильном центре комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, основанный на типовых структурно-функциональных моделях системы комплексной реабилитации инвалидов (детей-инвалидов) с наиболее распространёнными наруше-

ниями функций и структур организма. Перспективное положение должно регламентировать деятельность многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

Однако изучение и анализ нормативно-правовой базы на федеральном и региональном уровнях показал, что в настоящее время отсутствуют единые подходы к формированию штатного расписания учреждений реабилитации инвалидов (детей-инвалидов) набором структурных подразделений и штатными единицами.

Целью нашего исследования является обоснование выработки единого подхода к формированию структуры и штатного расписания организаций, предоставляющих услуги по реабилитации и абилитации инвалидам (детям-инвалидам), применительно к предлагающейся Минтрудом России четырёхуровневой структуре, предусматривающей создание центров базового, оптимального, расширенного, комплексного уровней.

Материалы и методы. В ходе исследования изучены и проанализированы нормативно-правовые акты федерального и регионального уровней, а также материалы Минтруда России, посвящённые созданию многопрофильных центров реабилитации инвалидов (детей-инвалидов).

Методологическую основу работы составил ряд подходов и приёмов изучения различных видов общественных отношений: организационно-правовой, организационно-методической, комплексный, системный. Применён комплекс общенаучных методов: аналитический, сравнительный, а также специальные методы: формально-юридический, сравнительно-правовой, историко-правовой; способы толкования права (логический, системный, исторический, функциональный).

Результаты. Авторами был проанализирован проект типового Положения о многопрофильном центре комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, основанного на типовых структурно-функциональных моделях системы комплексной реабилитации инвалидов (детей-инвалидов) с наиболее распространёнными нарушениями функций и структур организма и проект приказа Минтруда России «Об утверждении примерных штатных нормативов организаций, предоставляющих услуги по социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов».

Данные материалы разработаны во исполнение Постановления Правительства Российской Федерации от 01.12.2015 № 1297, которым утверждена государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы, содержащая подпрограмму 2 «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов» [1]. В рамках указанной подпрограммы в 2016 году была осуществлена разработка в рамках конкурсных процедур методических и методологических документов, позволяющих сформировать и смоделировать систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. В период 2017-2018 гг. предлагается осуществить их апробацию при проведении пилотного проекта в Пермском крае и Свердловской области с последующей доработкой и подготовкой на их основе проектов нормативных актов как федерального, так и субъектового уровня.

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

Кроме того, в рассматриваемых центрах не выделяется целевая аудитория получателя реабилитационных услуг. В перспективных центрах в качестве получателя услуг планируются взрослые инвалиды и дети-инвалиды. В структуре центров не предусмотрены отдельные подразделения для работы с детьми-инвалидами. Все услуги для взрослых и детей предоставляются в одних и тех же кабинетах одними и теми же специалистами. Хотя в проекте Положения о многопрофильном центре комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, предусмотрено преимущественно раздельное функционирование комплексных реабилитационных и абилитационных учреждений для взрослых и детей-инвалидов.

Проект положения не учитывает существующие нормативные документы, отражающие, в том числе, и структуру реабилитационного центра для детей-инвалидов [2].

В соответствии с предлагаемыми Минтрудом России проектами Положений о многопрофильном центре реабилитации и абилитации, основанными на типовых структурно-функциональных моделях системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов с наиболее распространёнными нарушениями функций и структур организма, медицинская реабилитация осуществляется в следующих условиях:

а) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

б) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

в) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Данные условия, взятые из проекта Положения, процитированы из пункта 5 порядка организации меди-

цинской реабилитации, утверждённого приказом Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н [3].

В этой связи целесообразно уточнить: кто из сотрудников предлагаемого штата должен осуществлять круглосуточное медицинское наблюдение и лечение в соответствии с действующим законодательством?

В предлагаемом Минтрудом России проекте Примерного штатного расписания многопрофильного центра реабилитации вообще не указаны специалисты со средним медицинским образованием, а также младший медицинский персонал.

В соответствии с проектом Положения о многопрофильном центре реабилитации и абилитации, в целях этапности и преемственности оказания реабилитационных и абилитационных услуг при отсутствии в центре подразделения по медицинской реабилитации целесообразно её проведение в специализированных медицинских организациях системы здравоохранения перед поступлением в многопрофильный реабилитационный центр.

Однако это, в определённой степени, входит в противоречие с положениями Приказа Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации», так как перевод пациентов на медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях возможно при полном обследовании, отсутствии необходимости круглосуточного медицинского наблюдения и использования интенсивных методов лечения, при наличии способности к самостоятельному передвижению (или с дополнительными средствами опоры) и самообслуживанию, отсутствии необходимости соблюдения постельного режима и индивидуального ухода со стороны среднего и младшего медицинского персонала.

Непонятно, как поступать в отношении пациентов, нуждающихся в наблюдении специалистов по профилю оказываемой помощи, в проведении высокоинтенсивной реабилитации, а также в посторонней помощи для осуществления самообслуживания, перемещения и общения (в том числе инвалиды, находящиеся на диспансерном наблюдении), при наличии подтверждённой результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала). Они в соответствии с действующим законодательством должны в плановом порядке направляться в реабилитационные центры (отделения) по профилю оказываемой реабилитационной помощи медицинских организаций (второй этап медицинской реабилитации).

Пациентам, имеющим выраженное нарушение функции, полностью зависимым от посторонней помощи в осуществлении самообслуживания, перемещения и общения и не имеющим перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), подтвержденной результатами обследования, медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях, осуществляющих уход пациентов, и заключается в поддержании достигнутого или имеющегося уровня функций и приспособления окружающей среды под уровень возможного функционирования пациента.

В таком случае становится возможным осуществление нескольких сценариев развития событий. В первом случае, в виду отсутствия в центре подразделения по медицинской реабилитации, нахождение некоторой категории инвалидов в специализированных медицинских организациях системы здравоохранения перед поступлением в многопрофильный реабилитационный центр становится неопределённо долгим. В этом случае должна быть предусмотрена возможность существования на одной территории двух центров, соответственно системы здравоохранения и социальной защиты. Их деятельность должна регламентироваться нормативными и правовыми актами субъектов Российской Федерации. Во втором случае – имеющиеся в центре подразделения по медицинской реабилитации необходимо укомплектовывать в соответствии с порядком, утверждённым Приказом Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н.

Анализ правовой базы на федеральном и региональном уровнях показал, что отсутствуют единые подходы к формированию штатного расписания учреждений реабилитации инвалидов (детей-инвалидов).

В частности, ГОСТ Р 54735-2011 [4] содержит перечень должностей, которыми должны быть укомплектованы учреждения реабилитации инвалидов. Однако в данном документе медицинский персонал упоминается без указания наименований должностей в соответствии с Номенклатурой должностей медицинских работников и фармацевтических работников, утверждённой Приказом Минздрава России от 20.12.2012 N 1183н [5]. Это потребует обоснования введения в штат учреждения должностей, комплектование которых будет производиться лицами, имеющими медицинское или фармацевтическое образование, и их деятельность должна лицензироваться. Иначе могут наступить неблагоприятные последствия как для руководителя юридического лица, так и для работников.

Обзор нормативных и правовых актов показал, что федеральные органы исполнительной власти ведомственными приказами не предпринимают попытки устанавливать штатные расписания реабилитационных учреждений. В качестве примера можно лишь привести примерное штатное расписание реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями [6].

Однако в учреждениях реабилитации инвалидов (детей-инвалидов), находящихся в подчинении администраций Краснодарского края, Волгоградской, Оренбургской, Тверской, Ульяновской и Нижегородской областей, отмечается многообразие, как структурных подразделений, так и штатных должностей медицинского и административно-хозяйственного персонала.

Полученные данные свидетельствуют об отсутствии единого подхода к формированию штатного расписания учреждений реабилитации инвалидов (детей-инвалидов). Рекомендуемые штатные нормативы и стандарты оснащения стационарных отделений медицинской реабилитации, центров медицинской реабилитации, отделений медицинской реабилитации медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, приведены в приложениях к Приказу Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации». Их необходимо взять за основу и адаптировать применительно к задачам многопрофильного центра реабилитации инвалидов (детей-инвалидов), касающихся медицинской реабилитации.

Проект перспективных штатных нормативов организаций определяет перечень специалистов, предоставляющих услуги по социальной и профессиональной реабилитации, однако услуги по профессиональной реабилитации обозначены только в расширенном и комплексном уровнях в отделе профессиональной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. Но и там профессиональная реабилитация предназначена только для инвалидов с ментальными нарушениями (социальная занятость, трудовые мастерские) и выделена только одна ставка инструктора по труду. Этого количества явно недостаточно. Практика показывает, что необходимо, как минимум, три-четыре мастерских. Почему профессиональная реабилитация предназначена только для ментальных инвалидов? Разве остальным инвалидам не нужна хотя бы профориентация?

Профессиональным стандартом «Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере» [7] в качестве возможного наименования должности определен «Специалист по комплексной реабилитации (реабилитолог)». В данном проекте предлагается должность «Специалист по комплексной (медицинской) реабилитации инвалидов (детей-инвалидов)». Необходимо применяемые термины согласовать.

Касаемо предназначения кабинета социально-психологической реабилитации и абилитации, который в предлагаемом штате выделен отдельно. Цель искусственного вычленения данного подразделения не совсем понятна, т.к. именно социально-психологическая реабилитация и абилитация подразумевает психологическое консультирование, психологический тренинг, в том числе, когнитивных навыков, и психокоррекцию, в том числе, эмоциональных нарушений.

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

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

В целях социальной поддержки инвалидов следует предусмотреть в структуре центра пункт проката технических средств реабилитации. Правовым актом, регламентирующим деятельность этих пунктов, должны быть, в частности, урегулированы процессуальные аспекты оказания дополнительных услуг по прокату технических средств реабилитации, вопросы организации и информационного обеспечения их деятельности, оплаты услуг, учёта и контроля за предоставлением услуг, форма примерного договора о предоставлении во временное пользование технических средств реабилитации.

Заключение. Как видно из представленных выше материалов, требуется выработка единого подхода к формированию структуры, штатного расписания организаций, предоставляющих услуги по реабилитации и абилитации инвалидам (детям-инвалидам), применительно к предлагающейся четырёхуровневой структуре, предусматривающей создание центров базового, оптимального, расширенного, комплексного уровней.

В таком случае нельзя будет не согласиться с методическими материалами по пилотным проектам, что данный подход позволит обеспечить доступность для инвалидов реабилитационных услуг в субъекте Российской Федерации, а также рационально использовать ресурсный потенциал субъекта.

Список литературы

- Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 N 1297 (ред. от 21.07.2017) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы». URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 08.08.2017).
- «СП 149.13330.2012. Свод правил. Реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья. Правила проектирования» (утв. Приказом Госстроя от 27.12.2012 N 113/ГС) (ред. от 30.12.2015). URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 08.08.2017).
- Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации». URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 08.08.2017).
- «ГОСТ Р 54735-2011. Национальный стандарт Российской Федерации. Реабилитация инвалидов. Требования к персоналу учреждений реабилитации инвалидов» (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 13.12.2011 N 908-ст). URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 08.08.2017).
- Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1183н (ред. от 01.08.2014) «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских

работников и фармацевтических работников". URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 08.08.2017).

Приказ Минсоцзащиты России от 14.12.1994 N 249 "Об утверждении Примерного положения о реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями". URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 08.08.2017).

Приказ Минтруда России от 18.11.2013 N 681н "Об утверждении профессионального стандарта "Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере". URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 08.08.2017).

УДК 614.29: 369.06

Владимирова О.Н.

ФУНКЦИИ И ЗАДАЧИ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В СВЕТЕ ДЕЙСТВУЮЩИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ ДОКУМЕНТОВ

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург

Vladimirova O.N.

FUNCTIONS AND TASKS OF THE BUREAU OF MEDICAL-SOCIAL EXPERTISE ON REHABILITATION OF DISABLED PERSONS IN THE LIGHT OF NORMATIVE AND REGULATORY DOCUMENTS

The Federal State Budgetary Institution «Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, Saint-Petersburg

Ключевые слова: индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида, инвалид, ребенок-инвалид, реабилитация, абилитация

Keywords: individual program of rehabilitation or habilitation of disabled, disabled person, disabled child, rehabilitation, habilitation

Аннотация. В публикации систематизированы задачи и функций бюро медико-социальной экспертизы по реабилитации инвалидов, изложенные в различных российских нормативных документах, значимые для выполнения государственной услуги для граждан и для анализа деятельности системы реабилитации.

Abstract. The publication systematizes the tasks and functions of the Bureau of Medical and Social Expertise for rehabilitation of disabled people, set out in various Russian normative documents, significant for the performance of public services for citizens and for analyzing the activities of the rehabilitation system.

Введение. Сущность понятия «медико-социальная экспертиза» (далее – МСЭ) раскрывается в Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 N 181-ФЗ (далее – Закон 181-ФЗ) и предполагает не только признание лица инвалидом, но и определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности человека, вызванных стойким расстройством функций организма [1]. Реабилитация инвалидов представляет собой целенаправленную системную деятельность государственных служб (охраны здоровья, социальной защиты и занятости населения, образования, физической культуры и спорта и др.), общественных объединений и организаций, коллективов, групп и отдельных граждан, семьи, а также самих инвалидов по интеграции и реинтеграции в общественную жизнь наравне со здоровыми людьми (Коробов М.В., 1999). В системе реабилитации инвалидов задействованы и федеральные учреждения медико-социальной экспертизы: бюро МСЭ, главные бюро МСЭ и Федеральное бюро МСЭ. Целью публикации является систематизация задач и функций бюро МСЭ по реабилитации инвалидов, изложенных в различных документах.

Методы исследования: изучены действующие нормативно-правовые и нормативно-технические документы, регламентирующие современную деятельность учреждений МСЭ. Используются общенаучные, аналитические, статистические и правовые методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Закон 181-ФЗ возлагает на учреждения МСЭ две основные задачи в отношении реабилитации инвалидов. Первая из них – разработка индивидуальных программ реабилитации, абилитации инвалидов (пункт 2 статьи 7 Закона 181-ФЗ) [1]. Вторая – участие в разработке комплексных программ реабилитации, абилитации инвалидов, профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов (пункт 4 статьи 7 Закона 181-ФЗ) [1]. В РФ для взрослых инвалидов в 2014-2016 гг. ежегодно разработано более 2 млн. ИПР/ИПРА, причем 30,3±0,1% впервые. Для детского населения – более 330 тыс., из них впервые – 21,3±0,2%, соответственно.

В результате активного реформирования законодательства Российской Федерации в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов с 2016 года введены в действие: понятие «абилитация», наряду с понятием «реабилитация» (статья 9 Закона 181-ФЗ [1]; новые формы документов – индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида и ребенка-инвалида в 2016 [2], а затем – в 2017 году (ИПРА) [3]; новая система менеджмента реабилитации инвалидов и детей-инвалидов; новые организационно-правовые формы межведомственного взаимодействия в системе реализации ИПРА [1-4].

Законом 181-ФЗ и подзаконными актами определено, что федеральные учреждения МСЭ направляют выписки из ИПРА в соответствующие органы исполнительной власти, органы местного самоуправления,

организации независимо от их организационно-правовых форм, на которые возложено проведение мероприятий, предусмотренных ИПРА. Указанные органы и организации предоставляют информацию о данных мероприятиях в федеральные учреждения МСЭ [1, 3-4].

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА) - комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер [1].

Анализ действующих документов показал, что на федеральные учреждения МСЭ по реабилитационному направлению деятельности возлагаются задачи и функции как индивидуального уровня, направленные на оказание государственной услуги по проведению МСЭ гражданину, так и системного уровня, выполняемые с целью изучения, анализа и оценки деятельности системы реабилитации в Российской Федерации и/или ее субъектах. Следовательно, соответствующие функции и задачи учреждений МСЭ могут быть систематизированы в двух группах: индивидуального и системного уровней. Следует отметить, что данное разделение носит условный характер. Подробнее в публикации рассмотрены функции только бюро МСЭ.

К первой группе (*индивидуального уровня*) функций и задач бюро МСЭ относятся следующие:

установление структуры и степени ограничения жизнедеятельности, а также определение потребностей освидетельствуемого лица в различных мерах социальной защиты, включая реабилитацию [6, пункт 3];

разработка ИПРА, в том числе определение видов, форм, сроков и объемов мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации [6, пункт 5];

внесения исправлений в ИПРА в связи с изменением персональных, антропометрических данных инвалида, необходимостью уточнения характеристик ранее рекомендованных видов реабилитационных мероприятий, а также в целях устранения технических ошибок (описка, опечатка, грамматическая или арифметическая ошибка либо подобная ошибка): инвалиду по его заявлению взамен ранее выданной составляется новая ИПРА без проведения дополнительного освидетельствования инвалида [5, пункт 34];

информирование инвалида, законного или уполномоченного представителя инвалида о целях, задачах и социально-правовых последствиях реабилитационных или абилитационных мероприятий [3];

разъяснения гражданам, проходящим МСЭ, вопросов экспертизы, включая разработку ИПРА [5, пункт 4; 6, пункт 5];

выдача ИПРА гражданину, признанному инвалидом, на бумажном носителе и (или) в форме электронного документа [5, пункт 36; 3, пункт 10; 7, пункт 122];

организация и проведение выездных заседаний специалистов бюро МСЭ на базе медицинских организаций [6, пункт 5], в т.ч. с целью разработки ИПРА;

информирование о порядке и условиях проведения МСЭ, а также о целях, задачах, прогнозируемых результатах и социально-правовых последствиях реабилитационных мероприятий, которое доводится до получателя государственной услуги (его законного представителя) в любой доступной для него форме (устно, с помощью переводчика русского жестового языка, тифлосурдопереводчика, письменно, с использованием информационных материалов, а также посредством официальных сайтов главных бюро, Федерального бюро, Портала) [7, пункт 71];

оказание содействия инвалидам, родителям детей-инвалидов в реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации при их обращении за помощью в бюро МСЭ, исходя из принципов и правил служебного поведения работников [8,9].

Для выполнения задач реабилитационной направленности при оказании государственной услуги по проведению МСЭ гражданину бюро МСЭ имеют право:

а) составлять *программу дополнительного обследования* (далее- ПДО) в случаях, требующих специальных видов обследования гражданина и *направлять граждан* в медицинские организации, организации, осуществляющей деятельность по реабилитации, абилитации инвалидов, главное бюро или Федеральное бюро, в научно-практические центры медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, в организации и органы власти для запроса необходимых сведений, проведения обследования условий и характера профессиональной деятельности, социально-бытового положения гражданина и других мероприятий [5, пункт 8].

Документы подчеркивают право *запрашивать у организаций* независимо от организационно-правовой формы и формы собственности сведения, необходимые для выполнения полномочий, возложенных на учреждения медико-социальной экспертизы, в т.ч. решения вопросов диагностики потребностей инвалидов в мерах реабилитации и др. [5, пункт 8].

б) при необходимости *привлекать к разработке ИПРА организации*, осуществляющие деятельность по реабилитации, абилитации инвалидов (статья 11 Закона 181-ФЗ) [1, статья 11];

в) *приглашать консультантов*, как по приглашению руководителя бюро (главного бюро, Федерального бюро); так и по приглашению гражданина (его законного или уполномоченного представителя) [5, пункт 27; 3, пункт 6];

г) использовать средства аудио- и видеофиксации при проведении МСЭ: руководитель главного бюро (Федерального бюро) определяет порядок и условия использования средств аудио- и видеофиксации при проведении медико-социальной экспертизы граждан с учетом требований законодательства Российской Федерации о защите персональных данных и в сфере охраны здоровья граждан [6, пункт 8.1].

Ко второй группе (значимые для деятельности *системы реабилитации*) функций и задач учреждений МСЭ относят:

– организация и проведение заседаний бюро МСЭ по организационно-методической работе [6, пункт 5], в т.ч. проведение информационно-просветительской и консультативной работы по вопросам реабилитации инвалидов в учреждении МСЭ, через средства массовой информации, по запросам учреждений и организаций и др.;

– направление выписки из ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) в следующие инстанции: в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации по месту жительства ребенка-инвалида; в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья; в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере образования; в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения (в сфере социального обслуживания); в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области содействия занятости населения; в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области физической культуры и спорта; в региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации; в администрацию исправительного учреждения, расположенного на территории субъекта Российской Федерации [1, статья 11; 3, пункты 13-17];

– межведомственное взаимодействие с различными органами и организациями [3, пункты 13-22; 7, пункты 82-83; 4];

– оценка результатов проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий при очередном проведении медико-социальной экспертизы инвалида (ребенка-инвалида) [3, пункт 21];

– учет, обобщение и анализ разработанных, выданных ИПРА и рекомендаций по реабилитации или абилитации, а также результатов их реализации, т.е. заполнение форм федерального статистического наблюдения [10];

– участие в разработке программ реабилитации инвалидов, профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов [1, статья 8; 6, пункт 5]: территориального, регионального и федерального уровней.

Вместе с тем, отдельные вопросы технологии работы специалистов, проблемы межведомственного взаимодействия, оценки эффективности реализации ИПРА нуждаются в методическом и правовом регулировании.

Заключение: в Российской Федерации разработаны нормативно-правовые основы для деятельности учреждений МСЭ в реабилитационном направлении, позволяющие бюро МСЭ выполнять важную государственную задачу – оценивать потребности инвалидов в мерах реабилитации и разрабатывать ИПРА.

Список литературы:

О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (дата обращения 15.08.2017)

Порядок 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/ утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 31.07.2015 N 528н [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/71169212/> (дата обращения 26.08.2017)

Порядок 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/ утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 13.06.2017 N 486н [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://base.garant.ru/71734826/#block_22 (дата обращения 26.08.2017)

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: приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 15.10.2015 N 723н 486н [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/71279418/> (дата обращения 26.08.2017)

Правила признания лица инвалидом / утверждены постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 N 95 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/12145177/paragraph/9314:1> (дата обращения 26.08.2017)

Порядок организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы/утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 11.10.2012 N 310н [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/70291128/paragraph/1:4> (дата обращения 26.08.2017)

Административный регламент по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы/ утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 29.01.2014 N 59н [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/70690926/paragraph/1:7> (дата обращения 26.08.2017)

Кодекс профессиональной этики и служебного поведения работников федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы/ утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 01.09.2014 N 596н [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/70735244/> (дата обращения 26.08.2017)

О мерах по соблюдению профессиональной этики и служебного поведения работниками федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы: приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 07.07.2016 N 285 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/420361917> (дата обращения 26.08.2017)

Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации федерального статистического наблюдения за деятельностью федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы: приказ Росстата от 06.10.2015 N 460 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_187356/ (дата обращения 26.08.2017)

УДК 615-014+36:004

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

ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ИПРА В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ФКУ «ГБ МСЭ по Ленинградской области» Минтруда России, Санкт-Петербург

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

STAGES OF FORMATION OF INTERAGENCY COOPERATION FOR THE IMPLEMENTATION OF IPRA IN THE LENINGRAD REGION

The Main Bureau of Medical and Social Expertise in the Leningrad region St. Petersburg

Ключевые слова: реабилитация, межведомственное взаимодействие.

Keywords: rehabilitation, interagency cooperation.

Аннотация. Проведен мониторинг этапов формирования межведомственного взаимодействия службы медико-социальной экспертизы с органами исполнительной власти по реализации ИПРА инвалидов в Ленинградской области.

Abstract. The article has been presented monitoring of stages of formation of interagency cooperation between the service of medical and social expertise and executive authorities on the implementation of individual (re)habilitation programs in Leningrad region.

Ратификация Российской Федерацией Конвенции о правах инвалидов повлекла за собой пересмотр действующего законодательства в области реабилитации инвалидов, и в первую очередь это коснулось индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА). Приказы Минтруда России определили не только новый порядок разработки ИПРА и реализации реабилитационных мероприятий для инвалидов, но и зону ответственности по их выполнению, возложив ее на органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации (ОИВ).

Целью работы явился мониторинг этапов формирования межведомственного взаимодействия службы медико-социальной экспертизы с ОИВ в электронном виде по реализации ИПРА инвалидов в Ленинградской области в период 2015 – 2017 гг.

Началом реализации информационного взаимодействия в электронной форме послужило подписание в декабре 2015 г. Соглашений и Регламентов между главным бюро медико-социальной экспертизы и комитетами по здравоохранению, социальной защите населения, по труду и занятости населения, по образованию, физической культуре и спорта по обмену ИПРА. Каждому комитету предоставлен доступ к базе данных инвалидов - витрине Федерального бюро. Координатором мероприятий по реализации ИПРА органами исполнительной власти определен комитет социальной защиты населения. В январе 2016 г. выписки из ИПРА главное бюро направляло на бумажном носителе, а с февраля 2016 г. - по адресам комитетов посредством защищенных каналов связи VipNet деловая почта.

В 2016 году в главное бюро было разработано 24 842 ИПРА (взрослым - 21 829, детям - 3 013), из них 8 362 лицам, впервые признанным инвалидами и 16 480 при переосвидетельствовании. В ОИВ отправлено 41 483 выписки через VipNet для выполнения реабилитационных мероприятий, из них 24 023 выписки – в комитет по здравоохранению, 9 847 выписки – в комитет социальной защиты населения, 4 974 – в комитет по труду и занятости населения, 2 575 – в комитет по образованию и 64 – в комитет физической культуры и спорта.

В 2016 - 2017 гг. осуществлялось поэтапное подключение ОИВ к витрине. Первыми организовали доступ к витрине в декабре 2016 г. комитет по здравоохранению и по труду и занятости населения. С февраля 2017 г. подключились комитет социальной защиты населения и по образованию.

На 16.08.2017 г. в главное бюро из ОИВ поступило 13 943 формы с информацией об исполнении возложенных на них мероприятий, из них 13 095 получено через витрину, 848 – через VipNet. Через витрину комитет по здравоохранению представил 8 629 форм, комитет по труду и занятости населения – 3 894, комитет социальной защиты населения – 570 и комитет по образованию – 2.

Проанализировав проведенную организационную работу главного бюро и ОИВ по реализации ИПРА в Ленинградской области, можно констатировать о формировании региональной модели межведомственного взаимодействия, в которой определены координатор и непосредственные исполнители реабилитационных

мероприятий. Согласован порядок взаимодействия между участниками процесса. До конца не отработан механизм получения главным бюро информации от ОИВ о выполнении реабилитационных мероприятий, предусматривающий возврат форм в полном объеме и анализ причин невыполнения реабилитационных мероприятий.

Список литературы

1. Приказ Минтруда России от 31.07.2015 №528н «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»;
2. Приказ Минтруда России от 15.10.2015 №723н «Об утверждении формы и Порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организации 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».

УДК 364.07+ 614.2+616-036.86

Almborg Ann-Helene

USING THE ICF TO DESCRIBE NEEDS ASSESSMENT IN SOCIAL CARE FOR ELDERLY PERSONS AND PERSONS WITH DISABILITY: CASE OF SWEDEN

Swedish National Board of Health and Welfare, Stockholm, Sweden; Nordic WHO-FIC Collaborating Centre, Oslo, Norway; Jönköping University, Jönköping, Sweden

Keywords: ICF, needs assessment, social care, International Classification of Health Interventions

Abstract. In connection with the Swedish strategy for eHealth, the National Board of Health and Welfare (NBHW) is responsible for the development and management of the national information structure and the interdisciplinary terminology for health and social care. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is currently used as a common terminology to describe functioning and disability in some areas of social care documentation such as the Individual's Needs in Focus (IBIC). This is a national model used for elderly persons and persons with disability (not included children and youth) to assess actual functioning, in goal-setting, in needs assessment and to follow-up at individual level by assessing functioning and achieved goals.

The NBHW has also been commissioned by the government to develop the Swedish national Classification of Social care Interventions and activities (KSI). KSI was published in January 2015 and is based on the International Classification of Health Interventions (ICHI).

To identify the use of ICF and KSI in practice a process-model of social care and the regulations of documentation in social care (SOSFS 2014:5) have been used. This work has been done together with social care professionals. To identify a subsets of relevant ICF-categories a model of needs assessment of also was used. This model includes describing actual functioning, setting goal, and needs assessment of support to achieve the goal.

Field tests have been conducted to evaluate the use of ICF and KSI as frameworks and common terminologies to support practice and documentation in electronic structured social care record.

ICF is used to document the person's social care issues, to describe actual functioning, to assist in goal-setting, to assess the support needs. It is also used in follow-up for assessing the actual functioning and achievement of the goals. ICF with qualifiers are used to describe actual functioning and in goal-setting.

KSI complements ICF describing which social care interventions and activities that have been planned and performed during the investigation and assessment, to support the person and for follow-up.

The results from the field tests show that these two classifications are useful both for supporting practical work and for documenting practice in electronic structured social care record. The professionals reported that use of ICF facilitates use of KSI. Field tests also show that using ICF and KSI in social care contributes to a new broader mindset and way of working with the individual needs-orientated focus.

The conclusion is that ICF and KSI (based on ICHI) are two useful classifications that provide common terminologies and frameworks to be used in practice with a needs-orientated focus as well as in the electronic structured social care record. These classifications can also be used for comparisons of data to support systematically examination, evidence-based practice and national statistics and for exchanging or sharing information between different caregivers.

УДК 616-036.86-036.865(77)

Мавликаева Ю.А., Анিকেева Т.А., Плотникова О.А.

РОЛЬ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ*ФКУ «Главное бюро МСЭ по Пермскому краю» Минтруда России,
Пермский государственный национальный исследовательский университет, Пермь*

Y. A. Mavlikeyeva, T.A. Anikeeva, O.A. Plotnikova

ROLE OF INSTITUTIONS OF MEDICO-SOCIAL EXPERTISE IN THE REGIONAL SYSTEM OF INTERAGENCY COOPERATION WHILE IMPLEMENTING INDIVIDUAL PROGRAMME OF REHABILITATION OR ABILITATION OF DISABLED PEOPLE*Federal State Institution "Main Bureau of Medical and Social Expertise in Perm Krai" of Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation,
Perm State National Research University, Perm**Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, реабилитация инвалидов, межведомственное взаимодействие*
*Keywords: medico-social expertise, rehabilitation of disabled people, interagency cooperation**Аннотация. Статья посвящена вопросам организации межведомственного взаимодействия при разработке и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов (детей-инвалидов) и роли учреждений МСЭ в данном процессе. Проанализированы потребности инвалидов в различных видах реабилитации и результаты исполнения реабилитационных мероприятий. Представлена региональная трехуровневая модель системы комплексной реабилитации инвалидов.**Abstract. The article is devoted to the issues of organization of interagency cooperation during the development and implementation of the individual program of rehabilitation or habilitation of disabled people (disabled children) and the role of institutions of medical-social expertise in this process. It analyses the needs of disabled people in different types of rehabilitation, as well as the results of implementation of rehabilitation measures. It describes the regional three-level model of the system of comprehensive rehabilitation of disabled people.*

В Пермском крае в настоящее время реализуется пилотный проект Министерства труда и социальной защиты РФ по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, в рамках которого отработка механизма межведомственного взаимодействия учреждений – субъектов реабилитации является одной из ключевых задач. Учреждения медико-социальной экспертизы занимают важное место в системе реабилитации инвалидов, поскольку именно они запускают этот процесс, разрабатывая индивидуальную программу реабилитации или абилитации (ИПРА), и оценивают результаты ее исполнения.

ФКУ «ГБ МСЭ по Пермскому краю» Минтруда России активно взаимодействует по вопросам разработки и реализации ИПРА инвалидов, детей-инвалидов со всеми органами исполнительной власти (ОИВ) региона - субъектами реабилитации: Министерствами социального развития, здравоохранения, образования, физкультуры и спорта, Агентством по занятости населения, региональными отделениями ФСС и ПФ, учреждениями ФСИН. Главное бюро МСЭ работает также в тесном контакте с Краевым центром комплексной реабилитации инвалидов, общественными организациями инвалидов.

В целях отработки тактики по взаимодействию при разработке, реализации и оценке эффективности мероприятий в ИПРА проведен ряд рабочих встреч и совещаний специалистов Главного бюро с представителями органов исполнительной власти, участвующих в реализации ИПРА, подписаны соглашения, а также регламенты информационного взаимодействия по обмену ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) в электронном виде. Данные вопросы рассматривались на заседаниях Общественного совета при ФКУ «ГБ МСЭ по Пермскому краю» с последующим освещением информации в СМИ. Вопросы межведомственного взаимодействия регулярно обсуждаются на ежемесячных аппаратных совещаниях у вице-преьера по социальным вопросам с руководителями федеральных ведомств и профильных министерств региона.

В 2016 г. всего было разработано 37188 ИПРА (6 мес. 2017 – 17699), из них для взрослых 32700 (6 мес. 2017 – 15540), для детей - 4488 (6 мес. 2017 – 2159) программ.

Анализ потребности инвалидов в различных видах реабилитации показал, что наибольшая нуждаемость отмечается в медицинской и социальной реабилитации.

Все дети и практически все взрослые инвалиды нуждаются в медицинской реабилитации (100% и 99,5%).

Нуждаемость в реконструктивной хирургии у взрослых составил 3,0%, у детей – 7,7%. Удельный вес заключений о нуждаемости в санаторно-курортном лечении у детей равнялся 17,6%, у взрослых - 1,6%, это связано с тем, что в соответствии с действующим законодательством вопросы направления на санаторно-курортное лечение входят в компетенцию медицинских организаций, а не бюро медико-социальной экспертизы.

Потребность инвалидов, в том числе детей - инвалидов, в социальной реабилитации, варьирует от 94% до 98% (табл. 1). Среди ее видов наибольшая нуждаемость отмечается в социальной средовой (94-97%), несколько ниже – социально-бытовой и психологической реабилитации (взрослые – 48,5% и 46,1%, дети – по 87%), в социокультурной реабилитации нуждаются 45% взрослых и 75% детей-инвалидов. Полученные данные еще раз подчеркивают значимость социального аспекта в комплексной реабилитации лиц с инвалидностью, независимо от вида инвалидизирующего заболевания.

Таблица 1

Количество рекомендаций по социальной реабилитации или абилитации в ИПР/ИПРА за 2014-2016 гг. (%)

Виды социальной реабилитации	2014		2015		2016	
	взрослые	дети	взрослые	дети	взрослые	дети
Социально-средовая реабилитация или абилитация	91,6	96,1	94,9	98,4	94,1	97,4
Социально-психологическая реабилитация или абилитация	57,6	82,2	57,6	88,4	46,1	87,4
Социокультурная реабилитация или абилитация	54,5	71,4	52,6	72,0	45,0	75,4
Социально-бытовая реабилитация или абилитация	67,7	82,3	66,6	85,1	48,5	87,1

Рекомендации о нуждаемости в трудоустройстве в 2016 г. были даны для 69,4% инвалидов трудоспособного возраста, преимущественно с третьей и второй группой, которые не работают и нуждаются в содействии в трудоустройстве. С целью усиления межведомственного взаимодействия проведены совместные совещания специалистов Главного бюро и Агентства по занятости населения, сформирован план совместных мероприятий, в рамках которого усилен информационный блок (размещение в бюро МСЭ информационных стендов, листовок по вопросам обучения, содействия в трудоустройстве, подготовленных специалистами центров занятости населения). Кроме того, проводятся выездные консультации специалистов центров занятости на базе бюро МСЭ, совместные семинары специалистов двух ведомств.

Доля рекомендаций по условиям организации обучения детям составила 60,6% (2015 - 79,6%), а удельный вес рекомендаций о потребности в психологической помощи в образовательных организациях - 50,4% (2015 - 55,7%).

В технических средствах реабилитации нуждается каждый третий из числа признанных инвалидами, как взрослых, так и детей. На протяжении последних трех лет наблюдается некоторая тенденция к снижению этого показателя с 39,7% в 2014 г. до 36,9% в 2016 г., темп убыли составил 7,1%.

Рекомендации по физкультурно-оздоровительным мероприятиям, занятиям спортом даны 256 (5,7%) детям и 139 (0,4%) взрослым.

Данные о потребности инвалидов, детей - инвалидов в различных видах реабилитации и технических средствах в виде выписок из ИПРА направляются в ведомства, ответственные за исполнение мероприятий реабилитационных программ. Эти сведения позволяют определить необходимые объемы реабилитационных услуг, а также планировать расходы на их реализацию.

На 1 июля 2017 г. повторно освидетельствовано 9528 граждан, которым в 2016 г. разработана ИПРА со сроком на 1 год. Информация об исполнении ИПРА по данным инвалидам должна была быть направлена до 1 июня 2017г.

По данным технологического портала учреждения получена обратная связь в электронном виде от всех министерств и ведомств (социального развития, здравоохранения, образования, агентства по занятости населения, ФСС), за исключением министерства физкультуры и спорта, которое направляет информацию на бумажном носителе. Фонд социального страхования также информацию дублирует на бумажном носителе, т.к. не подписано еще соглашение об электронном информационном обмене на федеральном уровне. Следует отметить, что ОИВ представляют информацию как по обратившимся, так и по не обратившимся за реабилитацией инвалидам.

Результаты исполнения мероприятий ИПРА органами – субъектами реабилитации региона, разработанных за 6 месяцев прошлого года, представлены в таблице 2. По данным, полученным в ЕАВИИАС МСЭ по исполнению ИПРА, причина ее неисполнения – «инвалид не обратился» указана достаточно часто.

Таблица 2

Результаты исполнения мероприятий ОИВ Пермского края, рекомендованных в выписках из ИПРА, разработанных в ГБ МСЭ с 01.01.2016 по 30.06.2016 (%)

Органы исполнительной власти	Выполнено	Не выполнено (инвалид не обращался)
Министерство здравоохранения	43,7	56,3
Министерство социального развития	25,5	74,5
ГУ – Пермское региональное отделение ФСС РФ	81,6	18,4
Агентство по занятости населения	34,3	65,7
Министерство образования и науки	64,7	35,3
Министерство физической культуры и спорта	16,7	83,3

Главным бюро ежегодно проводится оценка эффективности реабилитационных мероприятий и показателей реабилитации инвалидов. Данные за последние три года представлены в таблице 3. Положительные результаты реабилитации были достигнуты более, чем в 30% случаев от общего числа проанализированных ИПРА у взрослых. У детей этот показатель варьирует, в 2016 г. он составил 29,9%.

Таблица 3

Оценка эффективности проведенных реабилитационных или абилитационных мероприятий за 2014-2016 гг. (ф. № 7-собес и № 7-Д собес)

Показатели	2014		2015		2016	
	взрослые	дети	взрослые	дети	взрослые	дети
Количество ИПР/ИПРА, в которых проведена оценка (абс. ч.)	19686	4208	19737	3848	19657	3657
в том числе с положительными результатами (%)	34,4	19,9	32,2	36,6	32,2	29,9
полная реабилитация (%)	7,5	6,3	8,9	10,4	6,6	5,5

Показатель полной реабилитации у взрослых в 2016 г. снизился по сравнению с предыдущим периодом и составил 6,6%. Среди регионов Приволжского федерального округа (ПФО) Пермский край занимает 6 позицию по уровню данного показателя. У детей показатель полной реабилитации равнялся 5,5 %, что в 2 раза ниже уровня предыдущего года (2015 - 10,4%). Среди 14 субъектов ПФО он занял 5 ранговое место.

Данные показатели наряду с другими могут служить оценочными критериями реализации пилотного проекта по формированию системы реабилитации или абилитации инвалидов в регионе.

Следует отметить, что задачи координации мероприятий по реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) в рамках пилотного проекта возложены на органы социальной защиты населения, функции которых в регионе осуществляет Министерство социального развития и его территориальные управления в административных образованиях. Именно эти учреждения должны решать тактические задачи взаимодействия всех субъектов реабилитации инвалидов. Для планирования маршрутов и объемов реабилитационных мероприятий, своевременной коррекции процесса реализации реабилитационных программ, осуществления контрольной функции со стороны координатора требуется разработка грамотного менеджмента с учетом рекомендаций ИПРА, что предполагает формирование единой межведомственной базы данных инвалидов - получателей реабилитационных услуг.

Таким образом, организационная модель системы комплексной реабилитации или абилитации инвалида в регионе включает три уровня:

разработка ИПРА специалистами учреждений МСЭ с определением стратегических целей, основных направлений реабилитации, а также оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий; конкретизация (детализация) ИПРА и ее реализация органами исполнительной власти в определенной сфере деятельности и их подведомственными учреждениями;

общая координация деятельности, определение реабилитационных маршрутов, решение тактических задач, контроль исполнения ИПРА - Министерство социального развития края.

В заключение следует отметить, что система межведомственного взаимодействия Главного бюро МСЭ с министерствами и ведомствами региона выстроена, активно работает на принципах уважения, профессиональной компетентности и взаимопомощи.

УДК 364.075.1

Виноградов И.Ю.

ОБЗОР СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО КОРРЕКТИРОВКЕ

ООО «ВОЕНСТРОЙТОРГ», Санкт-Петербург

Vinogradov I. Ju.

REVIEW OF THE SYSTEM OF COMPREHENSIVE REHABILITATION AND HABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES AND CHILDREN WITH DISABILITIES, SUGGESTIONS FOR CORRECTION

ООО «VOENSTROYTORG», St. Petersburg

Ключевые слова: реабилитация, технические средства реабилитации, комплекс «ОПОРА», система подготовки специалистов ЛФК, медицинская помощь по физической реабилитации.

Keywords: rehabilitation, technical aids of rehabilitation, the complex "SUPPORT", system of training for specialists on physiotherapy, clinical assistance in physical rehabilitation.

Аннотация. Обзор действующей системы реабилитации и предложения по ее корректировке.

Abstract. Review of the current rehabilitation system and proposals for its adjustment is presented.

Заявленные вопросы по развитию сферы комплексной реабилитации и абилитации весьма актуальны и своевременны.

Действующая система [привозят медицинские кровати, которые больным не подходят: нет возможности установить громоздкое сооружение в существующий интерьер. Часто проще «доработать» имеющуюся привычную кровать путем приобретения специализированных подушек, спинок и т.п.;

торговля предлагает множество узкоспециализированных устройств и приспособлений: терапевтические дуги, опоры в кровать, ограничители, рама Балканского, тренажеры для разработки конечностей, вертикализаторы и т.п.

После выздоровления, указанные ТСР уже не нужны.

Нами разработан и производится Многофункциональный комплекс «ОПОРА» [3], по цене ниже любого отдельно взятого вышеперечисленного изделия, но решающий все эти, вместе взятые, задачи.

К сожалению, о нем знают только пользователи интернета и «сарафанного радио», т.к государственные учреждения, действующие в рамках утвержденных списков, информированием населения не занимаются.

В настоящее время комплекс широко применяется в домашних условиях и в стационарах лечебных учреждений, хосписах, пансионатах для пожилых людей с лечением и др. Разработаны методики для реабилитации постинсультных больных, посттравматических и после операционных.

Комплекс «ОПОРА» и дополнительное оборудование к нему [3], позволяют решать проблемы восстановления утраченных функций, расширения «личного пространства». Комплекс «ОПОРА» незаменим при предотвращении возникновения осложнений у лежачих больных (пролежни, контрактуры, пневмония, тромбоз, запор, мышечная атрофия, остеопороз, депрессия), а также в период реабилитации пациентов после различных травм и при ограниченной подвижности. С помощью комплекса «ОПОРА» облегчается уход за лежачим больным и проведение реабилитационных мероприятий.

Технические средства реабилитации [Неработоспособная модель оказания медицинской помощи по физической реабилитации, особенно в разделе ЛФК.

В нашей стране принята модель: лечащий врач - врач ЛФК - инструктор-методист ЛФК - инструктор ЛФК. При этом врач назначает комплекс упражнений, инструктор-методист его разрабатывает, а инструктор выполняет упражнения с больным. Не слишком ли много персонала?!

В настоящее время в мире используется модель, в которой лечащий врач наблюдает пациента, а физический

терапевт (человек с высшим образованием, владеющий прикладными дисциплинами и имеющий специальные мануальные навыки) осуществляет весь спектр реабилитационных мероприятий с больным. Возможно, что это является следствием того, что никто до сих пор не задумывался об экономической стороне вопроса.

Низкое качество профессиональной подготовки специалистов в области реабилитации и прежде всего среднего звена.

Специалисты, выходя из стен учебных заведений, не владеют элементарными навыками мануального обращения с больным, не знают, как обучить больного простейшим бытовым манипуляциям, самообслуживанию. К сожалению, мы все еще позволяем себе роскошь иметь большой штат дилетантов. Сотрудников, стремящихся к самосовершенствованию и профессиональному росту, готовых за свой счет посещать дорогостоящие курсы и семинары, аккумулируют, как правило, частные реабилитационные центры и службы, где кроме экономики уделяется внимание имиджу компании и результативности работы.

Практически полное отсутствие сопровождения больного на амбулаторном этапе.

Поликлиники не укомплектованы кадрами в количестве, достаточном для реализации даже минимальных амбулаторных реабилитационных программ для тяжелобольных и инвалидов. Мы должны понимать, что для инвалида перемещение из дома в поликлинику очень тяжелая и часто невыполнимая задача. А возможности прийти к больному на дом у врача ЛФК поликлиники просто нет. При этом возможность, целесообразность и результативность амбулаторных реабилитационных мероприятий у тяжелых больных подтверждены многолетним опытом работы компаний таких как «Балтийские Реабилитационные Технологии» в Санкт-Петербурге [4].

Несвоевременность предоставления технических средств реабилитации и необоснованное их назначение.

Технические средства реабилитации предоставляются инвалидам, то есть тем, кому медико-социальная экспертиза установила стойкое нарушение функций и утвердила индивидуальную программу реабилитации. Согласно положению о медико-социальной экспертизе, срок проведения МСЭ - 120 суток с момента начала заболевания. В более ранние сроки МСЭ может быть проведена в отдельных случаях, но на практике этого не происходит практически никогда. В результате остро нуждающийся в обеспечении минимально-необходимыми средствами реабилитации больной может получить их через полгода после того как начал в них нуждаться.

Несмотря на огромную проделанную работу по внедрению активных технологий реабилитации сохраняется ориентированность на пассивные методики.

Для того чтобы заставить больного использовать свои внутренние ресурсы, необходимы регулярные занятия. Только через многократные повторения удастся добиться фиксации и автоматизации навыка. Любой спортсмен прекрасно понимает, что за 10-20 тренировок мастером спорта стать невозможно. Почему же для больного после инсульта такое количество занятий считается достаточным для обучения сложнейшему навыку ходьбы?

Предложения:

1. Разработать программу информирования населения о предоставляемых государством услугах (программах ИПР и обеспечении ТСР) с обязательным доведением информации до нуждающихся категорий в лечебных учреждениях, ФСС и т.п.

2. Упростить порядок включения в Программу обеспечения населения ТСР, для чего за счет средств государства проводить сертификацию и необходимые исследования предлагаемых изделий. Сделать рассмотрение представленных материалов от производителей по принципу «одного окна». Избавить разработчиков и производителей от дополнительных материальных и временных трат на подачу заявлений, сертификацию и т.п.

3. Перечень ТСР пересматривать ежегодно на предмет замены узкоспециальных изделий на многофункциональные, включения новых и модернизированных.

4. Пересмотреть действующую систему подготовки специалистов ЛФК и методики оказания услуг.

5. Разработать и внедрить систему, позволяющую потребителю самому выбирать из выделенных сумм на реабилитацию, необходимые ТСР и услуги.

Список литературы

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 29 декабря 2014 г. N 1200н «О внесении изменений в классификацию технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. N 2347-р».

Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Усенкова И.В., Рычкова Н.М., Кулешова Т.И.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНВАЛИДОВ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО РЕГИОНАЛЬНОМУ ПЕРЕЧНЮ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

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

Usenkova I. V., Rychkova N. M. Kuleshova T. I.

REHABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES IN KRASNOYARSK REGION. PROVIDING DISABLED PEOPLE WITH TECHNICAL AIDS OF REHABILITATION ON THE REGIONAL LIST OF THE KRASNOYARSK KRAI.

Federal State Institution «Main Bureau on Medical-Social Expertise in Krasnoyarsk Krai» of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, Krasnoyarsk

Ключевые слова: социальная защита, инвалид, реабилитация, индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалидов, технические средства реабилитации.

Keywords: social protection, disabled, rehabilitation, individual program of rehabilitation and habilitation of the disabled, technical aids of rehabilitation

Аннотация. Инвалидность как социальный феномен не может избежать ни одно общество. Каждое государство, как гарант социального благополучия граждан, в силу своей экономики, социальной политики берет на себя обязательства по поддержке людей с ограниченными возможностями. Таким образом, обеспечивая социальную защищенность инвалидов, государство должно создавать им необходимые условия для достижения одинакового со своими согражданами уровня жизни, в том числе в сфере доходов, образования, занятости, участия в общественной жизни посредством осуществления их реабилитации и абилитации. Каждый субъект нашей страны в силу своих специфических особенностей и проблем, разрабатывает свой комплекс мероприятий по оказанию социальной поддержки инвалидам. В Красноярском крае, издан закон «О социальной защите инвалидов в Красноярском крае». Он определяет социальную политику в отношении инвалидов на территории Красноярского края, полномочия органов государственной власти края и местного самоуправления при исполнении законодательства об инвалидах, устанавливает дополнительные к предусмотренным федеральным законодательством льготы и права инвалидам.

Abstract. None of society cannot avoid disability as a social phenomenon. Each state as a guarantor of social welfare because of its economy and social policy takes responsibility to support people with disabilities. Thus, providing social protection of persons with disabilities, the state must create the necessary conditions to achieve the same with their citizens, standards of living, including in the field of income, education, employment, participation in public life through the implementation of rehabilitation and habilitation. Each subject of our country because of its specific features and problems, developing a complex of measures to provide social support to people with disabilities. In the Krasnoyarsk Krai the law "On social protection of disabled persons in Krasnoyarsk Krai" was adopted. It is defined social policy concerning disabled persons in Krasnoyarsk Krai, responsibilities of state authorities of the region and local government on implementation of legislation on persons with disabilities, establishes additional to the federal legal benefits and rights of the disabled.

Инвалидность как социальный феномен, не может избежать ни одно общество. Каждое государство, как гарант социального благополучия граждан, в силу своей экономики, социальной политики берет на себя обязательства по поддержке людей с ограниченными возможностями.

По данным Федеральной службы государственной статистики, на данный момент в нашей стране проживает 13 миллионов людей с ограниченными возможностями, что составляет 7% от всего населения страны.

3 мая 2012 года Россия ратифицировала Конвенцию о правах инвалидов. Согласно этому документу, государство должно принимать по отношению к инвалидам все необходимые, в том числе законодательные меры, обеспечивающие им равные с другими лицами условия для реализации прав человека без какой бы то ни было дискриминации. Таким образом, обеспечивая социальную защищенность инвалидов, государство должно создавать им необходимые условия для достижения одинакового со своими согражданами уровня жизни, в том числе в сфере доходов, образования, занятости, участия в общественной жизни посредством осуществления их реабилитации и абилитации.

В этой связи в ряд нормативно правовых документов, в том числе и в Федеральный закон от 24 ноября 1995 года №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» были внесены изменения, касающиеся вопросов социальной защиты инвалидов, в том числе реабилитации и абилитации инвалидов. Целью изменений данного закона является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации принадлежащих им прав и свобод.

В статье 9 ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» наряду с понятием «реабилитация» (восстановление (полное или частичное)) способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности, появилось понятие «абилитации» - система и процесс формирования отсутствующих у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности, которые направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятель-

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

С введением понятия «абилитация» инвалидов изменения коснулись и индивидуальной программы реабилитации инвалидов. С 01.01.2016г. приказом Минтруда России от 31.07.2015г. №528н «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» утверждены формы индивидуальных программ реабилитации и абилитации (ИПРА) инвалидов и детей-инвалидов, содержащие как реабилитационные, так и абилитационные мероприятия:

по медицинской, профессиональной, социальной реабилитации и абилитации (а для детей-инвалидов и мероприятия психолого-педагогической реабилитации и абилитации);

рекомендации по занятиям физической культурой и спортом;

необходимые инвалиду технические средства реабилитации и абилитации (ТСР) и услуги по реабилитации, предоставляемые инвалиду за счет средств федерального бюджета;

ТСР, предоставляемые инвалиду за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации, за счет средств инвалида либо других лиц или организаций; независимо от организационно-правовых форм и форм собственности;

- для детей - инвалидов - товары и услуги, предназначенные для социальной, адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства (часть средств) материнского (семейного) капитала;

виды помощи, оказываемые инвалиду, ребенку-инвалиду в преодолении барьеров, мешающих получению им услуг на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур наравне с другими лицами, организациями, предоставляющими услуги населению.

Каждый субъект нашей страны в силу своих специфических особенностей и проблем, разрабатывает свой комплекс мероприятий по оказанию социальной поддержки инвалидам. Рассмотрим социальную поддержку инвалидов в Красноярском крае. По статистическим данным в Красноярском крае сейчас проживает около 200 тысяч инвалидов. В Красноярском крае, издан закон «О социальной защите инвалидов в Красноярском крае» от 27.04.1999г. №6-379. Настоящий Закон определяет социальную политику в отношении инвалидов на территории Красноярского края, полномочия органов государственной власти края и местного самоуправления при исполнении законодательства об инвалидах, устанавливает дополнительные к предусмотренным федеральным законодательством льготы и права инвалидам.

Социальная политика в отношении инвалидов на территории Красноярского края определяется необходимостью обеспечения инвалидам равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества, социальной и правовой защищенности, поддержания их жизненного уровня, создания условий для активного участия инвалидов и их объединений в общественной и трудовой деятельности.

Приоритетами социальной политики органов государственной власти и органов местного самоуправления на территории Красноярского края в отношении инвалидов являются:

профилактика инвалидности среди детского и взрослого населения края;

формирование единой системы реабилитации инвалидов, осуществление органами социальной защиты населения координации и контроля за реализацией реабилитационных мероприятий;

создание предприятий, учреждений и организаций Государственной службы медико-социальной экспертизы;

развитие реабилитационной индустрии с целью производства изделий, облегчающих быт и труд инвалидов;

обеспечение занятости инвалидов;

дальнейшее развитие государственных и негосударственных организаций социальной защиты инвалидов (центров реабилитации), обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности;

подбор и подготовка специалистов, владеющих методами реабилитационно-экспертной диагностики, восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности;

информационное обеспечение инвалидов и их законных представителей об их правах и реабилитационных возможностях;

обеспечение реализации консультативной функции общественных объединений инвалидов в принятии решений по вопросам, касающимся инвалидов.

Программа реабилитации инвалидов в Красноярском крае представляет собой перечень реабилитационных мероприятий, осуществляемых на территории края в дополнение к федеральной базовой программе реабилитации инвалидов за счет средств краевого бюджета и других источников финансирования в соответствии с действующим законодательством.

Единая система реабилитации инвалидов в Красноярском крае основывается на взаимодействии органов государственной власти, органов местного самоуправления, а также коммерческих и некоммерческих организаций различных форм собственности, независимо от ведомственной принадлежности, осуществляющих мероприятия по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов. Координацию и контроль за проведением реабилитационных мероприятий осуществляют органы социальной защиты населения.

Инвалидам, проживающим на территории Красноярского края, предоставляются следующие меры социальной поддержки:

ежемесячную компенсацию расходов на проезд и ежегодное пособие детям школьного возраста из семей, в которых родители – инвалиды;

ежемесячную выплату семьям с детьми, в которых родители – инвалиды;

ежемесячную денежную выплату семьям, состоящим из неработающих инвалидов с детства 1 и 2 группы; компенсацию расходов на оплату проезда в междугородном транспорте к месту проведения обследования, медико-социальной экспертизы, реабилитации;

компенсацию расходов инвалидам на оплату проезда в междугородном транспорте на лечение гемодиализом и обратно;

обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации, не входящими в федеральный перечень; прокат технических средств реабилитации;

предоставление услуг сурдоперевода;

приобретение реабилитационного оборудования для учреждений социального обслуживания;

обеспечение жильем членов семьи инвалида, ребенка-инвалида;

субсидии юридическим лицам на создание и сохранение рабочих мест для инвалидов;

компенсация инвалидам-колясочникам, нуждающихся в преодолении препятствий при выходе (входе) из многоквартирных жилых домов;

совместные мероприятия с общественными организациями инвалидов.

В Красноярском крае как указано выше реализуется дополнительная инициативная мера социальной поддержки инвалидов по обеспечению техническими средствами реабилитации, не входящими в федеральный перечень. В бюджете края ежегодно на обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации предусмотрено около 15 млн. руб.

В краевой Перечень технических средств реабилитации, утвержденных постановлением Правительства Красноярского края от 14.12.2010г. №629-п «Об утверждении Порядка обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и перечня технических средств реабилитации», включены различные технические средства реабилитации (Табл. 1)

Таблица 1

ТСР, рекомендованные краевым перечнем (2014-2016 гг.)

Наименование ТСР	Лица старше 18 лет			Дети - инвалиды		
	2014г.	2015г.	2016г.	2014г.	2015г.	2016г.
Сиденья для ванны, стулья для душа	29	31	36	15	10	16
Ступеньки для ванны	25	23	25	2	3	4
Сиденья-насадки для унитазов	2	1	2	1	0	1
Переносные пандусы	20	21	25	1		
Приборы для письма шрифтом Брайля	8	7	8	8	6	7
Сопутствующие расходные материалы для письма по системе Брайля	8	7	8	6	8	7
Часы наручные с речевым выходом	659	702	679	30	24	28
Часы наручные Брайля	2	1	1	2	1	2
Будильник с речевым выходом	690	502	655	30	24	32
Приборы для измерения уровня сахара в крови с речевым выходом	126	138	156	0	2	6
Тест-полоски к прибору для измерения уровня сахара с речевым выходом	56	48	61	0	1	0
Телефон с усилением звукового сигнала	7	3	6	1	0	1
Автоматический цифровой тонометр с индикацией аритмии для инвалидов по слуху	19	15	21	0	0	0
Часы-будильник наручные электронные с вибрационным сигналом для инвалидов по слуху	22	19	24	2	1	2
Часы-будильник настольные с вибро-светозвуковым сигналом для инвалидов по слуху	21	18	21	2	1	3
Мобильный телефон с речевым выходом для инвалидов по зрению	34	28	31	22	20	23
Радиоприемник с TV-диапазоном, позволяющий прослушивать радиостанции AM, FM и телевизионные каналы, для инвалидов по зрению	283	257	295	16	10	17

Порядок обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации осуществляется бесплатно в соответствии с заключениями, выдаваемыми врачебными комиссиями учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь инвалидам.

Для получения технических средств реабилитации, указанных в перечне технических средств реабилитации, инвалид либо лицо, представляющее его интересы, обращается в краевое государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания населения» и представляет следующие документы:

заявление о предоставлении технического средства реабилитации;
копию паспорта или копию иного документа, удостоверяющего личность;
справку, подтверждающую факт установления инвалидности, выданную федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы;
заключение, выданное врачебной комиссией учреждения здравоохранения, оказывающего медицинскую помощь инвалиду;

документ, подтверждающий факт обучения в образовательном учреждении либо факт трудовых отношений с организацией различной формы собственности для лиц, претендующих на получение технических средств реабилитации, указанных в пунктах 16 – 19 Перечня технических средств реабилитации.

Центр регистрирует заявление в журнале учета заявлений и в 15-дневный срок с даты поступления заявления принимает решение о постановке на учет либо об отказе в постановке на учет на получение технического средства реабилитации, и высылает (выдает) инвалиду уведомление о постановке на учет на получение технического средства реабилитации либо об отказе в постановке на учет.

В 2017 году в постановление были внесены изменения, и теперь вместо заключения врачебной комиссии поликлиники в центр будет представляться ИПРА инвалида (ребенка-инвалида), выдаваемая федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы.

Таким образом, можно сделать вывод, что социальная защита инвалидов на современном этапе является важнейшим и приоритетным направлением в социальной политике государства и Красноярского края. Видно, что для улучшения качества жизни инвалидов органами исполнительной власти проводится огромная работа. Несмотря на это система реабилитации далека от совершенствования, и в первую очередь, требуется развитие межведомственного взаимодействия между организациями, занимающимися реабилитацией инвалидов.

УДК 376.1/.2/.3

Вечканова И. Г.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОВЗ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИИ

ФГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А.И.Герцена», Санкт-Петербург

Vechkanova I. G.

MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL REHABILITATION OF DISABLED CHILDREN IN INCLUSIVE PRESCHOOL EDUCATION

Herzen State Pedagogical University of Russia, Saint-Petersburg

Ключевые слова: психолого-педагогическая реабилитация, дошкольники с сенсо-моторной, речевой и интеллектуальной недостаточностью, активность и участие, игровые технологии, инклюзия.

Keywords: psychological and pedagogical rehabilitation, preschool children with sensorimotorial, speech and intellectual disorders, activities and participation, game technologies, inclusion.

Аннотация. В статье рассматриваются особенности проведения диагностики в модульном кабинете «Реатэка» и психолого-педагогических реабилитационных мероприятий в условиях интеграции и инклюзии детей с ограниченными возможностями. Описаны технологии совместной деятельности междисциплинарной команды специалистов (педагоги, психологи, инструкторы физкультуры, врач невролог) как составляющие реабилитационной среды для детей с интеллектуальной и сенсомоторной недостаточностью. Определены приоритетные направления взаимодействия всех участников реабилитационно-образовательного процесса на макро-, мезо-, микроуровне реабилитационной среды, необходимые при создании развивающей предметно-пространственной среды для детей с ограниченными возможностями здоровья в инклюзивном образовательном учреждении. В эксперименте особое внимание обращается на игровые технологии в ходе проектной деятельности детей и семей как облегчающий, положительный фактор окружающей среды, способствующий улучшению социально-психологической атмосферы, преодолению «отношенческих» барьеров, повышению активности и участия родителей и педагогов в реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.

Abstract. The peculiarities of the diagnostic, rehabilitation measures in terms of integration and inclusion of children with disabilities are discussed in this article. We described the joint activities of a multidisciplinary team of experts (neurologist, teachers, psychologists, physical education instructors) as components of the environment for rehabilitation of children with sensorimotorial, speech and intellectual disorder.

The priority directions of interaction of all participants of the rehabilitation and educational process at the macro-, meso-, microlevel rehabilitation environment, including the creation of educational subject environment for children with disabilities in inclusive educational institution are defined. In the experiment, particular attention is drawn to gaming technologies in the course of project activities for children and families as facilitating a positive environment factor contributing to the improvement of the socio-psychological atmosphere, overcoming the "attitudinal" barriers, increase activity and participation of parents and teachers in rehabilitation of children with disabilities.

Введение / Цель. В современной практике реабилитационных и образовательных учреждений обсуждаются актуальные междисциплинарные вопросы по учету пожеланий родителей в процессе образования, реабилитации и абилитации детей с ОВЗ, а также необходимостью соблюдению требований Законов РФ: «Об образовании» о доступности инклюзивного образования и учете ИПР(А), а также закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты ... в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» [1]. Реабилитация инвалидов в последнем рассматривается как «система и процесс полного или частичного восстановления способности инвалидов к бытовой, общественной ... деятельности и направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ... в целях: социальной адаптации инвалидов, достижения ими самостоятельности, ... независимости и интеграции в общество» [1]. Психолого-педагогическая реабилитация в ИПР ребенка-инвалида понимается как рекомендация оптимальных для развития ребенка психолого-педагогических (образовательных) условий [2, с.43].

Цель исследования - разработка и апробация модели использования командой специалистов технологий психолого-педагогической (ре)абилитации на этапах дошкольного совместного (инклюзивного) образования детей с ОВЗ, повышающих показатели их активности и участия при реализации стиля жизни, нормативного для их сверстников, способствующих максимально возможной социальной адаптации.

Материал и методы

Ведущим методом являлся педагогический эксперимент (констатирующий, формирующий и контрольные этапы эксперимента), а также метод экспертных оценок, статистической обработки количественных результатов исследования. В констатирующем эксперименте исследования, проведенном в 2013—2016 годах, приняли участие дошкольники 3—7 лет, а также члены их семей. В числе дошкольников — дети с нормативным психическим развитием — 180 человек (часто болеющие), с тяжелыми нарушениями речи (ТНР) — 100 человек, с нарушениями речи и опорно-двигательного аппарата — 64 человека, с задержкой психического развития (далее — ЗПР) — 100 человек, с легкой умственной отсталостью — 100 человек, а также посещающие группы для детей со сложным дефектом: с детским церебральным параличом (далее — ДЦП) — 85 человек (у которых в различных вариантах сочетаются с ДЦП: 15 человек – ТНР, 30 - ЗПР, 20 – легкая умственная отсталость, 20 - умеренная), с умеренной умственной отсталостью — 30 человек. В апробации модели инклюзии в ходе формирующего эксперимента участвовало 329 детей, из них 149 - со статусом «дети с ограниченными возможностями здоровья» (далее — ОВЗ) (из них около 60% - дети-инвалиды).

Актуальность исследования обусловлена малой распространенностью в публикациях опыта отдельных инклюзивных образовательных учреждений, отсутствием научно-методической стратегии, обосновывающей единые медико-психолого-педагогические подходы к реабилитации на всех этапах специального и инклюзивного образования детей с ОВЗ [3], преемственности в проведении реабилитационных мероприятий [4,5]. Это определяет медико-социально-педагогическую значимость проблемы реабилитации детей и ставит перед различными организациями — образования, здравоохранения и социальной защиты, культуры — задачи разработки интегративной модели этой работы в условиях регионального межведомственного комплекса [4,5].

Биопсихосоциальная модель, встроена в Международную классификацию функционирования (МКФ) [6], расширяет перспективу инвалидности и позволяет исследовать педагогам и психологам не только медицинское, индивидуальное, но и социальное влияние, а также влияние окружающей среды на функционирование лиц с ОВЗ. В то же время при использовании МКФ у педагогов возникает ряд вопросов, поскольку дети в дошкольной организации в возрасте от 3 до 7(8) лет могут обучаться: 1) в одной разновозрастной группе, скомплектованной по диагнозу ПМПК (например, нарушения опорно-двигательного аппарата или «сложный дефект»), а их особенности развития рассматриваются в трех возрастных разделах показателей МКФ; 2) по разным адаптированным образовательным программам, рекомендованным в зависимости от интеллектуального уровня.

Факторы окружающей среды (в том числе изделия и технологии для обучения (домен e130)) создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок [6] различных людей (родителей (e410), специалистов (e450), с 3-х лет - родственников (e415), с 6 – друзей (e420)), которые могут повысить готовность и облегчить реализацию стиля жизни человека с ОВЗ, соответствующего принятому стилю жизни в обществе, что и является целью психолого-педагогической реабилитации [7]. Важно для нашего исследования то, что единый для всех детских возрастов показатель участия и активности в МКФ – это игровая деятельность (d880). Общими в двух возрастных группах от 3 до 5 лет, 6-12 лет являются еще 2 параметра:

разговор (умение вести беседу) (d350), базисные межличностные отношения (взаимодействия) (d710).

Поэтому в своем экспериментальном исследовании мы предъявляли в модульном кабинете «Реатека» детям разных возрастов одни и те же игровые материалы из классических подсистем (дидактическая, сюжетно-ролевая, театрализованная игра) и фиксировали эти три параметра. Экспериментальное исследование состояло из 11 серий, включающих 24 задания, в которых выявлялся первичный уровень сформированности у детей социально-коммуникативного, познавательного, речевого, художественно-эстетического, физического развития. Это было необходимо для определения возрастных границ овладения изученными представлениями в ходе игр с дарами Ф.Фребеля, материалами М.Монтессори, Е.И.Грачевой и выяснения показателей, заложенных в МКФ с 3-х лет: «Разрабатывание способностей, используя слова, фразы или предложения для представления человека, предмета, события» (d 133), «Приобретение основных понятий, таких как размер, форма, количество, длина, сходство, противоположность» (d 137), «Выполнение отдельных задач (простых инструкций)» (d210). Детям предлагалась сказка К.Д.Ушинского «Утренние лучи» для прослушивания, рисования и театрализации, что позволяло выявить уровень «Восприятие сообщений при невербальном способе общения» (d315). А с 6-ти лет зафиксировать показатель «Управление собственным поведением» (d250), «Понимание значения невербальных сообщений через жесты тела, основные знаки и символы, рисунки и фотографии» (d320).

Выводы о низком уровне реабилитированности позволили построить рекомендации по изменению предметно-пространственной среды. Поскольку результаты части детей (80% - с интеллектуальной недостаточностью, 60% - с ТНР в возрасте 3-3,5 лет, 90% - детей с ДЦП в возрасте 3 лет), отнесенных к 4-му низкому уровню реабилитированности (0-1 балл в каждой серии заданий), условно можно сопоставить с показателями возраста до 2 лет, то были учтены факторы окружающей среды до 2 лет - «Продукты и технологии, используемые для игровой деятельности» (e 152) и с 3-х лет «Дизайн...» (e150). В образовательном учреждении была создана доступная среда, в том числе и специально оборудованные 3 прогулочные площадки для детей, не передвигающихся самостоятельно. Учитывая фактор с 3-5 лет «Средства и технологии коммуникации» (e125), уже на этапе диагностики (и обучающего эксперимента) «неговорящим» детям для облегчения выполнения задания и возможности представить ответ альтернативными способами коммуникации предлагались картинки, пиктограммы, фотографии.

Результаты. По результатам исследования информационных потребностей родителей, а также учитывая важность поведенческого аспекта их установок в построении взаимоотношений с педагогами, проводилась апробация интерактивных технологий для развития компетенций и коммуникативной культуры всех участников инклюзивного образовательного процесса: педагогов, родителей, нормативно развивающихся детей и детей с ОВЗ. Таким образом осуществлялся переход с микро- на мезоуровень реабилитационной среды - от «Маминой школы» для одной группы (подобно опыту терапевтических школ для родителей в медицинских реабилитационных учреждениях) к другим контактным формам работы: родительские клубы, семинары, лектории, собрания родителей всего сада (в форме конференций, игровых телешоу, кинофестивалей), круглые столы, тренинги, флешмобы.

Принцип культуросообразности предполагал для повышения уровня участия семей в реабилитации такие технологии как: клубные, арт-терапия, музыкотерапия, игровые технологии сказкокоррекции, проекты, а также культурно-просветительные (посещение театров, музеев, выставок) и различные спортивные мероприятия (в том числе танцы на колясках, лечебно-верховая езда). Все эти регулярные ежегодные мероприятия стали эффективными средствами для социальной адаптации семей детей с ОВЗ и преодоления отношенческих барьеров. В эксперимент по успешной инклюзии были включены дети с синдромами: несовершенным остеогенезом («хрустальный» синдром), Дауна (12 детей), Нунан, Апера, Жубера.

Результативность психолого-педагогической реабилитации отражается в повышении уровня показателей активности и участия - двигательных, речевых, игровых навыков у исследованных детей. Так, при лонгитюдном наблюдении отмечается, что дети с ОВЗ (ДЦП) получили возможность поступить в общеобразовательные школы и гимназии (в инклюзивные классы в 2013 г. - 11, в 2014 г. - 12, в 2015 г. - 10, в 2016 г. - 5 человек). В итоге зафиксировано в экспертных оценках повышение уровня реабилитированности детей с ОВЗ до 1 уровня (баллы 7-8- незначительные проблемы) у 35% детей с ЗПР, у 80 % детей с ТНР, - ребенок с помощью педагога понимает и отражает в знаково-символической деятельности ситуацию, представленную наглядно и опосредованно через художественное произведение; обладает репродуктивно-воссоздающим воображением для воплощения (с помощью педагога) образа с дифференцированной схемой в различных знаках.

Закключение. В ходе экспериментального исследования определялось ранжирование значимости технологии, ее ресурсов, который заложен как фактор освоения человеческой культуры в каждой из традиционных педагогических систем, - ресурс для будущего выбора стиля жизни, спорта, профориентации.

«Педагогическое бюро» рекомендует наиболее эффективные технологии:

Инвариантный модуль. Технологии 1-го порядка – (синкретичные и синергетические) - сенсорные

дидактические игры, творческие игры (сюжетно-ролевые, театрализованные), здоровьесозидающие технологии (игры с правилами с использованием полифункционального оборудования и «азбук безопасности») в проектной деятельности, игры с песком и водой.

Вариативный модуль. Технологии 2-го порядка:

1) в определенном возрасте на формирование автономии – например, дары Ф.Фребеля, автодидактические Монтессори-материалы и др. Они включаются по мере сенсорной интеграции психомоторных функций у детей;

2) в определенной форме образования – для подтверждения уникальности и незаменимости творческого вклада каждого участника в совместную деятельность сообщества в русле «мы-парадигмы» [3]. Например, в инклюзивном образовании – организация социально-коммуникативного развития для детей с ДЦП вместе с нормативно развивающимися детьми – ансамбль танцев на колясках, совместные физкультурные занятия по плаванию, лечебно-верховой езде. Для детей с тяжелыми нарушениями речи - арт-терапевтические технологии – взаимное фотографирование, создание мультфильмов и их озвучивание. Организация культурных практик с помощью технологии музейной педагогики в мини-музеях: музейные интерактивные программы «Шагающий музей», квесты, акции «Toy-crossing», «Book-crossing». Совместные досуговые театрализованные мероприятия, спектакли.

Технологии 3-го порядка – только на определенные категории для повышения мотивации, показателя активности и участия:

1) ансамбль танцев на колясках, альтернативная коммуникация, сенсомоторные тренинги под музыку для сенсорной интеграции;

2) формы игр с использованием информационных образовательных (коммуникационных) технологий:
а) очные – например, режиссерские игры на детском игровом терминале, интерактивных доске, столе; б) дистанционные - например, виртуальные технологии – виртуальная игротека, музей.

Список литературы

1. Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» от 01.12.2014 N 419-ФЗ.
2. Методика проведения медико-социальной экспертизы и формирование заключений о реабилитационных мероприятиях у детей: методическое пособие / под редакцией В.Г.Помникова, Г.О.Пениной, О.Н.Владимировой. СПб: СПбИУВЭК Минтруда России, 2014. 281 с.
3. Шеманов А.Ю. Значение понимания культуры для постановки задач инклюзии // Инклюзивное образование: преемственность инклюзивной культуры и практики: сб. мат-лов IV Межд. науч.-практ. конф. (г.Москва, 21-23 июня 2017 г., ФГБОУ ВПО МГППУ)/ Гл.ред. С.В.Алехина. М.: МГППУ, 2017. 512 с. С.70-75.
4. Хрущева Л.В., Сидоренко О.К. Основные направления и задачи национальной стратегии государства в интересах детей // Медико-социальная экспертиза 2012 №4. – С. 6-13.
5. Детская реабилитология: учеб. пособие. Лильин Е.Т., Доскин В.А. Москва: Литтерра, 2011. 640 с.
6. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001.– 342 с.
7. Кантор В.З. Отношения личности при нарушениях в развитии: реабилитационно-педагогический контекст// Специальное образование 2015 №4. С. 34-43.

УДК 34+616-036.86

Струкова О.Г., Шумакова Т.Ю., Кара-оол Н.А.

**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 2017 ГОДА № 419-ФЗ**

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

Strukova O.G., Shumakova T.Yu., Cara-ool N.A.

**RESULTS OF INTERAGENCY COOPERATION BETWEEN FEDERAL STATE
INSTITUTION “MAIN BUREAU OF MEDICAL-SOCIAL EXPERTISE IN REPUBLIC
KHAKASIA” OF THE MINISTRY OF LABOUR AND SOCIAL PROTECTION
OF THE RUSSIAN FEDERATION AND EXECUTIVE AGENCIES OF REPUBLIC
KHAKASIA WHILE FORMING AND EXECUTION OF INDIVIDUAL PROGRAM OF
REHABILITATION OR HABILITATION OF THE DISABLED PERSON (DISABLED
CHILD) WITHIN IMPLEMENTATION OF THE PROVISIONS OF THE FEDERAL LAW
OF DECEMBER 1, 2017 NO. 419-FZ**

Federal State Institution “Main Bureau of Medical-Social Expertise in Republic Khakasia” of Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, Abakan

Ключевые слова: *нормативно-правовые документы, межведомственное взаимодействие, индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида, Республика Хакасия.*

Keywords: *normative and legal documents, interagency cooperation, individual program of rehabilitation or habilitation of the disabled person, disabled child, Republic Khakasia.*

Аннотация. *Освещены вопросы нормативно-правового регулирования межведомственного взаимодействия ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Хакасия» Минтруда России с органами исполнительной власти Республики Хакасия по исполнению мероприятий, возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида.*

Abstract: *The article describes problems of normative and legal regulation of interagency cooperation between Main Bureau of Medical-Social Expertise in Republic Khakasia and executive authorities of the Republic of Khakasia on implementation of measures of individual program of rehabilitation or the habilitation of the disabled person or disabled child.*

Федеральным законом от 1 декабря 2014 г. № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» [2] в Федеральный закон №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [1] внесены изменения, которыми впервые предусмотрено предоставление органами исполнительной власти, органами самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм информации об исполнении возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида (далее – ИПРА инвалида, ребенка-инвалида) мероприятий в федеральные государственные учреждения МСЭ.

Цель: оценка реализации этапов межведомственного взаимодействия ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Хакасия» Минтруда России с органами исполнительной власти Республики Хакасия по исполнению мероприятий возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида.

Материалы и методы: Исследование сплошное. Единица наблюдения – лица, которым впервые и повторно разработана ИПРА инвалида, ребенка-инвалида, выписка из ИПРА инвалида, ребенка-инвалида в орган исполнительной власти субъекта.

Методы исследования – статистический, аналитический.

Использовались данные выгруженные из единой автоматизированной вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы (ЕАВИИАС).

Законодательством определено, что форма и порядок предоставления выше указанной информации утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения.

Во исполнение статьи 5 Федерального закона от 1 декабря 2014 г. N 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» [2] администрацией ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Хакасия»

Минтруда России в ноябре, декабре 2015 года подписаны Соглашения о взаимодействии и регламенты информационного взаимодействия по обмену ИПРА инвалида, ребенка-инвалида с Государственным комитетом по занятости населения Республики Хакасия, Министерством труда и социального развития Республики Хакасия, в феврале 2016 года с Министерством образования и науки Республики Хакасия, Министерством здравоохранения Республики Хакасия, Министерством спорта Республики Хакасия. С ГУ РО ФСС РФ по Республике Хакасия соглашение заключено на федеральном уровне.

Целью заключения соглашений является организация взаимодействия Сторон по вопросам оказания государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы и реализации реабилитационных или абилитационных мероприятий, обеспечения техническими средствами реабилитации и услугами, предусмотренных ИПРА инвалида, ребенка-инвалида, разрабатываемых для лиц, признанных инвалидами, с целью обеспечения последовательности, комплексности и непрерывности в осуществлении реабилитационных мероприятий, динамического наблюдения и контроля за эффективностью проводимых мероприятий.

В настоящее время с Министерством здравоохранения Республики Хакасия, Министерством социальной защиты Республики Хакасия, Министерством труда и занятости Республики Хакасия, Министерством образования Республики Хакасия, и ГУ РО ФСС РФ по Республике Хакасия обмен информацией осуществляется посредством размещения данных в централизованной системе, так называемой «база-витрина».

В рамках начала и продолжения этой работы в органах исполнительной власти Республики Хакасия (Министерство социальной защиты РХ, Министерство образования РХ, Министерство здравоохранения РХ, Министерство труда и занятости РХ) изданы административно-распорядительные документы об организации работы в данном направлении, назначены ответственные лица в части электронного взаимодействия с ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Хакасия» Минтруда России и ответственные лица в части разработки и реализации реабилитационных мероприятий.

Во исполнение положений Федерального закона N 419-ФЗ был утвержден ряд нормативно-правовых документов, разъясняющих некоторые позиции по реализации данного Федерального закона.

Во исполнение п. 16 приказа Минтруда России № 528н (от 31.07.2015г.) [3] 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 31.05.2017 года размещено в информационной системе «ИПРА» 28216 выписок в органы исполнительной власти в соответствующей сфере деятельности:

- в Министерство здравоохранения Республики Хакасия – 10139;
- в Министерство социального развития Республики Хакасия-10127;
- в Министерство труда и занятости Республики Хакасия – 3028;
- в Министерство образования и науки Республики Хакасия – 1474;
- в Министерство спорта Республики Хакасия – 45;
- в региональное отделение ФСС – 3403.
- ПФР по мат. капиталу – 2, в УФСИН – 129, в стационарные учреждения – 25.

Во исполнение п. 5 приказа Минтруда России № 723н (от 15.10.2015г.) [4] сводная информация направляется в учреждение МСЭ в течении 5 дней с даты исполнения мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида, ребенка-инвалида, но не позднее 1 месяца до окончания срока действия ИПРА инвалида, ребенка-инвалида, таким образом, в адрес Главного бюро МСЭ будет представляться информация о реализации реабилитационных или абилитационных мероприятий только на лиц, пришедших на очередное освидетельствование (без учета граждан, имеющих ИПРА инвалида бессрочно, ИПРА ребенка-инвалида до 18 лет). Так, с 01.01.2016 года по 31.05.2017 года исполнено (направлено обратно) в информационной системе «ИПРА» 8257 выписок (29,2 %) из органов исполнительной власти в соответствующей сфере деятельности:

- из Министерства здравоохранения Республики Хакасия – 2780 (26,6%);
- из Министерства социального развития Республики Хакасия – 2332 (22,3%);
- из Министерства труда и занятости Республики Хакасия – 1285 (41,3%);
- из Министерства образования и науки Республики Хакасия – 261 (16,9%);
- из Министерства спорта Республики Хакасия – 44 (97,7%);
- из регионального отделения ФСС – 1555 (44,5%).

Следует отметить, что данный процент не отражает действительного уровня реализации ИПРА инвалида, ребенка-инвалида, так как это планомерная работа, осуществляемая в течение всего календарного года, зависящая от числа повторно направленных для установления инвалидности.

Выводы: Анализ работы с министерствами и учреждениями с которыми заключены соглашения свидетельствует о проведении планомерной работы органов исполнительной власти в части исполнения возложенных на них реабилитационных и абилитационных мероприятий, и высоком проценте (до 80 %) поступления форм «обратной связи».

Список литературы:

- Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ // Российская газета. – 1995. - 2 декабря.
- Федеральный закон 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» // Российская газета. – 2014. - 5 декабря.
- Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм [Электронный ресурс]: приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 июля 2015 г. № 528н. Текст приказа опубликован на официальном интернет-портале правовой информации (www.pravo.gov.ru).
- 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 [Электронный ресурс]: приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 15 октября 2015 г. № 723н. Текст приказа опубликован на официальном интернет-портале правовой информации (www.pravo.gov.ru).

УДК – 376

С.А. Войтас, Ю.В. Бражник

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ – ПОЛИФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО*ДТСЗН, г. Москва*

Voitas S.A., Brazhnik Y.V.

REHABILITATION OF CHILDREN WITH DISABILITIES - A POLYFUNCTIONAL SPACE ГБОУ ЦРО № 7*Public Secondary Education Institution Center for Rehabilitation and Education #7 of City of Moscow's Department of Labour and Social Protection, Moscow*

Ключевые слова: социализация, интеграция, инклюзивная среда образования, «социальный вывих», «точка роста», индивидуальный реабилитационно-образовательный маршрут воспитанника
Key words: socialization, integration, inclusive educational environment, "social twist", "growth area", pupil's individual rehabilitation and education pattern.

Аннотация - в статье раскрывается опыт работы Центра реабилитации и образования в контексте современного состояния и развития реабилитации и образования детей, имеющих ограничения жизнедеятельности. Особое внимание уделяется социально-медицинской, социально-педагогической и социально-культурной реабилитации детей.

Abstract. The article reveals the experience of the Center for Rehabilitation and Education in the context of recent condition and development of children with disabilities. Special attention has been paid to the socio-medical, socio-pedagogical and socio-cultural rehabilitation of children.

Важную роль российское общество на современном этапе развития отводит социализации, обучению и воспитанию детей с ограничениями жизнедеятельности. Основная цель – это подготовка данной категории детей к интеграции в социально-экономическую жизнь государства, где каждый может стать полноценной личностью, развиваться духовно, обеспечивать себя в материальном отношении и быть полезным обществу. [5]

Созданные руководством Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы специализированные учреждения нового вида – реабилитационно-образовательные Центры, позволяют комплексно решать проблемы реабилитации и образования детей, имеющих ограничения жизнедеятельности. К числу данных относится и наше учреждение – Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение города Москвы Центр реабилитации и образования № 7 Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы (далее ГБОУ ЦРО № 7).

Наш Центр работает в круглогодичном режиме. Детям предоставляются курсы реабилитации и образования на 24 дня.

Основной контингент воспитанников – это дети с ограниченными возможностями здоровья. Диапазон различий в развитии детей с ОВЗ велик: от испытывающих временные и относительно легко устранимые трудности до детей с тяжелыми заболеваниями.

Дети приходят к нам из учебных заведений самого разного уровня и направленности. Немало детей, которые находятся на надомном обучении. Это дети, которые не имеют возможности чувствовать и соотносить свой личный успех с успехами сверстников, где нарушены коммуникативные компетенции.

В силу этого своей основной целью мы ставим обеспечение и создание необходимых условий для достижения ребёнком успеха в образовании и социализации. Всеми без исключения детьми независимо от

их индивидуальных особенностей, учебных достижений, культуры, социального и экономического статуса родителей, психических и физических возможностей.[2]

В нашем Центре создана инклюзивная среда образования и реабилитации, которая является успешным и позитивным условием коррекции и развития детей с ограничениями жизнедеятельности. Всё реабилитационно-образовательное пространство Центра заполнено совместным участием каждого ребёнка вне зависимости от его способностей и образовательных потребностей, при соблюдении интересов каждого.

Порой мы наблюдаем так называемый «социальный вывих» - выпадение ребёнка из социума своих сверстников, обусловленный ограничениями у ребёнка. И задача всех педагогов и специалистов Центра найти у каждого ребёнка свою «точку роста» социализации и реабилитации. Всё это можно решить, работая лишь командой специалистов различного профиля – учителя, воспитатели, педагоги дополнительного образования, социальные работники, педагоги-психологи, учителя-логопеды, учителя-дефектологи.

Инклюзивная среда представлена образовательным, социальным и реабилитационным компонентами.

С целью координации процессов образования, реабилитации и социализации в нашем Центре специалистами разработан и внедрен в практику Индивидуальный реабилитационно-образовательный маршрут на каждого воспитанника, проходящего курс реабилитации.[1]

ИРОМ каждого прибывающего в Центр воспитанника выстраивается на основе диагностики его состояния и результатов тестирования основных показателей уровня развития.

Затем педагогами и специалистами выстраивается индивидуальный реабилитационный или образовательный план, в зависимости от направления деятельности.

Педагогами используются различные активные методы обучения – игровое моделирование, анализ конкретных ситуаций (кейсы), видеометоды, интерактивные методы, и, конечно же, традиционные – практические, наглядные, словесные.

Не остается в стороне и педагогика сотрудничества когда от «сиди и слушай» дети двигаются к активному: «думай и делай!».[3]

Оздоровительно-средовой компонент Центра представлен медицинской реабилитацией (более 19 процедур: физиотерапия, фитотерапия, массаж, бальнеолечение, инфракрасная сауна и др.).

Особый интерес для детей вызывает лечебная верховая езда (иппотерапия), занятия с собаками (канистерапия), контактный зоопарк в летний период. Как ни странно, для московских детей яркими страницами в жизни является выращивание растений в круглогодично работающих теплицах (агротерапия).

Развитию чувства самоэффективности у детей в нашем Центре способствует разработанный и практикуемый социально-игровой проект – «Республика 7». В нем реализуется право каждого на безбарьерность пребывания в информационном, коммуникативном и эмоциональном пространстве Центра.

В рамках проекта создана модель государства со всеми институтами: органом управления, государственной границей, административно-территориальным делением на города, институтом медиации, заменяющим суд, академией наук, больницей. Функционирует банк, расчет ведется собственной валютой.

Развивая важные жизненные компетенции всех участников, эта игра, являющаяся, по сути, моделью детского самоуправления, учитывает психологические особенности воспитанников и трудности их интеграции в социум. Каждый воспитанник включен в игровое пространство и осознает свою исключительную важность для жизни всей системы.

В контексте социально-игрового проекта «Республика 7» мы так же можем говорить и о развитии культуры инклюзивности, где есть понимание и принятие ценности каждого.[2]

Модель позволяет всем участникам попробовать себя в разных сферах и найти занятие по душе (отсюда ранняя профессиональная ориентация).

Педагоги и воспитатели через ряд диагностических методик помогают выявить талант каждого воспитанника, в результате чего все дети имеют возможность оказаться в «ситуации успеха». Кроме того, участие в жизни «Республики 7» позволяет детям «проиграть» роли, в которых им впоследствии придется выступать в реальной жизни, и выполнять функции, которые в повседневной жизни приходится выполнять каждому человеку: зарабатывать деньги, планировать расходы, договариваться с окружающими людьми и т.д. Все это, несомненно, должно способствовать последующей успешной социализации воспитанников Центра реабилитации и образования № 7.

Отличительной особенностью социальной реабилитации детей в каждом курсе является использование заданной темы для всей досуговой деятельности детей. Это позволяет экономить время на знакомстве воспитанников с тематикой работы различных кружков и секций, помогает детям более глубоко и всесторонне изучить тему, выбранную в качестве «сквозной», а также в короткий срок достичь значимых результатов в творческой реализации данной тематики, а значит, получить большее удовлетворение от публичного представления этих результатов.[2]

Как правило, курс реабилитации заканчивается ярким мюзиклом или концертом, в котором участвуют все воспитанники.

Список литературы:

- Войтас С.А. и др. Индивидуальный реабилитационно-образовательный маршрут как инструмент деятельности ГБОУ ЦРО 7 города Москвы. РАО «Копирус», 2016г.
- Войтас С.А. Награда для нас – успехи наших воспитанников. Московский омбудсмен: информационно-правовой вестник о правах человека в городе Москве. № 2(6) 2016.
- Бражник Ю.В. и др. Психолого-педагогическое сопровождение как часть инклюзивной среды ГОУ санаторно-лесной школы № 7. Инклюзивное образование: методология, практика, технология: Материалы XX международной научно-практической конференции. М.: МГППУ, 2011. 244с.
- Ю.В. Бражник и др. Реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья в ГБОУ СЛШ № 7. Инклюзивное образование: практика, исследования, методология: Сборник материалов II научно-практической конференции. М.: ООО «Буки Веди», 2013. 712с.
- Социальная работа: от идеи до практики. Хрестоматия по трудам д.и.н., проф. Е.И. Холостовой/ Сост. И науч. ред. Е.Г. Студенова. М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2016. 976с.

УДК 364.07+ 614.2+616-036.86

Martinuzzi Andrea [°], Almborg Ann-Helene ^{*}

THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF HEALTH INTERVENTIONS (ICHI): CLOSING THE GAP TOWARDS REHABILITATION 2030.

[°] Medea Scientific Institute, Conegliano Research Centre. ICHI Development Team. The Italian WHO-FIC Collaborating Centre; Italy.

^{*} Swedish National Board of Health and Welfare. ICHI Development team. ICHI Task Force. Nordic WHO-FIC Collaborating Centre. Jönköping University; Sweden

Keywords: International classification of health interventions, intervention, rehabilitation, WHO

Abstract: While the patient's health condition and functioning profile are already well described by the WHO reference classifications ICD and ICF, no such standard exists to describe the interventions that make the core of rehabilitation. The newly developed International classification of health interventions (ICHI) with over 5800 items, and a target completion date of 2019 should cover all parts of health system and has the potentiality to close the information gap between the functioning problems (i.e. the specific aspects of the person's disability) and the rehabilitative actions aimed to optimize functioning. Use cases for ICHI are already being explored in the Classification of Social Care Interventions and Activities in Sweden.

In light of the epidemiological transition observed in the last decades towards non communicable diseases associated with chronic disability, growing attention is being paid to rehabilitation, as demonstrated by the recently launched WHO action "rehabilitation 2030". Essential tools to monitor progresses towards the set goals of the program are international standards that can capture and document the rehabilitation process in all its aspects. While the patient's health condition and functioning profile are already well described by the WHO reference classifications ICD and ICF, no such standard exists to describe the interventions that make the core of rehabilitation. Most countries either developed their own list of interventions (thus preventing international comparability) or used the list of interventions found in the 3rd volume of ICD10, which is very coarse and grossly deficient in rehabilitative interventions.

The newly developed International classification of health interventions (ICHI), now approaching its beta version in October 2017, with over 5800 items, and a target completion date of 2019. ICHI should cover all parts of health system and has the potentiality to close the information gap between the functioning problems (i.e. the specific aspects of the person's disability) and the rehabilitative actions aimed to optimize functioning.

A health intervention has been defined as

A health intervention is an act performed for, with or on behalf of a person or a population whose purpose is to assess, improve, maintain, promote or modify health, functioning or health conditions

ICHI would not include the provider of an intervention or the setting where the intervention is performed. The reason(s) for an intervention, and its outcome, should be classified using ICD and ICF. ICHI is profession neutral.

ICHI is structured along three axes: target (the entity on which the action is carried out), action (the deed done by an actor to the target) and means (the processes and methods by which the action is carried out). The targets are reflecting anatomy and ICF categories, including body functions, activities & participation and environmental factors, thus allowing an immediate link between the identified problem (the target of rehabilitation) and the intervention addressing that problem. Additional information about an intervention can be added by the use of Extension Codes, including codes such as for therapeutic and assistive products and medicaments.

For example rehabilitation for the use of the upper limb may be coded as SIJ PH ZZ Training in arm and hand use: SIJ (target: arm and hand use), PH (action: training), ZZ (means: unspecified).

The content model of ICHI allows maximal flexibility and fine granularity especially in the areas most relevant

for rehabilitation: activities and participation (including mobility), autonomy, assistive products and technology, mental health and the interventions aimed at modifying the environment.

Use cases for ICHI are already being explored in the Classification of Social Care Interventions and Activities in Sweden and will be more extensively tested when the beta version will be released next October.

Consensus on the need to boost rehabilitation is already strong internationally: rehabilitation is considered key for health in the 21st century and an important contributor for the sustainable development goal n°3 (good health and well-being for all at all ages). However, to count ones needs to be counted, ICHI promises to map and document all rehabilitative interventions with a detail and completeness never possible before.

We all are called to contribute to its final development after the release of the beta draft due in October 2017.

УДК 364.07+ 614.2+616-036.86

Satish Mishra

REHABILITATION 2030: A CALL FOR ACTION

World Health Organization

Keywords: 1. Rehabilitation. 2. Assistive technology. 3. Disability. 4. Health. 5. World Health Organization.

Abstract. There is a substantial and ever-increasing unmet need for rehabilitation worldwide - Rising prevalence of noncommunicable diseases, the ageing population, and improved access to emergency, trauma and medical care correspond with a growing demand for rehabilitation services and assistive technology. In many parts of the world, however, the capacity to provide rehabilitation services and assistive technology is limited or nonexistent and fails to adequately address the needs of the population. Rehabilitation 2030: A Call for Action raised in 2017 provides strategic direction for coordinated action and establishing joint commitments to raise the profile of rehabilitation as a health strategy relevant to the whole population, across the lifespan and across the continuum of care.

In the 21st century the world faces a new set of challenges: rapid population ageing accompanied with a rise in chronic conditions and multi-morbidity. The population aged over 60 is predicted to double by 2050 while the prevalence of noncommunicable diseases has already increased by 18% in the last 10 years. People are living longer and with disabling chronic conditions that impact on their functioning and well-being. Rehabilitation (Including assistive technology) has a critical role to play in preventing and minimizing the limitations in functioning associated with ageing and chronic conditions. This helps to minimize the health, social and economic impact of health conditions, and improves well-being.

The WHO Framework on Integrated People-centred Care places people, rather than diseases, at the centre of health care delivery. By its very nature, rehabilitation responds to individual's needs and priorities, and targets limitations in functioning across the continuum of care and throughout the lifespan. So, as countries move towards integrated person-centred care, it is imperative that quality rehabilitation is embedded in service delivery models.

Despite the growing need for rehabilitation, there is lack of awareness about its role and the magnitude of unmet needs. This poses a substantial challenge to development of the rehabilitation sector, and there is an urgent need to advocate for rehabilitation services as being fundamental to addressing the needs of the population in the 21st century.

In light of the growing need, WHO with the rehabilitation stakeholders launched Rehabilitation 2030: a call for action to scale up rehabilitation so that countries can be prepared to address the evolving needs of populations up to 2030 and ensure quality, affordable rehabilitation services available at all levels of the health system and extending into the community, that are accessible to anybody who are in need. Strengthening rehabilitation into national health systems and ensuring early access to services can help ensure optimal outcomes for all people who need it and minimize burden on the country health and social protection system.

Rehabilitation services and assistive technology supports countries to achieve Sustainable Development Goals as these services plays a key role in ensuring good health and well-being (Goal 3) and in addition, assists many children, adults and older people to achieve many of the other sustainable development goals and to participate in society on an equal basis.

References:

- World Health Organization and The World Bank, *World report on disability*. 2011, Geneva, Switzerland: WHO Press.
- World Health Organization (2015). *WHO global disability action plan 2014-2015. Better health for all people with a disability*. WHO Press.
- World Health Organization, *World Health Statistics 2016. Monitoring Health for the SDGs*. 2016, Geneva, Switzerland: WHO Press.
- United Nations. *Sustainable Development Knowledge Platform. Sustainable Development Goals*. 2015
- World Health Organization, *World Health Statistics 2016. Monitoring Health for the SDGs*. 2016, Geneva, Switzerland: WHO Press.
- World Health Organization, *Rehabilitation in health systems*, Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017.

УДК 364.07+ 614.2+616-036.86

Sabariego Carla¹, Mishra Satish², Lindsay Lee¹, Alarcos Cieza¹**THE WORLD BANK AND WHO MODEL DISABILITY SURVEY**¹Department of Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention, World Health Organization, Geneva, Switzerland; ²Disability and Rehabilitation (Noncommunicable Diseases)

World Health Organization, Tajikistan

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health; Disability; Survey; Public Health

Abstract. The World Bank and WHO Model Disability Survey (MDS) is the recommendation of WHO to collect data on disability and functioning at population level (www.who.int/disabilities/data/mds/en/). The MDS is a household survey and was developed to answer demands from Member States to strengthen collection, analysis and use of disability data, following recommendations of the WHO and World Bank's World Report on Disability. The MDS is also WHO's strategy to meet the third goal of the WHO Global Disability Action Plan 2014-2021, which focuses on enhancing the collection of relevant and internationally comparable disability data, and is used to monitor both the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) and the Sustainable Development Goals (SDGs). The MDS is fully grounded in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). In line with the ICF, disability is conceptualized in the MDS as an outcome of interactions between health conditions or age-related decrements in health and the physical, human-built, attitudinal and socio-political environment in which the person lives. Disability is also conceived as a continuum ranging from low to very high levels: any person with health conditions or age-related decrements in health will experience disability to some extent at some point in his or her life. This understanding has two important implications for data collection. First, it requires a broad data collection strategy including detailed information on environmental factors, on the daily life performance of individuals on a range of functioning domains, as well as on their health state. Second, it requires a representative sample of the general population. The MDS provides stakeholders and policy makers with precise and broad information on the lived experience of disability. More specifically, the MDS has been designed to determine the current distribution of disability in the general population, estimate the prevalence of severe, moderate and mild disability, and to identify determinants of disability: unmet needs of as well as barriers and inequalities. These determinants are targets that will guide the development of policy priorities and public health actions.

УДК 364.048.6

Лайковская Е.Э., Любушкина Т.Л., Онохова Т.С.

УРОВНЕВАЯ МОДЕЛЬ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЦЕНТРА КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ИТОГИ АПРОБАЦИИ В ПИЛОТНОМ ПРОЕКТЕ НА ТЕРРИТОРИИ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Министерство социальной политики Свердловской области, Екатеринбург

Laykovskaya E. E., Lyubushkina T. L., Onochova T.S.

LEVEL MODEL OF THE MULTIDISCIPLINARY CENTER OF COMPLEX REHABILITATION AND HABILITATION OF DISABLED PEOPLE, INCLUDING DISABLED CHILDREN: PRELIMINARY RESULTS OF APPROBATION IN THE PILOT PROJECT IN THE TERRITORY OF SVERDLOVSK REGION

The Ministry of Social Policy of Sverdlovsk Region, Yekaterinburg

Ключевые слова: многопрофильный центр, комплексная реабилитация и абилитация.**Keywords:** multidisciplinary center, comprehensive rehabilitation and habilitation.

Аннотация: В статье представлены предварительные итоги апробации проектов методических материалов, регулирующих деятельность многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, по итогам реализации первого этапа пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. Определены базовые принципы формирования уровневой модели многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

Abstract: The article presents preliminary results of projects implementation of the methodical materials regulating activities of the multidisciplinary comprehensive (re)habilitation center for disabled people, including disabled children. These results followed the realization of the first stage of the pilot project on implementation of approaches to forming the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people, including disabled children. The basic principles of creating a level model of the multidisciplinary comprehensive (re)habilitation center for disabled people, including disabled children, are defined.

В 2008 году Российская Федерация подписала и в 2012 году ратифицировала Конвенцию о правах инвалидов [1], выразив готовность к формированию условий, направленных на соблюдение международных стандартов экономических, социальных, юридических и других прав инвалидов. Подписание Конвенции фактически утвердило принципы, на которых строится политика государства в отношении инвалидов.

С учетом требований Конвенции решение вопросов формирования доступной среды и системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, определяется как приоритетное

направление государственной политики. В рамках создания комплексного подхода к решению проблем инвалидов последовательно формируется нормативная правовая база, закрепляющая и развивающая положения Конвенции. Изучению вопросов качества реабилитационных мероприятий, организации реабилитационного процесса, разработке современных подходов к реабилитации, оценке реабилитационного потенциала посвящены работы М.А. Дымочки, А.И. Вовк, Н.В. Веденеевой, С.В. Смирнова, А.В. Шошмина, А.А. Свинцова, Н.В. Мартынова.

В Свердловской области вопросам организации реабилитации и абилитации инвалидов уделяется значительное внимание. С 2017 года Свердловская область участвует в реализации пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (далее – пилотный проект).

К задачам пилотного проекта относится апробация и внедрение методических документов, направленных на формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, а также подготовка предложений по их доработке по результатам апробации.

На первом этапе пилотного проекта в Свердловской области изучены и апробированы проекты методических документов, регламентирующих деятельность, оснащение, штатную структуру, организационно-функциональную модель многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (далее – многопрофильный центр), [2] путем сравнения с действующей организационно-функциональной моделью государственного автономного учреждения Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов».

При проведении анализа проектов методических документов учитывались положения Федерального закона от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [3]; положения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья [4]; основные категории ограничений жизнедеятельности инвалида (ребенка-инвалида) [5]; направления и мероприятия по реабилитации и абилитации инвалидов в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) [6].

Подходы к формированию модели многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) основаны на следующем определении понятия «реабилитационная организация» – организация независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, предоставляющая в субъекте Российской Федерации мероприятия по реабилитации, ранней помощи и сопровождению инвалидов, в том числе детей-инвалидов, осуществляющая деятельность в сферах образования, социальной защиты, здравоохранения, физической культуры и спорта, труда и занятости, культуры, направленную на устранение или, возможно, более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в целях их социальной адаптации, включая интеграцию в общество [2].

Федеральным законом о социальной защите инвалидов (статья 9,10,11) [3] определены соответствующие положениям Конвенции [1] направления реабилитации, осуществляемые на основе многопрофильной оценки потребностей инвалида и в целях максимально возможной реализации его реабилитационного потенциала:

медицинская реабилитация, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;

профессиональная ориентация, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственная адаптация;

социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая и социокультурная реабилитация, социально-бытовая адаптация;

физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Термин «ограничение жизнедеятельности» [4] обозначает негативные аспекты взаимодействия между индивидом (в связи с изменением здоровья) и факторами окружающей среды. Классификация основных ограничений жизнедеятельности регламентирована приказом Минтруда России № 1024н [5].

Введение принципиально новых федеральных схем реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида [6] требует от органов власти субъекта Российской Федерации создания организационно-правового механизма межведомственного взаимодействия монопрофильных организаций-исполнителей. При этом следует учитывать особенности реабилитационной инфраструктуры региона, организации регионального учета и мониторинга в сфере реабилитации инвалидов.

В основу организации деятельности многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (как реабилитационной организации) представляется целесообразным заложить поименованные выше основные направления реабилитации и абилитации.

Предложенная в методических материалах модель Межведомственного многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) комплексного уровня, являясь организацией с полным циклом социальной, профессиональной, психологической реабилитации, высоко-

котехнологичными методами медицинской реабилитации, протезирования, на наш взгляд соответствует эксклюзивным федеральным центрам. Направление инвалидов в такой центр должно осуществляться на основе отбора пациентов в субъектах Российской Федерации с учетом потребности в высокотехнологичных реабилитационных мероприятиях. Образцом такого центра является федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. Исходя из потребности, определяется количество таких центров: от одного в городе Москва до восьми (в каждом федеральном округе).

На уровне субъекта Российской Федерации многопрофильные центры комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) могут быть созданы на базе организаций социального обслуживания, здравоохранения, образования. И соответствуют расширенному, оптимальному, базовому уровням.

Сравнительный анализ структурно-функциональной модели многопрофильного центра расширенного уровня [2] с действующей организационно-функциональной моделью государственного автономного учреждения Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов» показал, что структура действующего центра соответствует всем основным направлениям и задачам социальной реабилитации. Это социально-средовая, социально-психологическая, социально-педагогическая, социокультурная реабилитация, социально-бытовая адаптация.

Комплексность обеспечивается компонентами профессионального информирования, профессионального консультирования; адаптивной физической культурой (адаптивная физическая реабилитация, адаптивная физическая рекреация); медицинскими услугами в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность (ЛФК, физиотерапия, массаж), но не на медицинскую реабилитацию; элементами дополнительного образования (при получении лицензии на образовательную деятельность). Осуществляются реабилитационные мероприятия в соответствии с доменом МКФ «активность и участие» [4]. Кроме того, в центре осуществляется диагностика потребностей инвалида (ребенка-инвалида) и его семьи, определение реабилитационного потенциала, формирование мотивации у инвалида и его семьи на проведение реабилитационных мероприятий; мониторинг и корректировка реабилитационного маршрута, оценка результативности реабилитационных мероприятий (в том числе в режиме телеконсультаций), формирование рекомендаций по реабилитации в организациях социального обслуживания по месту жительства (многопрофильных центрах комплексной реабилитации и абилитации базового уровня), а также для реабилитации в домашних условиях,

Важной составляющей работы такого центра является информационно-аналитическая и организационно-методическая деятельность.

Центр, на наш взгляд, на уровне субъекта Российской Федерации должен выполнять интеграционную функцию в модели межведомственного взаимодействия с использованием единой межведомственной информационной системы. С учетом реализуемых направлений реабилитации центр оснащается современным, в том числе, высокотехнологичным реабилитационным оборудованием и обеспечивается квалифицированными кадрами.

Исходя из потребности субъекта Российской Федерации, определяется необходимость и целесообразность создания многопрофильных центров комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) оптимального уровня, которые выполняют роль межмуниципальных центров и по большинству позиций повторяют функционал центра расширенного уровня. Основные направления деятельности: социальная реабилитация, профессиональное информирование, адаптивная физическая культура (адаптивная физическая реабилитация, адаптивная физическая рекреация), медицинские услуги.

Многопрофильный центр базового уровня целесообразно располагать на территории проживания инвалида (ребенка-инвалида) и его семьи, чтобы обеспечить условия для выполнения индивидуального плана реабилитации и координацию действий государственных и муниципальных организаций различной ведомственной подчиненности в рамках реабилитационного маршрута. Центр базового уровня предоставляет мероприятия социальной реабилитации, консультирование по вопросам адаптации жилого помещения для инвалидов, адаптивную физическую рекреацию, профессиональное информирование, медицинские услуги (при наличии лицензии на медицинскую деятельность).

Кроме того, осуществляется социальное обслуживание на дому в соответствии с 442-ФЗ, а также выезды бригады специалистов для проведения реабилитационных мероприятий в домашних условиях (социально-психологическая, социокультурная, социально-средовая реабилитация, социально-бытовая адаптация).

В организациях социального обслуживания, соответствующих базовому уровню реабилитационной организации работает участковая семейно-центрированная социальная служба, которая осуществляет мониторинг ситуации на закрепленной территории муниципального образования и выполняет функцию координатора (куратора случая или интеграционного консультанта), информируя гражданина о возможности получения реабилитационных мероприятий, а соответствующие структурные подразделения и организации – о потребностях граждан. В работе планируется использовать межведомственную региональную информационную систему, интегрированную с Федеральным реестром инвалидов.

Литература:

1. Конвенция о правах инвалидов, принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 года № 61/106 (по состоянию на 26 октября 2012 г.). – 2012. – 29 с.
2. Проекты методических материалов /<http://www.rosmintrud.ru/> (дата обращения: 24.08.2017).
3. Федеральный закон от 24.11.2017 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
4. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.
5. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17.12.2015 № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».
6. 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».
7. Методический центр комплексной реабилитации и абилитации /<http://fbmse.ru/metodicheskij-centr-kompleksnoj-reabilitacii-i-abilitacii/> (дата обращения: 24.08.2017).
8. Кирилук О.М. Система реабилитации инвалидов в Санкт-Петербурге: социологический анализ. – 2007. – <http://cheloveknauka.com/v/201255/> (дата обращения: 24.08.2017).
9. Сырникова Б.А. Организационно-функциональная модель регионального реабилитационного центра для инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. – № 4. – С. 13–17.
10. Первоначальный доклад Российской Федерации о выполнении Конвенции о правах инвалидов «О мерах, принятых для осуществления обязательств по Конвенции о правах инвалидов, и о прогрессе, достигнутом в соблюдении прав инвалидов в течение двух лет после ее вступления в силу для Российской Федерации». – Москва. – 2014. – 78 с.

УДК 364.048.6

Лайковская Е.Э., Любушкина Т.Л.

SWOT-АНАЛИЗ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Министерство социальной политики Свердловской области, Екатеринбург

Laykovskaya E. E., Lyubushkina T. L.

THE SWOT-ANALYSIS OF THE SYSTEM OF THE COMPLEX REHABILITATION AND HABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES, INCLUDING DISABLED CHILDREN, IN SVERDLOVSK OBLAST

The Ministry of Social Policy of Sverdlovsk Region, Yekaterinburg

Ключевые слова: комплексная реабилитация и абилитация, инвалиды.

Keywords: comprehensive rehabilitation and habilitation, persons with disabilities.

Аннотация. В статье представлен проведенный SWOT-анализ системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Свердловской области. Выделены проблемные зоны в сфере комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области, определены основные направления решения выявленных проблем и необходимые условия для формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в субъекте Российской Федерации.

Abstract. This article presents the SWOT-analysis of the system of the comprehensive rehabilitation and habilitation of persons with disabilities, including disabled children, in Sverdlovsk region. Problematic areas in the sphere of the comprehensive rehabilitation and habilitation of persons with disabilities in Sverdlovsk region were emphasized, ways of solving problems were identified, as well as conditions required for forming the system of the comprehensive rehabilitation and habilitation of persons with disabilities in a subject of the Russian Federation.

В Свердловской области численность граждан, имеющих инвалидность, составляет более 300 тыс. человек (7% от численности населения), из них более 18 тыс. человек с категорией «ребенок-инвалид» (2% от численности детского населения).

В соответствии с Конвенцией о правах инвалидов необходимо укреплять и расширять комплексные реабилитационные и абилитационные услуги в целях достижения инвалидами максимальной независимости [1].

Комплексная реабилитация и абилитация инвалидов, в том числе детей-инвалидов, должна охватывать медицинский, социальный аспект, вопросы образования и трудоустройства и учитывать индивидуальные потребности человека. Реабилитационные и абилитационные мероприятия должны начинаться как можно раньше, быть доступными для инвалидов и находиться как можно ближе к местам их непосредственного проживания.

В то же время в целях профилактики инвалидности необходимо формировать систему комплексной реабилитации и абилитации с учетом мероприятий для людей, еще не признанных инвалидами, но имеющих ограничения жизнедеятельности вследствие заболевания, травмы, возраста, включая систему ранней помощи семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья, а также систему раннего

вмешательства для детей, перенесших тяжелые состояния перинатального периода либо тяжелые травмы.

Минтрудом России в рамках государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2027 годы с 01 января 2016 года начата реализация новой подпрограммы «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов», целью которой является формирование условий для создания новых подходов к реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов не только на уровне субъектов Российской Федерации, но и на уровне всей страны [2]. В 2017 году стартовал пилотный проект по отработке подходов к формированию в России комплексной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (далее – пилотный проект).

При подготовке к участию в конкурсе на реализацию в 2017–2018 годах пилотного проекта нами был проведен SWOT-анализ существующей региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

SWOT-анализ является методом стратегического планирования, заключающимся в выявлении факторов внутренней и внешней среды, организации и разделении их на четыре категории: <https://ru.wikipedia.org/wiki/SWOT-%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B7> - cite_note-maisak_swot-1 strengths (сильные стороны), weaknesses (слабые стороны), opportunities (возможности), threats (угрозы). Сильные (S) и слабые (W) стороны являются факторами **внутренней среды** объекта анализа, (то есть тем, на что сам объект способен повлиять); возможности (O) и угрозы (T) являются факторами **внешней среды** (то есть тем, что может повлиять на объект извне и при этом не контролируется объектом) [3].

Проведенный SWOT-анализ существующей системы реабилитации и абилитации в Свердловской области показал:

1) наличие **сильных сторон**:

сформированные ведомственные системы реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов), сконцентрированные на базе отдельных организаций социального обслуживания, здравоохранения, образования, занятости, культуры, физической культуры и спорта;

развитая сеть государственных и муниципальных организаций различной ведомственной принадлежности, осуществляющих реабилитационные и абилитационные мероприятия;

реализация всех направлений комплексной реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида);

широкий спектр предоставляемых услуг;

наличие материально-технической базы и кадрового потенциала для предоставления реабилитационных и абилитационных мероприятий в ведущих реабилитационных центрах региона;

наличие ведомственных информационных систем;

2) существующие **слабые стороны** в сфере реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов:

отсутствие единой системы выявления и межведомственного обмена данными о потребностях инвалидов в реабилитационных мероприятиях;

отсутствие единой системы оценки результативности и эффективности реабилитационных мероприятий;

несформированность комплексного и системного подхода при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида;

отсутствие интеграционного компонента при организации межведомственного взаимодействия;

несформированность системы подготовки и повышения квалификации специалистов, реализующих реабилитационные и абилитационные мероприятия для инвалидов, в том числе детей-инвалидов;

необходимость укрепления материально-технической базы организаций, осуществляющих реабилитационные мероприятия, для внедрения современных технологий реабилитации с учетом потребностей инвалидов (детей-инвалидов);

отсутствие единой межведомственной информационной системы, необходимость интеграции информационных систем и отсутствие информационных сервисов для мониторинга на уровне субъекта Российской Федерации;

3) **угрозы**:

противоречивость и несогласованность отдельных положений федеральной и региональной нормативно-правовой базы;

несформированность межведомственного взаимодействия в сфере комплексной реабилитации и абилитации инвалидов;

низкая мотивация и ответственность инвалидов, семей детей-инвалидов к исполнению рекомендаций индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида и вовлечению в реабилитационный процесс;

недостаточный уровень информационной открытости организаций, осуществляющих реабилитационные мероприятия;

отсутствие единой справочно-информационной системы для формирования реабилитационного маршрута;

4) преимущества:

наличие базы федеральных и региональных нормативных правовых актов;

реализованное электронное взаимодействие исполнительных органов государственной власти Свердловской области – исполнителей индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида с федеральным учреждением медико-социальной экспертизы, подключение органов исполнительной власти к системе электронного межведомственного взаимодействия СМЭВ версии 3,0;

высокий уровень взаимодействия с социально ориентированными некоммерческими организациями;

опыт успешной реализации программ и проектов социальной направленности, международных и федеральных пилотных проектов.

На основе результатов проведенного SWOT-анализа были разработаны предложения по решению выявленных проблем:

совершенствование нормативно-правовой базы, определяющей требования к развитию системы взаимодействия органов государственной власти и социально ориентированных некоммерческих организаций в сфере реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в рамках участия в пилотном проекте Минтруда России в 2017–2018 годах;

формирование механизма эффективного межведомственного взаимодействия при проведении реабилитационных, абилитационных мероприятий и услуг, рациональное и избирательное соединение необходимых видов реабилитационных, абилитационных мероприятий и услуг на протяжении жизненного маршрута инвалида (ребенка-инвалида);

разработка алгоритма выявления потребностей инвалида (ребенка-инвалида) и межведомственный обмен данными;

разработка единой системы оценки результативности и эффективности реабилитационных мероприятий; формирование системы ранней помощи;

отработка и внедрение сопровождаемого проживания и трудоустройства;

развитие информационного сопровождения процессов реабилитации и абилитации, ранней помощи путем разработки и внедрения интегрирующей информационной системы, а также внедрение инструмента моделирования реабилитационного маршрута и курации случая;

формирование системы подготовки и повышения квалификации специалистов, реализующих реабилитационные и абилитационные мероприятия для инвалидов, в том числе детей-инвалидов;

активное включение в реабилитационный процесс не только инвалида, но и членов его семьи, разработка инструментов мотивации, включая мотивационное анкетирование;

укрепление материально-технической базы организаций, осуществляющих реабилитационные мероприятия, для внедрения современных технологий реабилитации с учетом потребностей инвалидов (детей-инвалидов);

создание и развитие информационных систем и обеспечение их взаимной интеграции.

Для реализации перечисленных задач и достижения цели формирования доступной, действенной и результативной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов необходимыми условиями являются – наличие системного подхода, комплексности и непрерывности реабилитационных мероприятий, последовательности и преемственности в проведении комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, с использованием современных реабилитационных технологий, а также эффективное межведомственное взаимодействие органов государственной власти, организаций на региональном и муниципальном уровне.

Список литературы:

1. Конвенция о правах инвалидов, принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 года № 61/106 (по состоянию на 26 октября 2012 г.). – 2012. – 29 с.
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2015 № 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы».
3. Майсак О. С. SWOT-анализ: объект, факторы, стратегии. Проблема поиска связей между факторами // Прикаспийский журнал: управление и высокие технологии. — 2013. — № 1 (21). — С. 151–157.
4. Котлер Ф., Бергер Р., Бикхофф Н. Стратегический менеджмент по Котлеру. Лучшие приемы и методы = The Quintessence of Strategic Management: What You Really Need to Know to Survive in Business. — М.: Альпина Паблишер, 2012. — 144 с. — ISBN 978-5-9614-2213-9.

УДК 364.65:316.43

Герболинский В.А.

ПРОЕКТ ПО ФОРМИРОВАНИЮ КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ.

СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Московского района», Санкт-Петербург

Herbolinsky V.A.

PROJECT ON THE FORMATION OF AN INTEGRATED REHABILITATION SYSTEM FOR DISABLED AND DISABLED CHILDREN.

SPb GBUSON "Center for rehabilitation of disabled and disabled children of the Moscow district", St. Petersburg

*Ключевые слова: комплексная реабилитация, проект, инвалид, социально-реабилитационный процесс.**Keywords: comprehensive rehabilitation, project, person with disability, social-rehabilitation process.**Аннотация. В данной работе говорится, что решение проблем реабилитации инвалидов и детей-инвалидов становится одним из приоритетных направлений социальной политики, и может быть успешно реализовано через создание системы комплексной реабилитации.**Abstract. The paper outlines that focusing to rehabilitation of disabled people and disabled children is becoming one of the priority areas of social policy, and can be successfully implemented through the creation of a comprehensive rehabilitation system.*

В связи с высокой инвалидизацией населения необходимо развивать качественную инфраструктуру, позволяющую оказывать весь спектр социально-реабилитационных услуг в сфере социального обслуживания населения. По данным автоматизированной информационной системы «Электронный социальный регистр населения Санкт-Петербурга» (далее – АИС ЭСРН), предоставленным Санкт-Петербургским государственным казенным учреждением «Городской информационно-расчетный центр», в Санкт-Петербурге по состоянию на 01.10.2016:

Общее количество инвалидов в Санкт-Петербурге – 644 761 чел. (на 31.12.2015 - 662 775 чел.), в том числе: по возрастному составу:

- граждан пенсионного возраста – 533 689 чел. (82,8% от общего количества инвалидов);
- граждан трудоспособного возраста – 95 987 чел. (14,9% от общего количества инвалидов);
- детей-инвалидов – 15 085 чел. (2,3% от общего количества инвалидов);

по проблемам здоровья:

На 2017 год в Московском районе Санкт-Петербурга, по данным Отдела социальной защиты населения Администрации Московского района, проживает 41270 инвалидов (инвалиды 1 группы – 2250, инвалиды 2 группы – 28945, инвалиды 3 группы – 9193), в том числе: 5123 инвалидов трудоспособного возраста и 882 ребенка-инвалида и детей с ограниченными возможностями здоровья.

В рамках реализации Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, Концепции социально-экономического развития Санкт-Петербурга до 2025 года, Плана мероприятий («дорожная карта») «Повышение эффективности и качества услуг в сфере социального обслуживания населения (2013-2018 годы)» в 2015 году в Московском районе Санкт-Петербурга был открыт Центр социальной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и детей-инвалидов (далее – Центр) – это учреждение где предоставляется комплекс реабилитационных мероприятий, направленных на укрепление физического и психического состояния здоровья инвалида.

Таким образом, в ходе проблемного анализа деятельности, SWOT – анализа потенциала развития и изучения возможностей реализации основных направлений развития Центра, были выявлены основные актуальные проблемы и определены способы их решения. Разработана Программа развития Центра на 2016-2019 годы.

Реализация программы основана на:

проектно-целевом подходе, который предполагает единую систему планирования и своевременное внесение корректив в планы.

В рамках Программы с 2016 года в Центре реализуются три проекта:

Проект «Тритон». Влияние комплексного подхода трех видов реабилитации (адаптивная физическая культура, массаж, психологическая помощь), в частности одновременного воздействия посредством массажа и физкультуры, при работе с лицами, имеющими значительные нарушения опорно-двигательного аппарата.

Проект «Добрый Карабас». Целью которого является создание среды для преодоления социальной изолированности детей-инвалидов. Интеграция инвалидов трудоспособного возраста в сотворчество.

Проект «Один дома». Задачей которого, является повышение уровня социализации инвалидов и их интеграция в социум с помощью создания условий для преодоления социальной изолированности у людей с ограниченными возможностями путем развития способностей реабилитантов к самостоятельной и семейно-бытовой деятельности.

УДК 364.048.6

Лайковская Е. Э.

ЦИФРОВИЗИЦИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ: РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ*Министерство социальной политики Свердловской области, Екатеринбург*

Laykovskaya E. E.

DIGITALIZATION IN REHABILITATION: REALITY AND PROSPECTS*Ministry of Social Policy of Sverdlovsk Region, Yekaterinburg**Ключевые слова: цифровизация, реабилитация, интегрированная система.**Keywords: digitalization, rehabilitation, integrated system.**Аннотация: в докладе приводятся подходы к цифровизации в сфере социальной политики, т.е. применению современных информационных технологий в целях повышения результативности, эффективности и оперативности комплексной реабилитации и социализации.**Abstract: The report presents approaches to digitalization in the sphere of social policy, i.e. application of modern digital technologies in order to increase the effectiveness and efficiency of comprehensive rehabilitation and socialization.*

В современном мире мы все чаще сталкиваемся с понятием «цифровизация». Цифровизация экономики, цифровизация налоговой системы и наконец, цифровизация предоставления социальных услуг, реабилитационных мероприятий.

Цифровой мир не спрашивает готов ли ты к изменениям – мир меняется глобально. Продукты цифровизации во всех сферах становятся катализаторами позитивных изменений. Президент России поставил задачу формирования цифровой экономики.

Существует множество попыток дать определение этому понятию. Обобщая их можно сказать, что это глобальный комплекс экономических и социальных мероприятий, реализуемых через такие платформы, как интернет, а также мобильные и сенсорные сети.

В основу понятия цифровизации в сфере социальной политики закладывается применение современных информационных технологий в целях повышения результативности, эффективности и оперативности комплексной реабилитации и социализации.

С одной стороны, информационные технологии широко используются при разработке высокотехнологичного реабилитационного оборудования, технических средств реабилитации и реабилитационных технологий.

Термин «цифровизация» предполагает трансформации, которые несут нечто большее, чем просто замена аналогового или физического ресурса на цифровой или информационный. К примеру, книги не просто превращаются в электронные книги, а тренажеры – в аппараты «биологической обратной связи», они представляют целый набор интерактивных и мультимедийных реабилитационных сервисов.

С другой стороны, самым важным и сложным в построении системы комплексной реабилитации и абилитации является необходимость в горизонтальной и вертикальной интеграциях при организации межведомственного взаимодействия. Цифровизация поможет создать онлайн-диалоги между сторонами, которые раньше напрямую не общались.

Не менее важным является создание справочно-информационных сервисов, доступных как для инвалида, так и для сотрудников реабилитационных организаций, осуществляющих маршрутизацию гражданина и его семьи. Следующим шагом могло бы стать моделирование реабилитационного маршрута.

Одной из форм межведомственного сетевого взаимодействия при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида является телеконсультирование, в ходе которого специалисты реабилитационного центра в системе социального обслуживания осуществляют теледиагностику, знакомятся с потенциальным клиентом, находящимся на этапе интенсивного лечения в медицинской организации. Данная технология позволяет осуществлять непрерывность, преемственность и комплексность реабилитационного процесса [1].

Для формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, обеспечения анализа и мониторинга исполнения индивидуальной программы реабилитации и абилитации, повышения эффективности межведомственного взаимодействия в Свердловской области формируется и развивается единая интегрированная система информационного взаимодействия системы реабилитации Свердловской области на базе автоматизированной системы «Адресная социальная помощь» (АСП «ИПРА»), обеспечивающая сбор и поддержание в актуальном состоянии информации об инвалидах, реабилитационных мероприятиях, реабилитационных организациях, а также возможность проведения анализа и мониторинга исполнения индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида). Данная система формируется 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, и сопровождение [2].

АСП «ИПРА» содержит:

единую информационную базу данных об инвалидах и ресурсах для оказания реабилитационных мероприятий инвалидам в Свердловской области;

региональный реестр реабилитационных мероприятий и организаций, предоставляющих реабилитационные (абилитационные) мероприятия и иные услуги инвалидам (детям-инвалидам) в сфере социального обслуживания, здравоохранения, физической культуры и спорта, образования в Свердловской области.

Создание данной системы открывает новые возможности для решения следующих задач на уровне региона:

создание базы данных для выработки государственной политики в отношении инвалидов, разработки документов для целей стратегического планирования на уровне Свердловской области и уровне муниципальных образований;

создание единой информационной базы данных об инвалидах и ресурсах с целью оказания реабилитационных мероприятий, услуг ранней помощи и сопровождения в Свердловской области;

информационное взаимодействие с федеральным реестром инвалидов;

поддержание информационного обмена между всеми участниками реабилитационного процесса;

обеспечения доступа инвалида (законного представителя ребенка-инвалида) к сведениям о ходе реализации его индивидуальной программы реабилитации или абилитации, возможность своевременно корректировать реабилитационный маршрут в изменившихся условиях жизнедеятельности инвалида (ребенка-инвалида);

обеспечение доступа инвалида к сведениям об исполнителях, ответственных за предоставление мер социальной защиты (поддержки), сроках и условиях их предоставления, в том числе в рамках реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида), а также программы ранней помощи;

осуществление контроля за ходом, объемом и качеством предоставляемых услуг инвалидам (детям-инвалидам) и информирования инвалида (законного представителя ребенка-инвалида) о его правах на меры социальной поддержки;

интеграция с федеральным реестром инвалидов (ФРИ) и единой государственной информационной системой социального обеспечения (ЕГИССО) Пенсионного фонда Российской Федерации.

В ходе формирования данной системы при реализации пилотного проекта был выявлен ряд проблемных вопросов, требующих решения в том числе и на федеральном уровне:

необходимость формирования единых федеральных справочников, понятийного аппарата;

необходимость разработки эталонного источника персонифицированной учетной записи инвалида;

недостаточность нормативного правового регулирования информационного межведомственного взаимодействия в сфере реабилитации и абилитации инвалидов;

необходимость синхронизации на федеральном уровне ведомственных нормативных правовых актов и требований к ведомственным информационным системам;

сложность своевременной актуализации информации.

Поэтапно решая вопросы цифровизации процесса реабилитации, мы сможем сделать систему реабилитации более гибкой, приспособленной к реалиям современного дня, доступной для инвалида и его семьи, а реабилитационные организации – конкурентоспособными на рынке социальных услуг в нарождающемся «цифровом мире».

Современные технологические решения и тенденции, такие как мобильные приложения, облачные технологии и анализ данных, дают новые возможности для внутренних и внешних пользователей (клиентов и сотрудников) системы реабилитации, и становятся ориентирами дальнейшего развития АСП «ИПРА».

Литература:

1. Инвалидность и социальное положение инвалидов в России /под редакцией Т.М. Малевой.–М.: Издательский дом «Дело» РАН-ХиГС, 2017.–256с.
2. Проекты методических материалов /<http://www.rosmintrud.ru/> (дата обращения: 24.08.2017).
3. Шошмин А. В., Мартынова Н. В., Бесстрашнова Я. К., Зима Т. В. Основы управления реабилитационными ресурсами. СПб: Из-во ФГУ «СПб НЦЭПР им. Г. А. Альбрехта», 2009. - 96 с.

УДК 616.12-008.331.1+616-053.9

Родионова А.Ю., Сергеева В.В.

ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ОСНОВЕ ПОЛОЖЕНИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург*

Rodionova A.Y., Sergeeva V.V.

ASSESSMENT OF REHABILITATION OF ELDERLY PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND METABOLIC SYNDROME ON THE BASIS OF THE PROVISIONS OF INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH*The 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***Ключевые слова:** артериальная гипертензия, метаболический синдром, реабилитация, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).**Keywords:** arterial hypertension, metabolic syndrome, rehabilitation, International Classification on Functioning, Disability and Health (ICF).**Аннотация.** Изучена эффективность реабилитации у лиц пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом с применением положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). После проведения реабилитации выявлена динамика некоторых доменов МКФ. Показана возможность не только качественной оценки нарушенных функций, но и количественной, выраженной в процентах. На примере больных с сердечно-сосудистой патологией обозначена широта оценки нарушенных функций и возможность ее использования в динамике для оценки эффективности проводимой реабилитации.**Abstract.** The effectiveness of rehabilitation in elderly and senile patients with arterial hypertension and metabolic syndrome was studied using the provisions of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). After carrying out rehabilitation measures, the dynamics of some ICF domains was revealed. The opportunity of not only qualitative, but also quantitative (percentage) evaluation of disturbed functions was proved. For example, the wide range of damaged functions had been described for the patients with a cardiovascular pathology, thus giving the opportunity to use it in dynamics to assess the rehabilitation effectiveness.**Введение.** Частота МС увеличивается постепенно по мере старения организма, резко возрастая у лиц старше 50 лет [1,2]. Совместная информация, относящаяся к диагнозу и функционированию, дает более широкую и значимую картину здоровья людей или популяции, которая может быть использована при принятии решений [3,4].**Цель исследования** – оценка реабилитации у лиц пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС) с учетом положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).**Материалы и методы.** В исследование включены 90 пациентов пожилого и старческого возраста – жителей блокадного Ленинграда с АГ и МС. Средний возраст – 74,8±3,6 года. Для оценки нарушений функций сердечно-сосудистой системы (ССС) у больных были изучены домены МКФ: b4200 – повышение артериального давления; b4150 – функции артерий; b4101 – ритм сердечных сокращений; b4102 – сократительная сила миокарда; b4550 – общая физическая выносливость – функции, связанные с общим уровнем толерантности или переносимости физической нагрузки; b460 – ощущения, связанные с функционированием ССС: ощущения перебоев в работе сердца, сердцебиения, затруднения дыхания, тяжести в груди, диспноэ, нехватки воздуха, удушья, комка в горле, спазма и хрипов. Выраженность нарушений по каждому домену кодировалась с использованием количественной оценки от 0-4% до 96-100%. Оценка нарушений функций проводилась при первичном и повторном (после проведения медицинской реабилитации в течение года) осмотре пациентов.**Результаты.** При оценке нарушенных функций ССС у больных в процентном соотношении значения колебались от 0 до 96% как при первичном, так и при повторном осмотре. При повторном осмотре отмечена положительная динамика по доменам b4200 – повышение артериального давления (100 против 85,7%), b4150 – функции артерий (71,4 против 57,7%) и b4101 – ритм сердечных сокращений (71,4 против 62,9%). Отсутствовала динамика по доменам b4102 – сократительная сила миокарда, b4550 – общая физическая выносливость, b460 – ощущения, связанные с функционированием ССС. Отсутствие значительной динамики доменов, по-видимому, обусловлено мультиморбидностью патологии и низким реабилитационным потенциалом пациентов пожилого и старческого возраста [5].

Заключение. МКФ является приемлемым и оптимальным инструментом для оценки нарушенных функций у больных, эффективности программы реабилитации и ее своевременной коррекции при необходимости. Учитывая широту охвата доменов функций, данная классификация применима для больных с поражением различных органов и систем, а также для оценки степени их выраженности.

Список литературы

- Зимин Ю.В. Происхождение, диагностическая концепция и клиническое значение синдрома инсулинорезистентности или метаболического синдрома X // Кардиология. – 1998. – №6. – С. 71-81.
- Ceska R. The clinical significance of metabolic syndrome // Diabetes & Vascular Disease Research. 2008. P.5 8.
- Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.
- Нургазизова А.К., Сергеева В.В., Родионова А.Ю. Применение международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Практическая медицина. — 2014. — № 6(82). — С. 32-40.
- Хорошина Л.П. Голодание в детстве как причина болезней в старости (на примере малолетних жителей блокированного Ленинграда). – СПб, 2002. 184 с.

УДК 614.23 + 378.048.2

Жданов Ю.И., Сокуров А.В.

ОБУЧЕНИЕ В ОРДИНАТУРЕ ВРАЧЕЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ УСЛУГИ

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

Zhdanov Yu.I., Sokurov A.V.

CLINICAL POSTGRADUATE TRAINING (RESIDENCY) PHYSICIANS WHO PROVIDE REHABILITATION SERVICES

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: ординатура, обучение, реабилитационные услуги, медицинская реабилитация, инвалиды, нормативные и правовые акты.

Keywords: residency, training, rehabilitation services, medical rehabilitation, persons with disabilities, regulation

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы организационного и правового регулирования приёма граждан на обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры. Показаны принципиальные различия с Порядком приёма на обучение в ординатуру, существовавшим ранее.

Abstract. The article deals with issues of organizational and legal regulation of admission of citizens to study on higher education – residency programs. Principal differences are shown up from the order of admission to residency training, which existed earlier.

Введение / Цель. Подготовка врачей, оказывающих реабилитационные услуги, по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры является актуальной задачей. Анализ методических, методологических, технических, нормативных документов, разработанных во исполнение Постановления Правительства Российской Федерации от 01.12.2015 № 1297 [1], показал, что для реализации подпрограммы 2 «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов», которая является частью государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы, требуются медицинские специалисты, прошедшие обучение по программам ординатуры.

Приказ Минздрава России от 11.05.2017 N 212н «Об утверждении Порядка приёма на обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» [2] изменил порядок приёма на обучение в ординатуру.

Целью нашего исследования является изучение и анализ Порядка приёма на обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, утверждённого Приказом Минздрава России от 11.05.2017 N 212н, для организации эффективной работы приёмной комиссии при проведении приёмной кампании, а также информирование широкого круга лиц по вопросам поступления в ординатуру.

Материалы и методы. В ходе исследования изучены и проанализированы нормативно-правовые акты федерального и регионального уровней, а также материалы Минтруда России, посвящённые созданию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

Методологическую основу работы составил ряд подходов и приёмов изучения различных видов общественных отношений: организационно-правовой, организационно-методической, комплексный, системный. Применён комплекс общенаучных методов: аналитический, сравнительный, а также специальные методы: формально-юридический, сравнительно-правовой, историко-правовой; способы толкования права (логический, системный, исторический, функциональный).

Результаты. В 2017 году организации, предоставляющие услуги по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, осуществили приём граждан на обучение в соответствии с новым Порядком, утверждённым Приказом Минздрава России от 11.05.2017 N 212н.

Данный приказ был зарегистрирован в Минюсте России 07.06.2017 за N 46976, начало действия документа – 19.06.2017. Образовательные учреждения должны были незамедлительно организовать все необходимые мероприятия, так как информирование о приёме на обучение в ходе первой приёмной кампании по новому Порядку должно было осуществиться не позднее 30.06.2017.

Положения нового Порядка имеют ряд существенных отличий от принятого ранее [3]. Рассмотрим их более детально.

В частности, организация осуществляет приём по следующим условиям поступления на обучение с проведением отдельного конкурса по каждой совокупности этих условий:

раздельно по программам ординатуры в зависимости от специальности;

раздельно в рамках контрольных цифр и по договорам об оказании платных образовательных услуг;

раздельно на места в пределах целевой квоты и на места в рамках контрольных цифр за вычетом целевой квоты.

В новом Порядке также ограничено число обучающихся по специальностям в рамках договоров об оказании платных образовательных услуг. Оно устанавливается учредителем организации с учётом требований к условиям реализации программ ординатуры, предусмотренных федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования, и потребности в медицинских и фармацевтических работниках, определяемой на основании предложений медицинских и фармацевтических организаций о заключении договоров об оказании платных образовательных услуг.

Имеются некоторые особенности формирования состава приёмной комиссии, экзаменационной и апелляционной комиссий. В соответствии с новым Порядком в состав всех комиссий могут быть включены представители органов государственной власти Российской Федерации, медицинских организаций, профессиональных некоммерческих организаций, научно-педагогические работники других организаций.

По новому Положению приём от поступающих документов, необходимых для поступления, начинается не ранее 1 июля соответствующего года включительно и продолжается не менее 20 рабочих дней. Организация по согласованию с учредителем вправе продлить сроки приёма от поступающих документов, необходимых для поступления, не более чем на 10 рабочих дней, а также установить иные сроки приёма документов для лиц, завершивших обучение по программам специалитета или программам магистратуры по очно-заочной форме обучения. Ранее аналогичные сроки были определены следующим образом: начало приёма документов осуществлялось не позднее 1 июля и завершается не позднее 20 июля соответствующего года включительно.

В настоящее время предусмотрена возможность предоставления документов не только лично поступающим, но и доверенным лицом, через операторов почтовой связи общего пользования либо в электронной форме.

В заявлении о приёме на обучение гражданин указывает практически такие же сведения, какие требовались раньше, но с некоторыми особенностями. Например, сейчас место рождения указывать не требуется, в обязательном порядке предоставляются сведения о гражданстве (отсутствии гражданства), когда и кем выдан документ, удостоверяющий личность поступающего и т.д. В то же время обязательным стало как предоставление сведений о прохождении процедуры аккредитации специалиста [4], так и о сертификате специалиста (при наличии) [5]. Кроме того в заявлении о приёме фиксируются факты ознакомления поступающего (в том числе через информационные системы общего пользования) с документами, дающими право организации осуществлять образовательную деятельность, сроками и правилами приёма, требованиями к предоставлению достоверных сведений и подлинных документов. Поступающий указывает факт отсутствия у него диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры (если он подает заявление о приёме на обучение по той же специальности, которая указана в дипломе об окончании интернатуры, или получение специальности, указанной поступающим в заявлении о приёме, возможно путём обучения по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки [6]). В своём заявлении поступающий должен дать согласие на обработку его персональных данных.

Заявление о приёме и факты, указываемые в нём в соответствии с пунктом 20 Порядка, заверяются подписью поступающего (доверенного лица).

При подаче заявления поступающие могут предъявлять оригиналы или копии документов, подаваемых для поступления. Заверение копий указанных документов не требуется.

Перечень документов дополнен свидетельством об аккредитации специалиста или выписку из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста (для лиц, завершивших освоение программ высшего медицинского и (или) высшего фармацевтического образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования).

С определёнными трудностями столкнулись поступающие, не подлежащие аккредитации специалиста в 2017 году [7].

Вступительное испытание в соответствии с новым Положением проводится в форме решения в течение 60 минут 60 тестовых заданий из Единой базы оценочных средств, формируемой Минздравом России.

В качестве результатов тестирования учитываются результаты тестирования, проводимого в рамках процедуры аккредитации специалиста, предусмотренной Положением об аккредитации специалистов [8]. Учёт результатов тестирования производится исходя из соотношения, когда один балл равен одному проценту правильных ответов.

Поступающие, не подлежащие аккредитации специалиста в 2017 году [7], проходят тестирование, проводимое в рамках процедуры первичной аккредитации специалиста, без прохождения последующих этапов указанной аккредитации. Директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России своим письмом от 10.07.2017 N 16-0-15/114 информирует, что для лиц, проходящих тестирование вне рамок первичной аккредитации специалистов, в целях соблюдения равенства прав граждан целесообразно предусмотреть возможность прохождения тестирования до трёх раз в случае результата попытки тестирования «не сдано».

Минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение тестирования, составляет 70 баллов.

Несколько изменилась и процедура подачи и рассмотрения апелляций. Теперь апелляция подается в день объявления результатов тестирования или в течение следующего рабочего дня. А рассмотрение апелляций проводится не позднее следующего рабочего дня после дня подачи апелляции.

В течение 10 рабочих дней с даты завершения тестирования организация формирует отдельный список поступающих по каждому конкурсу. В список поступающих не включаются лица, набравшие такое количество баллов по результатам тестирования, которое меньше определённого порога.

Список поступающих ранжируется по убыванию суммы конкурсных баллов, а при равенстве суммы конкурсных баллов – по убыванию суммы конкурсных баллов, начисленных по результатам тестирования.

Сумма конкурсных баллов исчисляется как сумма баллов за тестирование и индивидуальные достижения.

В списках поступающих указываются следующие сведения по каждому поступающему: сумма конкурсных баллов, количество баллов за тестирование, количество баллов за индивидуальные достижения, наличие оригинала документа установленного образца (заявления о согласии на зачисление), представленного в соответствии с пунктом 51 Порядка.

Списки поступающих размещаются на официальном сайте и на информационном стенде и обновляются ежедневно (не позднее начала рабочего дня) до издания соответствующих приказов о зачислении.

Организация устанавливает день завершения приёма документов, не позднее которого поступающие представляют оригинал документа установленного образца (для зачисления на места в рамках контрольных цифр) или заявление о согласии на зачисление с приложением заверенной копии указанного документа (для зачисления на места по договорам об оказании платных образовательных услуг).

В день завершения приёма указанных документов они подаются в организацию не позднее 18 часов по местному времени.

Зачислению подлежат поступающие, представившие оригинал документа установленного образца (заявление о согласии на зачисление) в соответствии с пунктом 51 Порядка. Зачисление проводится в соответствии с ранжированным списком до заполнения установленного количества мест.

Незаполненные (освободившиеся до завершения зачисления) места в пределах целевой квоты добавляются к основным местам в рамках контрольных цифр по тем же условиям поступления.

Зачисление на места по договорам об оказании платных образовательных услуг проводится после зачисления на места в рамках контрольных цифр либо вне зависимости от сроков зачисления на места в рамках контрольных цифр.

Зачисление на обучение завершается до дня начала учебного года. Организация возвращает документы лицам, не зачисленным на обучение.

Приказы о зачислении на обучение размещаются в день их издания на официальном сайте и на информационном стенде и должны быть доступны пользователям официального сайта в течение 6 месяцев со дня их издания.

Заключение. Организации, предоставляющие услуги по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, начиная с 2017 года, будут осуществлять приём граждан на обучение в соответствии с новым Порядком, утверждённым Приказом Минздрава России от 11.05.2017 N 212н. Это потребовало от образовательных организаций проведения в кратчайшие сроки комплекса подготовительных мероприятий с разработкой пакета документов, регламентирующих работу приёмных комиссий, а от самих граждан – необходимости оперативного реагирования на введённые изменения.

Список литературы

- Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 N 1297 (ред. от 21.07.2017) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы». URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 10.08.2017).
- Приказ Минздрава России от 11.05.2017 N 212н «Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» (Зарегистрировано в Минюсте России 07.06.2017 N 46976). URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 10.08.2017).
- Приказ Минздрава России от 06.09.2013 N 633н «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по программам ординатуры» (Зарегистрировано в Минюсте России 14.05.2014 N 32255). URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 10.08.2017).
- Приказ Минздрава России от 02.06.2016 N 334н (ред. от 19.05.2017) «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» (Зарегистрировано в Минюсте России 16.06.2016 N 42550) URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 10.08.2017).
- Приказ Минздрава России от 29.11.2012 N 982н (ред. от 10.02.2016) «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста» (Зарегистрировано в Минюсте России 29.03.2013 N 27918). URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 10.08.2017).
- Приказ Минздрава России от 08.10.2015 N 707н (ред. от 15.06.2017) «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2015 N 39438). URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 10.08.2017).
- Приказ Минздрава России от 25.02.2016 N 127н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов» (Зарегистрировано в Минюсте России 14.03.2016 N 41401). URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 10.08.2017).
- Приказ Минздрава России от 02.06.2016 N 334н (ред. от 19.05.2017) «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» (Зарегистрировано в Минюсте России 16.06.2016 N 42550). URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 10.08.2017).

УДК 616.341-349, 615.8

Кантемирова Р.К.^{1,2,3}, Орешко Л.С.², Свиридова Е.О.¹, Фидарова З.Д.¹

МЕДИЦИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург

² ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ России, Санкт-Петербург

³ Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Kantemirova R.K.^{1,2,3}, Oreshko L.S.², Sviridova E.O.¹, Fidarova Z.D.¹

MEDICAL-SOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY DISEASES OF INTESTINES

¹ Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

² GBOU HPE SZGMU named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg

³ Saint Petersburg State University, St. Petersburg

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, болезнь Крона, внекишечные проявления, реабилитация.

Keywords: inflammatory intestines disease, ulcerative colitis, Crohn's disease, extraintestinal manifestations, rehabilitation.

Аннотация. По данным экспертно-реабилитационной документации (протоколы и акты освидетельствования за 2 года) инвалидов вследствие воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) старше 18 лет выявлено: у 20,3% больных язвенным колитом и у 50,6% пациентов с болезнью Крона возникли показания к хирургическому лечению. У большинства пациентов выявлена необходимость в восстановительной терапии, а из всех ее видов - потребность в лечебном питании (92,3%) и лекарственной терапии (57,9%), в 29% случаев проводился индивидуальный подбор технических средств реабилитации.

Abstract. Expert rehabilitation documentation (for 2 years) showed that as a result of inflammatory intestines disease persons with disabilities (over 18 years) had in 20.3% of cases of ulcerative colitis and 50.6% of cases with Crohn's disease indications for surgical treatment. The majority identified patients needed for restorative treatment, and especially in clinical nutrition (92.3%) and drug therapy (57.9%), in 29% of cases were performed individual selection of technical aids of rehabilitation.

Хронические воспалительные заболевания кишечника являются социально значимой проблемой современной гастроэнтерологии. Известно, что реабилитация больных с патологией органов пищеварения направлена на восстановление утраченных функциональных и психологических способностей больного, развитие компенсаторных механизмов путем проведения диетических, медикаментозных, физических и психотерапевтических мероприятий. Важной составляющей в реабилитационном процессе данной категории больных и инвалидов является экспертно-реабилитационная диагностика.

Целью работы явилось изучение клинического и реабилитационного прогноза больных с ВЗК и экспертно-реабилитационный анализ и показанных реабилитационных мероприятий (РМ).

Материал и метод исследования: в данной работе приводятся результаты собственных исследований, анализа экспертно-реабилитационной документации (протоколы и акты освидетельствования за 2 года) инвалидов вследствие ВЗК (старше 18 лет), освидетельствованных за период 2015-2016гг. в бюро МСЭ СПб.

Результаты: выявлено, что, несмотря на внедрение новых методов и схем консервативного лечения (КЛ) ВЗК, у 20,3% больных язвенным колитом и у 50,6% пациентов с болезнью Крона возникали показания к хи-

рургическому лечению (ХЛ). Многие виды ХЛ, применяемых при ВЗК, с точки зрения реабилитации, были разделены на две группы: ХЛ, не требующие наложения стомы и заканчивающиеся наложением постоянной стомы. ХЛ у рассматриваемой категории больных позволяли добиться успеха в 70,7% случаев. Средний возраст оперируемых больных в 25–35 лет. Основная потребность обследуемых состояла в медицинской реабилитации, в которой нуждались инвалиды всех возрастных групп (100%). У большинства выявлена необходимость в восстановительной терапии, а из всех ее видов потребность в лечебном питании (92,3%) и лекарственной терапии (57,9%), в 29% случаев проводился индивидуальный подбор технических средств реабилитации с обучением пользования ими пациентов и их родственников.

Для определения целей и задач реабилитации, формирования индивидуальной реабилитационной программы оценивали медико-социальный статус реабилитанта, включающий в себя: реабилитационную диагностику, экспертное обследование, комплексную оценку реабилитационного потенциала инвалида, предусматривающего прогнозирование уровня возможности компенсации имеющихся ограничений и функциональных нарушений. Наиболее полная медицинская и социальная реабилитация больных с ВЗК была возможна только на основании объективного прогнозирования тяжести течения и развития заболевания у конкретного больного. Представленный материал показал тяжесть и агрессивность течения ВЗК, их вклад в ухудшение качества жизни пациента, риск потери трудоспособности и инвалидизации.

Заключение. Все инновационные подходы и модели медико-социальной реабилитации у больных ВЗК должны иметь адресный характер и направлены на восстановление нарушенных функций, социальных связей и улучшение качества жизни. Междисциплинарный, многофункциональный, разноплановый характер реабилитационной деятельности при ВЗК обеспечивает интегративное взаимодействие различных специалистов (гастроэнтерологов, проктологов, хирургов, эндоскопистов, фармацевтов, психологов, юристов, социальных работников и др.), государственных учреждений и общественных организаций. Это дает возможность не только повысить эффективность и качество сложного реабилитационного процесса, но и выйти на более высокий уровень – инновационную реабилитацию.

Список литературных источников

- Великолугов К.А., Баранская Е.К., Сизова Ж.М. Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов с воспалительными заболеваниями кишечника РЖГК. -2011. -Т.21. -№5. С.70-74
- Заболотных И.И., Р.К.Кантемирова. Клинико-экспертная диагностика патологии внутренних органов: руководство для врачей // СПб.: СпецЛит, 2008. – 207 с.
2. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению язвенного колита Ивашкин В.Т., Шелыгин Ю.А., Халиф И.Л. [и др.]. - 2017; 31с.: 23–24.
3. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению Болезни Крона Ивашкин В.Т., Шелыгин Ю.А., Халиф И.Л. [и др.] - 2017; 29с.: 20–21.

Кожушко Л.А., Разумовский М.И., Шошмин А.В.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ЛИЦ С ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЕЙ С ПОМОЩЬЮ МКФ

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

Kozhushko LA, Razumovsky M.I., Shoshmin A.V.

ASSESSMENT OF THE STATE OF EFFECTIVENESS OF REHABILITATION ACTIVITIES IN PERSONS WITH OPHTHALMOPATHOLOGY

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: офтальмопатология, реабилитация, эффективность мероприятий, МКФ, базовый набор МКФ
Keywords: ophthalmic pathology, rehabilitation, efficiency, ICF, ICF Core Set

Аннотация. С момента публикации Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), проведены многочисленные исследования, которые доказали эффективность ее применения в различных областях медицины [1]. Большинство этих исследований посвящены использованию МКФ в научно-исследовательских целях. В последние годы вышло много работ по применению МКФ в практической деятельности врачей-клиницистов. В основном это работы, связанные с изучением состояния здоровья и эффективности проведения реабилитационных мероприятий у больных различного профиля [2]. Однако в офтальмологической практике данные вопросы не нашли должного освещения ни в отечественной, ни в зарубежной литературе.

Abstract. Since the publication of the International Classification of Functioning, Life and Health (ICF), numerous studies have been carried out that have proved the effectiveness of its application in various fields of medicine [1]. Most of these studies are devoted to the use of the ICF for research purposes. In recent years, many papers on applying the ICF in practice by clinicians have been published. Mainly these are works related to the study of health conditions and effectiveness of carrying out rehabilitation measures in patients with different profiles [2]. However, in ophthalmic practice, these issues have not been covered adequately either in national or in foreign literature.

Целью настоящего доклада явилось освещение возможности использования МКФ для клинико-реабилитационной диагностики у лиц с офтальмопатологией. В этом отношении большое значение имеет разработка оптимального набора признаков и алгоритма обследования для пациентов с патологией органа зрения, рекомендаций технических средств реабилитации (ТСР) и реабилитационных услуг в зависимости от категорий МКФ; оценка результатов и эффективности реабилитационных мероприятий.

Обследовано 95 инвалидов I, II группы трудоспособного возраста, страдающие высоко-осложненная миопией, глаукомой, заболеваниями сетчатки и зрительного нерва и др.

В качестве инструмента для оценки состояния здоровья и различных факторов, влияющих на состояние жизнедеятельности и качество жизни лиц с нарушением зрительной функции, применялась МКФ [1].

Количественная оценка нарушений проводилась по универсальной шкале МКФ с использованием определителей. По аналогичной шкале была определена степень воздействия факторов окружающей среды в качестве барьера или облегчающего фактора. Структуры организма оценивались еще по двум определителям, позволяющим указать характер изменений и локализацию.

Реабилитация инвалидов по зрению – комплексный многостадийный процесс. Условно его можно представить в виде реабилитационного цикла (РЦ) [2]. РЦ позволяет специалистам координировать свои действия в процессе реабилитации определенного пациента и включает четыре ключевых элемента: оценку, назначение, вмешательство и, наконец, оценку результата. МКФ использовалась на каждом из этих этапов.

Ввиду того, что МКФ содержит более 1600 различных категорий, для практического применения в клинической и реабилитационной практике обычно используют базовые наборы МКФ (БН) [3]. БН – это набор категорий МКФ, рекомендованных ВОЗ для работы при определенной нозологической форме болезни.

В данном исследовании, для формирования категориального профиля инвалида с офтальмопатологией, использовался общий БН. Определение степени выраженности нарушений проводилось по общепринятым методикам. При этом для оценки нарушений структур и функций организма применяли объективные методы обследования (визометрия, периметрия, биомикроскопия, офтальмометрия и др.), для оценки ограничений активности и участия – субъективные методы с использованием общепризнанных шкал и опросников. Это позволило стандартно, не зависимо от личности специалиста, получить категориальный профиль МКФ пациента. Обследование каждого пациента проводилось группой специалистов дважды: для оценки нарушений и определения объема реабилитационных мероприятий и для оценки результатов вмешательства. В состав группы входили офтальмолог, терапевт, невропатолог, психолог, реабилитолог и социальный работник. Каждый из специалистов определял имеющиеся у пациентов нарушения в соответствии со специализацией и оценивал степень их тяжести по единой шкале.

Результаты клинико-функционального обследования показали, что у половины обследованных (54%) имелись тяжелые нарушения (3 степени) зрительной функции, у 35% – абсолютные (4 степени). Нарушение структур органа зрения были выявлены у всех обследованных, при этом у большинства из них (72%) отмечались нарушения сетчатки, у 58% – нарушения хрусталика и стекловидного тела. Нарушение других органов и систем организма различной степени выраженности были выявлены у 69% лиц с офтальмопатологией.

Нарушение активности и участия были выявлены у всех инвалидов с офтальмопатологией. Степень выраженности этих нарушений зависела от тяжести зрительных расстройств. Абсолютные нарушения в категориях мобильности, самообслуживания и бытовой жизни были выявлены у 29% полностью слепых пациентов. У 60% инвалидов имелись тяжелые нарушения различных категорий активности и участия, у 11% – умеренные.

Выводы: Таким образом, использование МКФ при обследовании пациентов со зрительными расстройствами позволяет провести комплексную оценку состояния их здоровья и жизнедеятельности, включая как нарушение функций и структур организма, так и категорий активности и участия.

Список литературы

- Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.
- Сергеева В.В., Владимирова О.Н., Нургазизова А.К. Практическое применение международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья у больных с сердечно-сосудистой патологией. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. – №3. – С. 11-16.
 - Shoshmin A.V. Instrument to Access the Need of Disabled Persons for Rehabilitation Measures Based on the International Classification of Functioning, Disability and Health / A. Shoshmin, N. Lebedeva, Y. Besstrashnova // Lecture Notes in Computer Science. – Heidelberg: Springer Verlag GmbH, 2013. Vol. 7798. P. 223-231.

УДК 617.3

Шайдаев Э.З., Шведовченко И.В., Кольцов А.А.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ) У ДЕТЕЙ С ПРОДОЛЬНОЙ ЭКТРОМЕЛИЕЙ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

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

E. Shaidaev, I. Schwedovchenko, A. Koltsov

THE APPLICATION OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF) FOR CHILDREN WITH LONGITUDINAL ECTROMELIA OF SHIN BONES

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: продольная эктромалия нижней конечности, дети, МКФ.

Keywords: longitudinal ectromelia of the lower extremity, children, ICF

Аннотация. Проведена оценка критериев ограничения жизнедеятельности (ОЖД) у 136 детей с различными формами продольной эктромалии нижней конечности с использованием положений изложенных в МКФ. В подавляющем большинстве случаев (75,5%) у пациентов имелись тяжелые и абсолютные затруднения функции подвижности сустава, стереотипа походки и структуры пораженной конечности.

Abstract. The analysis of limitations criteria for 136 children with different reduction forms of low extremities is presented. We used the ICF. There were severe and absolute impairments of joint mobility, gait stereotype and structure of extremity in the majority of patients (75,5%).

Цель исследования. Продольная эктромалия нижней конечности является тяжёлым пороком развития опорно-двигательной системы.

Задачей исследования являлось апробация МКФ и разработка критериев оценки ОЖД у пациентов с указанной выше патологией. Классификация разработана под эгидой экспертов ВОЗ и вместе с МКБ-10 составляет семью классификаций, обслуживающих понятие «здоровье» и рекомендует использовать стандартизированные подходы при изучении последствий изменений здоровья у людей, предлагая простой и понятный для всех пользователей язык общения.

Материал и методы. За последние 12 лет в детской клинике центра им. Альбрехта России находились 136 пациентов с данной аномалией (158 конечностей).

Результаты. У всех больных использована трех уровневая классификация, где в качестве основных составляющих являлись:

b - функция организма

s - структур организма

d - активности и участия

Оценивалась выраженность: функции подвижности сустава (b710), функция стереотипа походки (b770), структура нижней конечности (S750). Для оценки нарушений функций и структур организма (НФиС) использовались общепризнанные клинические методики. Градация степени выраженности НФиС осуществлялась в соответствии с единой шкалой (знак xxx стоит вместо кода домена второго уровня):

xxx.0 НЕТ проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные,...) 0-4%

xxx.1 ЛЕГКИЕ проблемы (незначительные, слабые,...) 5-24%

xxx.2 УМЕРЕННЫЕ проблемы (средние, значимые,...) 25-49%

xxx.3 ТЯЖЕЛЫЕ проблемы (высокие, интенсивные,...) 50-95%

xxx.4 АБСОЛЮТНЫЕ проблемы (полные,...) 96-100%

Для оценки структуры и степени выраженности ограничений активности и участия (ОЖД) в качестве основного инструмента использовался опросник, составленный на основе категорий МКФ, где использованным критерием являлось мобильность – d4, в частности изменение и поддержание положения тела (d410-d429).

Заключение. МКФ представляет удобный инструмент, позволяющий проводить оценку выраженности и анализ ОЖД на разных уровнях функционирования отдельного пациента с продольной эктромалией нижней конечности. Для реализации ее возможностей необходим согласованный координированный подход при регистрации ОЖД и выявления критических сфер, что позволит сформировать и осуществить единый адресный социальный и медицинский заказ для больных с данной аномалией развития.

УДК 616; 615.8; 615.82

Гаевская О.Э.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

Gaevskaya O.E.

IMPROVEMENT OF THE INDIVIDUAL PROGRAM OF REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE WITH CONSEQUENCES OF TREATMENT OF BREAST CANCER

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: рак молочной железы, лимфедема верхней конечности, мастэктомия, реабилитация, индивидуальная программа реабилитации, постмастэктомический синдром.

Keywords: breast cancer, lymphoedema of the upper limb, mastectomy, rehabilitation, individual rehabilitation program, postmastectomy syndrome.

Аннотация. В статье рассматривается проблема медицинской реабилитации женщин после лечения рака молочной железы. Обосновывается необходимость включения в индивидуальную программу реабилитации дополнительных протезно-ортопедических изделий и технических средств реабилитации.

Abstract. The article deals with the problem of medical rehabilitation of women after treatment of breast cancer. The necessity of inclusion in the individual rehabilitation program of additional prosthetic and orthopedic products and technical means of rehabilitation is substantiated.

Введение. В России, как и всем мире, проблема реабилитации женщин, прошедших специфическое лечение по поводу рака молочной железы (РМЖ), продолжает оставаться крайне актуальной из-за ежегодного роста показателей инвалидности после лечения РМЖ и значительного числа лиц трудоспособного возраста среди данного контингента пациентов. Существующую в настоящее время индивидуальную программу реабилитации (ИПР) таких пациентов нельзя признать совершенной, на что следует обратить внимание специалистов.

Цель. Среди направлений медицинской реабилитации после РМЖ условно выделяют три основных направления: 1 - лечение и профилактику постмастэктомического отека (ПМО) и нарушений функции верхней конечности (ВК), нарушения осанки и остеохондроза позвоночника; 2 - компенсация косметического дефекта; 3 - коррекция психо-эмоциональных нарушений. При этом использование протезно-ортопедических изделий (ПОИ) и технических средств реабилитации (ТСР) позволяет значительно улучшить общие результаты реабилитации. Однако эти средства не представлены в ИПР в должном объеме, что указывает на необходимость внесения в неё дополнений, касающихся обеспечения ПОИ и ТСР.

Результаты. Комплексные клинико-биомеханические исследования подтвердили, что после радикальной мастэктомии (РМЭ) возникает дефицит массы мягких тканей на стороне операции и дисбаланс масс в опорно-двигательном аппарате, на который влияет также дисбаланс мышечных сил из-за повреждения грудных мышц, сосудисто-нервного пучка аксиллярной и подключичной областей, нарушения трофики, иннервации мышц грудной клетки, плечевого пояса и ВК, развития грубых рубцовых деформаций тканей.

Характер нарушений осанки определяется преимущественно доминирующим фактором и не всегда коррелирует с объемом оперативного вмешательства. При выраженной постмастэктомической лимфедеме, кроме асимметрии мышечных усилий, значимой является асимметрия масс ВК из-за увеличения размеров и массы отечной ВК на стороне операции. В этом случае, как правило, наблюдается опущение надплечья на стороне лимфедемы, связанное с тем, что сила тяжести превышает рессорный эффект «пружинящей подвески» ВК. В результате возникает смещение плечевого пояса и наклон грудного отдела позвоночника с соответствующим противоизгибом в шейном отделе для центрации положения головы. Биомеханические исследования показали, что значительное увеличение объема ВК при ПМО III степени является дестабилизирующим фактором и приводит к смещению общего центра давления в опорном контуре в сторону лимфедемы [1].

Ранее с целью коррекции осанки пациентам назначали полновесный экзопротез, т.е. равный по массе сохранной МЖ. Биомеханические инструментальные исследования на комплексе «ПОЗА» (ООО «ДиаСервис», г. С.-Петербург) позволили изучить влияние экзопротеза МЖ на изменение осанки и доказать, что его использование позволяет осуществить частичную коррекцию постмастэктомического нарушения осанки, обусловленного дефицитом мягких тканей после мастэктомии. Для этого достаточно протеза на 30%, а при наличии ПМО II-III степени — на 50% легче полновесного силиконового экзопротеза, особенно с большими типоразмерными номерами. Более тяжелые протезы вызывают у пациентов дискомфорт, который также может влиять на осанку.

В России пациентам после мастэктомии ежегодно выдается экзопротез МЖ и два лифа-крепления. Однако это не является достаточным, так как для возможности занятий лечебной гимнастикой (ЛГ) в воде, которая признана неотъемлемой частью реабилитации после РЛРМЖ, целесообразно обеспечивать инвалидов также специализированными протезом МЖ и креплением для ЛГ в воде. Раннее первичное экзопротезирование МЖ выполняется послеоперационным протезом МЖ из легких, гипоаллергенных материалов с последующей его заменой через 1-2 месяца в соответствии с медико-техническими требованиями.

Важной задачей является профилактика и лечение ранних послеоперационных осложнений, повышающих вероятность развития вторичных ПМО.

Для профилактики флеботромбоза необходимо назначение госпитального трикотажа (компрессия 18-21 мм рт. ст.) на верхние и нижние конечности во время операции и в течение первых 3-5 дней после неё. Компрессионный ортез в виде бюстье обеспечивает как надежное крепление перевязочного материала и экзопротеза МЖ с равномерным распределением нагрузки на грудную клетку. Благодаря этому снижается риск формирования гематомы или серозной полости, уменьшается отек тканей, облегчается уход за послеоперационной раной. Ортез может дополнительно укомплектовываться лимфодренирующими элементами.

После курса интенсивной терапии, в условиях специализированного стационара на этапе поддерживающей терапии в промежутках между курсами реабилитации назначается индивидуальный компрессионный бандаж на ВК с учетом стадии и степени вторичной лимфедемы. Назначение бандажа без предварительной интенсивной противоотечной терапии не желательно, однако, в случаях 0 и I стадии лимфедемы, допустимо.

Наиболее эффективным методом лечения постмастэктомического отека ВК является компрессионная терапия. Для профилактики развития и прогрессирования лимфедемы ВК применяются компрессионные ортезы - бандажи на ВК. Они изготавливаются в форме рукава с перчаткой или без неё; перчаток различных модификаций. Бандажи на ВК изготавливают методом плоской или круговой вязки и в соответствии с этим они имеют разные технические характеристики. Бандажные изделия круговой вязки обладают высокой и средней растяжимостью, а плоской вязки – большей плотностью и меньшей растяжимостью.

Успешное лечение ПМО достигается только при правильном использовании бандажей. Бандажи круговой вязки I класса компрессии рекомендованы с профилактической целью пациентам из группы риска на этапе оперативного лечения, при физических нагрузках, а также авиаперелетах. В случае преходящего отека (I стадия лимфедемы) и на доклинической стадии рекомендуются бандажи круговой вязки 2 класса компрессии.

При лимфедеме II, III, IV стадии бандажи круговой вязки противопоказаны. В этих случаях следует назначать бандажи плоской вязки 2-3 класса компрессии. Пациентам с деформацией контуров ВК из-за свисающих жировых складок с профилактической целью и при начальных проявлениях ПМО также назначаются бандажи плоской вязки 1-2 класса компрессии. При лимфедеме II - IV стадии компрессионный бандаж на ВК должен назначаться только после курса противоотечной терапии, во избежание провокации отека лишенных внешней компрессии дистальных отделов ВК.

ПМО является заболеванием, склонным к прогрессированию, и нуждается в коррекции на любой стадии. Предварительная консервативная терапия позволяет замедлить или даже остановить прогрессирование ПМО, избежать назначения дополнительных компрессионных изделий (например, перчаток) и связанных с этим материальных затрат и ограничений жизнедеятельности. При выявлении ПМО надплечья и (или) грудной клетки в сроки 1 – 1,5 месяцев после операции или облучения рекомендуется курсовая терапия в специализированном отделении даже в случае отсутствия отека ВК.

После курса реабилитации назначается ношение компрессионного бандажа на ВК круговой вязки I класса компрессии в течение 1 года (до 2х лет после облучения) при нагрузках, авиаперелетах (пожизненно), в жаркую погоду, при длительном пребывании в вертикальном положении. Если пациенту заведомо, с учетом тяжести злокачественного заболевания, планируется облучение, то рекомендуется превентивное профилактическое применение бандажа круговой вязки до операции или лучевой терапии. В послеоперационном периоде показано бандажирование грудной клетки бинтами либо использование бандажа-бюстье.

При определении размера и степени компрессии назначаемого пациенту бандажа, учитывают не только абсолютные размеры сегментов ВК, но и такие её характеристики, как консистенция и тургор тканей, индивидуальные особенности физиологического положения сегментов конечности в покое и при движении, реакции тканей каждого сегмента ВК на компрессионное бандажирование во время лечения. Для обеспечения стабилизации после курса интенсивной противоотечной терапии бандаж ВК должен обеспечивать компрессию ближайшего интактного сегмента ВК, расположенного дистальнее зоны видимой лимфедемы. Например, при отеке плеча, предплечья и тыльной поверхности кисти бандаж должен закрывать плечо, предплечье и кисть, включая пальцы, не доходя до ногтевых фаланг. При лимфедеме в области кисти недопустимо изолированное использование бандажа – рукава (с охватом только области плеча и предплечья) или рукава с перчаткой без пальцев.

Бандажные ортезы круговой и плоской вязки имеют принципиальные различия не только по медико-техническим характеристикам, но и по их себестоимости (до 2017 года в России и странах СНГ трикотаж плоской вязки не производился). Поэтому вопрос назначения и материальной компенсации в рамках индивидуальной программы реабилитации (ИПР) каждой из этих двух основных групп бандажных изделий должен рассматриваться отдельно в соответствии с параметрами конкретного изделия.

Отсутствие возможности быстро самостоятельно надеть компрессионный ортез часто приводит к отказу от его использования, причем, как правило, среди пациентов с тяжелым ПМО. Абсолютное большинство пациентов не в состоянии правильно надеть бандаж и уложить дренирующие элементы без приспособления для его надевания. Поэтому при назначении бандажа на ВК необходимо предусматривать и обеспечение инвалидов ТСР для его надевания.

С целью профилактики контрактуры плечевого сустава и брахиоплексопатии, помимо ЛГ, рекомендованы ортезы, обеспечивающие отведение плеча на 30-60°, разгрузку сустава, уменьшение боли. Подмышечная область после РМЭ болезненна, поэтому более эффективным, гигиеничным и комфортным будет использование пневматического ортеза, который размещают ниже болезненного участка. Наиболее простой из них представляет собой наполненную воздухом камеру, закрепляемую либо при помощи «велкро» к одежде на боковой поверхности грудной клетки, либо ремнем на противоположном надплечье. Изменение размеров ортеза при наполнении его оболочки воздухом позволяет увеличивать угол отведения плеча постепенно, что облегчает разработку движений в плечевом суставе. Такой щадящий режим восстановления функции сустава особенно важен при выраженном болевом синдроме и (или) длительно существующей контрактуре. При резко выраженном нарушении функции ВК (парез, парез) разгружающие отводящие ортезы ВК рекомендованы для постоянного использования. Разгружающие ортезы также эффективны при ПМО ВК III степени, обострении артроза плечевого сустава, который закономерно формируется после РЛРМЖ на стороне операции вследствие чрезмерного растяжения капсулы сустава, нарушения его иннервации и трофики после облучения.

Выводы. Внесение в ИПР дополнений с учётом предложенного перечня ПОИ и ТСР и рекомендаций к их свойствам и срокам назначения позволит в полной мере использовать возможности протезно-ортопедической помощи, что будет способствовать улучшению соматического и психо-эмоционального состояния пациентов с постмастэктомическим синдромом, повышению их способности к самообслуживанию и труду, улучшению качества жизни, повышению эффективности реабилитации в целом.

Список литературы

- Гаевская, О.Э. Особенности экзопротезирования больных с постмастэктомической лимфедемой верхней конечности / Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. - № 1. - С. 45-47.
- Инструментальное и методическое обеспечение исследования дисбаланса нагрузок в опорно-двигательном аппарате / Л.М.Смирнова, И.В. Ткачук, А.Н. Веденина, О.Э. Гаевская// Медицинская техника. – 2014. – № 2. – С. 40–43.

УДК 364.075.1

Виноградов И.Ю.

ОБЗОР СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО КОРРЕКТИРОВКЕ

Vinogradov I. Ju.

REVIEW OF THE SYSTEM OF COMPREHENSIVE REHABILITATION AND HABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES AND CHILDREN WITH DISABILITIES, SUGGESTIONS FOR CORRECTION,

ООО "VOENSTROYTORG", St.Petersburg

Ключевые слова: реабилитация, технические средства реабилитации, комплекс «ОПОРА», система подготовки специалистов ЛФК, медицинская помощь по физической реабилитации.

Keywords: rehabilitation, technical AIDS, the complex SUPPORT system of training specialists, physiotherapists, clinical assistance in physical rehabilitation .

Аннотация. Обзор действующей системы реабилитации и предложения по ее корректировке.

Abstract. An overview of the current rehabilitation system and proposals for its adjustment.

Заявленные вопросы по развитию сферы комплексной реабилитации и абилитации весьма актуальны и своевременны.

Действующая система [Неработоспособная модель оказания медицинской помощи по физической реабилитации, особенно в разделе ЛФК.

В нашей стране принята модель: лечащий врач- врач ЛФК - инструктор-методист ЛФК- инструктор ЛФК. При этом врач назначает комплекс упражнений, инструктор-методист его разрабатывает, а инструктор выполняет упражнения с больным. Не слишком ли много персонала?!

В настоящее время в мире используется модель в которой лечащий врач наблюдает пациента, а физический терапевт (человек с высшим образованием, владеющий прикладными дисциплинами и имеющий специальные мануальные навыки) осуществляет весь спектр реабилитационных мероприятий с больным. Возможно, что это является следствием того, что никто до сих пор не задумывался об экономической стороне вопроса.

Низкое качество профессиональной подготовки специалистов в области реабилитации и прежде всего среднего звена.

Специалисты, выходя из стен учебных заведений, не владеют элементарными навыками мануального обращения с больным, не знают, как обучить больного простейшим бытовым манипуляциям, самообслуживанию. К сожалению, мы все еще позволяем себе роскошь иметь большой штат дилетантов. Сотрудников, стремящихся к самосовершенствованию и профессиональному росту, готовых за свой счет посещать дорогостоящие курсы и семинары, аккумулируют, как правило, частные реабилитационные центры и службы, где кроме экономики уделяется внимание имиджу компании и результативности работы.

Практически полное отсутствие сопровождения больного на амбулаторном этапе.

Поликлиники не укомплектованы кадрами в количестве, достаточном для реализации даже минимальных амбулаторных реабилитационных программ для тяжелобольных и инвалидов. Мы должны понимать, что для инвалида перемещение из дома в поликлинику очень тяжелая и часто невыполнимая задача. А возможности прийти к больному на дом у врача ЛФК поликлиники просто нет. При этом возможность, целесообразность и результативность амбулаторных реабилитационных мероприятий у тяжелых больных подтверждены многолетним опытом работы компаний таких как «Балтийские Реабилитационные Технологии» в г. Санкт-Петербурге.

Несвоевременность предоставления технических средств реабилитации и необоснованное их назначение.

Технические средства реабилитации предоставляются инвалидам, то есть тем, кому медико-социальная экспертиза установила стойкое ограничение трудоспособности и утвердила индивидуальную программу реабилитации. Согласно положению о медико-социальной экспертизе, срок проведения МСЭ - 120 суток с момента начала заболевания. В более ранние сроки МСЭ может быть проведена в отдельных случаях, но на практике этого не происходит практически никогда. В результате остро нуждающийся в обеспечении минимально-необходимыми средствами реабилитации больной может получить их через пол-года после того как начал в них нуждаться.

Несмотря на огромную проделанную работу по внедрению активных технологий реабилитации сохраняется ориентированность на пассивные методики.

Для того чтобы заставить больного использовать свои внутренние ресурсы, необходимы регулярные занятия. Только через многократные повторения удается добиться фиксации и автоматизации навыка. Любой спортсмен прекрасно понимает, что за 10-20 тренировок мастером спорта стать невозможно. Почему же для больного после инсульта такое количество занятий считается достаточным для обучения сложнейшему навыку ходьбы?

Предложения:

1. Разработать программу информирования населения о предоставляемых государством услугах (программах ИПР и обеспечении ТСР) с обязательным доведением информации до нуждающихся категорий в лечебных учреждениях, ФСС и т.п.

2. Упростить порядок включения в Программу обеспечения населения ТСР, для чего за счет средств государства проводить сертификацию и необходимые исследования предлагаемых изделий. Сделать рассмотрение представленных материалов от производителей по принципу «одного окна». Избавить разработчиков и производителей от дополнительных материальных и временных трат на подачу заявлений, сертификацию и т.п.

3. Перечень ТСР пересматривать ежегодно, на предмет замены узкоспециальных изделий на многофункциональные, включения новых и модернизированных.

4. Пересмотреть действующую систему подготовки специалистов ЛФК и методики оказания услуг.

5. Разработать и внедрить систему, позволяющую потребителю самому выбрать из выделенных сумм на реабилитацию, необходимые ТСР и услуги.

В докладе использованы материалы:

- ООО «ВОЕНСТРОЙТОРГ», Санкт-Петербург www.tsropora.ru ;

ООО «Балтийские реабилитационные технологии», Санкт-Петербург, www.balt-reatech.ru.

Список литературы.

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 29 декабря 2014 г. N 1200н «О внесении изменений в классификацию технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. N 2347-р».

Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»

УДК 61.378.048.2+46.04 +617.57-77+617-089.844

Помников В.Г., Андриевская А.О., Бесаев Г.М., Владимирова О.Н.

К ВОПРОСУ ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ В ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ

ФГБУ ДПО «СПБИУВЭК» Минтруда России, С-Петербург, Россия

Pomnicov V.G., Andrievsky A.O., Besaev M. G., Vladimirova O. N.

LEARNING PROFESSIONALS WORKING IN PROSTHETIC AND ORTHOPEDIC INDUSTRY

FGBU DPO «SPb Institute for Advanced Training of Physician-experts” of the Ministry of labor of Russia», St. Petersburg, Russia

Ключевые слова: обучение, ортопедия, протезирование, реабилитация.**Абстракт.** В работе рассматриваются особенности обучения травматологов-ортопедов, работающих в медицинских отделах и стационарах протезно-ортопедических предприятий, реабилитационных центрах.**Keywords:** education, orthopedics, prosthetics, orihotics, rehabilitation.**Abstract.** The work considers the peculiarities of training of traumatologists and orthopaedic surgeons working in medical departments and hospitals of prosthetic and orthopaedic enterprises, rehabilitation centres.

Введение. Врач ортопед-травматолог, работающий в медицинском отделе или стационаре протезно-ортопедического предприятия, реабилитационного центра, как и специалист аналогичного профиля ЛПУ обладает профессиональными знаниями, умениями, навыками врача травматолога-ортопеда. Помимо этого он владеет методами лечения, диагностическими манипуляциями и специальными методами исследований пациентов с травмами и их последствиями, заболеваниями опорно-двигательного аппарата, навыками диагностики состояния дефектов и реабилитационных возможностей у лиц, нуждающихся в протезно-ортопедической помощи, с целью определения объема, вида и характера указанной помощи и осуществления специальных мероприятий по подготовке к протезированию/ ортезированию, непосредственно протезированию/ ортезированию, подгонке и пользованию протезно-ортопедическими изделиями и ортопедической обувью и др. ТСП; оказания реабилитационных услуг лицам, нуждающимся в протезно-ортопедической помощи, в том числе в клиниках и стационарах сложного протезирования протезно-ортопедических предприятий и других организаций.

Врач ортопед-травматолог, работающий в медицинском отделе или стационаре протезно-ортопедического предприятия, реабилитационного центра, ортопедического магазина должен обладать широким кругом теоретических знаний и практических навыков, которым он может быть обучен в профильных учреждениях.

Материал и методы. Многогранная и разнообразная подготовка врачей травматологов-ортопедов, разрабатываемая в основах протезирования и ортезирования осуществляется в Санкт-Петербургском институте усовершенствования врачей-экспертов Минтруда России (ФГБУ ДПО «СПБИУВЭК» Минтруда России) на единственной на сегодняшний день кафедре травматологии, ортопедии, медико-социальной экспертизы (МСЭ), протезирования и реабилитации.

Созданию кафедры предшествовала организация в институте в 1973 году при кафедре ВТЭ при хирургических болезнях двух курсов: курса ВТЭ при травмах и болезнях костно-мышечной системы (руководитель - канд. мед. наук, доцент Смирнов, ассистентом на курсе был канд. мед. наук Б.М.Прокин) и курс ортопедов-протезистов (руководитель - кандидат мед. наук, доцент Г.П. Онохова). Курс ортопедов-протезистов с самого начала размещался на базе Ленинградского НИИ протезирования, который в последующем получил имя Г. А. Альбрехта. Он был первым директором института. Им была организована кафедра ортопедии и протезирования при институте и разработаны конструкции протезов, корсетов, ортопедической обуви, оригинальные методы остеопластических ампутаций. Сотрудники курса как бы явились продолжателями дела Альбрехта, уделявшего большое значение повышению квалификации врачей и технического персонала.

В 1984 году курс ортопедов-протезистов был преобразован в самостоятельное подразделение, которое возглавил доктор мед. наук, профессор **Кейер А.Н.**, являвшийся одновременно директором Ленинградского НИИ протезирования им. Г.А.Альбрехта.

В 1991 году путем слияния самостоятельного курса протезирования и курса ВТЭ при травмах и болезнях костно-мышечной системы кафедры ВТЭ при хирургических болезнях была создана кафедра ВТЭ и протезирования при травмах и болезнях костно-мышечной системы. Возглавил вновь созданную кафедру профессор Кейер А.Н. Создание кафедры под руководством специалиста высочайшей квалификации в области травматологии и ортопедии открыло перспективу ее успешного развития, создания условий для улучшения процесса преподавания и научно-исследовательской деятельности сотрудников кафедры. С 1998 года кафедра стала размещаться на базе Ленинградского НИИ протезирования.

В настоящее время заведующий кафедрой заслуженный врач Российской Федерации, ведущий научный

сотрудник государственного учреждения «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе» д.м.н., профессор Бесаев Г.М.

Первыми преподавателями была заложена основа преподавания указанных дисциплин, виды и формы учебных занятий, создана учебно-методическая документация (учебные планы и программы, тематические планы, план-конспекты большинства лекций и методические разработки практических занятий, планы семинарских занятий) и др.

Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия осуществляется с учетом Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.66 травматология и ортопедия (уровень подготовки кадров высшей квалификации).

Совершенствование профессиональных знаний и навыков в Институте осуществляется путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам, реализуемым в виде циклов повышения квалификации и/или профессиональной переподготовки в соответствии с учебно-производственным планом Института.

В результате освоения программ ординатуры, циклов профессиональной переподготовки и повышения квалификации у выпускников формируются универсальные и профессиональные компетенции врача-специалиста овладевшего системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений.

учебный план, рабочие программы обеспечивающие реализацию соответствующей образовательной технологии.

Работа коллектива кафедры строится на основании календарного учебного плана, плана НИР, рекомендаций ученого совета института, учебно-методического совета. Все курсы кафедры обеспечены рабочими программами дисциплин (модулей), программами практики, учебно-методическим комплексом, фондом оценочных средств.

В процессе теоретического обучения используются презентации, видео-лекции, дистанционное обучение. В программах циклов рассматриваются методы восстановительного лечения и реконструктивной хирургии при врожденных аномалиях развития и последствиях травм и заболеваний костно-мышечной системы у детей и взрослых с учетом планируемого протезирования и ортезирования. Специалисты получают знания о современных видах протезно-ортопедических изделий и разнообразных методах реконструктивной хирургии, физио-функциональном лечении при подготовке к обеспечению ТСР. Проводятся деловые игры. Практическая часть в рамках симуляционных курсов включает занятия по десмургии, транспортной иммобилизации, наложению гипсовых повязок, снятию гипсовых слепков, обучение принципам ортопедической хирургии. На занятиях слушатели пользуются хирургическими инструментами и отрабатывают ручные навыки хирургической техники (хирургический шов, элементы кожной пластики) на моделях-тренажерах отечественного и американского производства. Процесс обучения осуществляется на различных клинических базах г. С.Петербурга: ФГУ НПЦЭПР им. Г.А.Альбрехта Минтруда России, ФГУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, в медицинских отделах «Санкт-Петербургского» филиала ФГУП «Московского ПрОП» Минтруда России и «Санкт-Петербургская ФОО» филиал ФГУП «Московское ПрОП» Минтруда России, межрайонных травматологических бюро МСЭ; в многопрофильном научно-практическом центре «Орто», профессиональном реабилитационном центре и Функциональном доме, детском реабилитационно – восстановительном центре (филиале ФГУ СПбНЦЭПР им. Альбрехта). Знакомятся и используют для обучения учебные пособия по травматологии, протезированию, ортезированию, деформациям стоп, ТСР, МСЭ, написанные сотрудниками кафедры самостоятельно и совместно с сотрудниками ФГБУ НЦЭПР им. Г.А.Альбрехта Минтруда России

Результаты. Выпускники кафедры после окончания клинической ординатуры, курсов профессиональной переподготовки и повышения квалификации работают не только на государственных протезно-ортопедических предприятиях РФ, но и в поликлиниках, стационарах травматолого- ортопедического профиля, реабилитационных центрах.

Заключение. Специалисты с высшим медицинским образованием могут приобрести многообразные знания и умения, необходимые врачу ортопеду-травматологу протезно-ортопедического предприятия, могут получить в рамках клинической ординатуры, начиная с 2017 года, а также на циклах повышения квалификации и профессиональной переподготовки, обучаясь в Санкт-Петербургском институте усовершенствования врачей-экспертов на кафедре травматологии, ортопедии, МСЭ протезирования и реабилитации.

УДК 616-036.86+ 342.72/.73

Сокуров А.В., Радута В.И.

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИОННОМ И ПРАВОВОМ РЕГУЛИРОВАНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ УСЛУГИ ИНВАЛИДАМ (ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ)*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург*

Sokurov A.V., Raduto V.I.

TO THE QUESTION OF ORGANIZATIONAL AND LEGAL REGULATION OF ACTIVITIES OF THE CENTERS GIVING REHABILITATION SERVICES TO PERSONS WITH DISABILITIES (CHILDREN WITH DISABILITIES)*Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg**Ключевые слова: реабилитационные услуги, медицинская реабилитация, реабилитационный центр, инвалиды, дети-инвалиды, нормативные и правовые акты.**Keywords: rehabilitation services, medical rehabilitation, rehabilitation center, persons with disabilities, children with disabilities, regulations.**Аннотация. В статье рассматриваются вопросы организационного и правового регулирования деятельности реабилитационных учреждений для инвалидов (детей-инвалидов) в Российской Федерации. Обоснована необходимость выработки правового регламента деятельности организаций, предоставляющих услуги по реабилитации и абилитации инвалидам (детям-инвалидам).**Abstract. The article deals with organizational and legal regulation of the activities of rehabilitation facilities for persons with disabilities (children with disabilities) in the Russian Federation. The necessity of development of the legal regulation of the activity of organizations providing services for rehabilitation and habilitation for persons with disabilities (children with disabilities) is substantiated.*

Введение / Цель. Разработка основ организационного и правового регулирования центров, предоставляющих услуги по реабилитации инвалидам (детям-инвалидам), является очень актуальной в связи с проведением апробации в Пермском крае и Свердловской области методических, методологических, технических, нормативных документов, направленных на формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

Целью нашего исследования является обоснование формирования единого подхода при разработке методических, методологических, технических, нормативных документов, касающихся деятельности центров, предоставляющих реабилитационные услуги инвалидам.

Материалы и методы. В ходе исследования изучена и проанализирована нормативно-правовые акты федерального и регионального уровней, а также материалы Минтруда России, посвящённые созданию многопрофильных центров реабилитации инвалидов (детей-инвалидов).

Методологическую основу работы составил ряд подходов и приёмов изучения различных видов общественных отношений: организационно-правовой, организационно-методической, комплексный, системный. Применён комплекс общенаучных методов: аналитический, сравнительный, а также специальные методы: формально-юридический, сравнительно-правовой, историко-правовой; способы толкования права (логический, системный, исторический, функциональный).

Результаты. Функционирование многопрофильных центров реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) невозможно без осуществления лицензирования видов деятельности в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» [1].

В частности порядок лицензирования медицинской деятельности определён Постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 N 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» [2].

<Письмо> Росздравнадзора от 27.10.2015 N 03-33889/15 <По вопросу лицензирования деятельности медицинских организаций, осуществляющих работы (услуги) по медицинской реабилитации> [3] определяет, что медицинской организации (а в нашем случае – многопрофильному центру комплексной реабилитации и абилитации инвалидов), осуществляющей работы (услуги) по медицинской реабилитации, необходимо получить помимо лицензии на работы (услуги) по медицинской реабилитации также лицензию на все осуществляемые медицинские работы (услуги).

Существующие нормативные и правовые акты раскрывают основные направления реабилитации и абилитации инвалидов [4], федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств

реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду [5], определение [6], порядок осуществления медицинской реабилитации [7], основные виды и содержание услуг по медицинской реабилитации инвалидов (в том числе детей-инвалидов), предоставляемые предприятиями, учреждениями и организациями [8-10].

Однако прослеживается разный подход перечисленных нормативных и правовых актов в части толкования понятия «медицинская реабилитация инвалидов», что может повлечь за собой наступление неблагоприятных правовых последствий и необоснованных финансовых трат.

В соответствии с положениями Федерального закона от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 01.06.2017) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» основные направления реабилитации и абилитации инвалидов включают в себя [4]:

медицинскую реабилитацию, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;

профессиональную ориентацию, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственную адаптацию;

социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию;

физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

В данном законе медицинская реабилитация наряду реконструктивной хирургией, протезированием и ортезированием, санаторно-курортным лечением и т.д. является одним из основных направлений реабилитации и абилитации инвалидов. Реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение не являются составными частями медицинской реабилитации инвалидов.

В федеральный перечень реабилитационных мероприятий входит [5]:

1. Восстановительная терапия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности).

2. Реконструктивная хирургия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности).

3. Санаторно-курортное лечение, предоставляемое при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг.

4. Протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов.

5. Обеспечение профессиональной ориентации инвалидов (профессиональное обучение, переобучение, повышение квалификации).

В соответствии с ГОСТ Р 52877-2007 [8] услуги по медицинской реабилитации инвалидов включают в себя:

– восстановительную терапию;

– реконструктивную хирургию;

– протезирование;

– ортезирование;

– санаторно-курортное лечение;

– обеспечение инвалидов лекарственными средствами;

– обеспечение инвалидов техническими средствами медицинской реабилитации;

– динамическое наблюдение за инвалидами.

Как видно из представленных цитирований документов, федеральный перечень реабилитационных мероприятий наиболее близок по своей сути перечню услуг по медицинской реабилитации, приведённому в ГОСТ Р 52877-2007. Однако лекарственное обеспечение по федеральному перечню включено в состав восстановительной терапии и реконструктивной хирургии. Протезирование и ортезирование включены в один пункт и дополнены услугой по предоставлению слуховых аппаратов. Перечень дополнен обеспечением профессиональной ориентации инвалидов (профессиональным обучением, переобучением, повышением квалификации). Но нет упоминавшихся в ГОСТ Р 52877-2007 обеспечения инвалидов техническими средствами медицинской реабилитации и динамического наблюдения за инвалидами.

В ГОСТ Р 52877-2007 восстановительная терапия, реконструктивная хирургия, протезирование, ортезирование, санаторно-курортное лечение, обеспечение инвалидов лекарственными средствами, обеспечение инвалидов техническими средствами медицинской реабилитации, динамическое наблюдение за инвалидами являются составными частями медицинской реабилитации инвалидов, что не согласуется с перечнем федерального закона [4]. Не понятно читателю, что законодатель вкладывает в термин «медицинская реабилитация», если закон и подзаконные акты имеют разные толкования одного и того же понятия.

Хотя в целом ГОСТ Р 52877-2007 указывает, что услуги по медицинской реабилитации инвалидов являются неотъемлемой частью комплекса медицинских, профессиональных, социальных и других мер, целью которых является скорейшее и наиболее полное восстановление человеком утраченных функций, личного и социального статуса (восстановление человека как личности, включая физиологические, физические,

психологические и социальные его функции), что возможно только при выполнении всего комплекса реабилитационных мероприятий, указанных далее.

В Порядке организации медицинской реабилитации, утверждённом приказом Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н, под словосочетанием «медицинская реабилитация включает в себя» приводятся не составные части медицинской реабилитации, а указан алгоритм действий специалистов медицинских организаций [7].

Кроме того, целесообразно внести изменения в действующие нормативные и правовые акты в части перечня организаций, имеющих право заниматься медицинской реабилитацией. Например в ГОСТ Р 52877-2007 [8], «Услуги по медицинской реабилитации: действия медицинских (целесообразно дополнить – и других) организаций по проведению медицинских мероприятий с целью компенсации или снятия ограничений жизнедеятельности инвалида, не связанные с необходимостью лечения возникающих заболеваний, не обусловленных инвалидностью».

Целесообразно также получить разъяснения: насколько правомочно применение положений «ГОСТ Р 52876-2007 [9] не только в отношении инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы, но и для других категорий инвалидов. Это позволит улучшить качество предоставляемых реабилитационных услуг.

Насколько целесообразно при действующем ГОСТ Р 53874-2010 [10] оставлять действующими ГОСТ Р 52876-2007 [9] и ГОСТ Р 52877-2007 [8]? Может быть, необходимо оптимизировать число документов данного вида?

Прообразом предлагаемого Минтрудом России многопрофильного центра реабилитации и абилитации, основанном на типовых структурно-функциональных моделях системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, можно считать межведомственное постановление от 23.12.1996 [11]. Однако заимствование идеи осуществлено не лучшим образом.

Исходя из Положений о многопрофильном центре реабилитации и абилитации инвалидов с наиболее распространёнными нарушениями функций и структур организма, разработанных Минтрудом России, не представляется возможным представить организацию работы учреждения при предоставлении потребителям реабилитационных услуг в соответствии с действующим законодательством.

Не решён вопрос, касающийся медицинского сопровождения и курации состояния здоровья инвалидов в процессе профобучения/переподготовки инвалида, поиска рабочего места и трудоустройства, в процессе адаптации к условиям трудовой деятельности (режиму, нагрузкам и пр.) и в процессе труда на конкретном рабочем месте. Силами только медицинских специалистов участковых поликлиник или медицинскими работниками предлагаемого штата реабилитационного центра решение таких задач не представляется возможным. Возможно, потребуется консолидация усилий специалистов разных ведомств.

Возможным вариантом решения проблем, связанным с осуществлением комплексной реабилитации инвалидов, является строительство на одной территории учреждений системы здравоохранения и социальной защиты. Но их деятельность должна строго регламентироваться и координироваться нормативными и правовыми актами субъектов Российской Федерации.

Выявлена насущная необходимость дифференциации центров в зависимости от целевой аудитории потребителей реабилитационных услуг. При этом необходимо учитывать существующие нормативные документы, отражающие, в том числе, и структуру реабилитационного центра для детей-инвалидов [12].

Проведённый анализ правовой базы на федеральном и региональном уровнях показал, что отсутствуют единые подходы к формированию штатного расписания учреждений реабилитации инвалидов (детей-инвалидов) набором структурных подразделений и штатными единицами.

При комплектовании учреждений реабилитации инвалидов медицинским персоналом необходимо указывать наименование должностей в соответствии Номенклатурой должностей медицинских работников и фармацевтических работников, утверждённой Приказом Минздрава России от 20.12.2012 N 1183н [13], так как их деятельность должна лицензироваться. А при формировании штата другими специалистами необходимо избегать разночтений с действующими нормативными и правовыми актами.

В целях социальной поддержки инвалидов следует использовать положительный опыт субъектов Российской Федерации, которые своими нормативными и правовыми актами внедряют в штат реабилитационных центров пункты проката технических средств реабилитации.

Заключение. Организация работы многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов требует чёткой регламентации нормативными и правовыми актами. В этой связи особенно актуальным становится вопрос формирования единого подхода при формировании тезауруса и разработке методических, методологических, технических, нормативных документов, касающихся деятельности центров, предоставляющих реабилитационные услуги инвалидам.

Список литературы

- Федеральный закон Российской Федерации от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности». URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 08.08.2017).
- Постановление Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 N 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)». URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 08.08.2017).
- <Письмо> Росздравнадзора от 27.10.2015 N 03-33889/15 <По вопросу лицензирования деятельности медицинских организаций, осуществляющих работы (услуги) по медицинской реабилитации>. URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 08.08.2017).
- Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 01.06.2017) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 08.08.2017).
- Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2005 N 2347-р (ред. от 10.09.2014) «О федеральном перечне реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2015). URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 08.08.2017).
- Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 01.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 08.08.2017).
- Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации». URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 08.08.2017).
- «ГОСТ Р 52877-2007. Национальный стандарт Российской Федерации. Услуги по медицинской реабилитации инвалидов. Основные положения» (утв. и введен в действие Приказом Ростехрегулирования от 27.12.2007 N 555-ст). URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 08.08.2017).
- «ГОСТ Р 52876-2007. Национальный стандарт Российской Федерации. Услуги организаций реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы. Основные положения» (утв. и введен в действие Приказом Ростехрегулирования от 27.12.2007 N 554-ст). URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 08.08.2017).
- «ГОСТ Р 53874-2010. Национальный стандарт Российской Федерации. Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг» (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 17.09.2010 N 254-ст). URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 08.08.2017).
- Постановление Минтруда РФ N 21, Минздрава РФ N 417, Минобразования РФ N 515 от 23.12.1996 «Об утверждении Примерного положения о реабилитационном учреждении». URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 08.08.2017).
- «СП 149.13330.2012. Свод правил. Реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья. Правила проектирования» (утв. Приказом Госстроя от 27.12.2012 N 113/ГС) (ред. от 30.12.2015). URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 08.08.2017).
- Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1183н (ред. от 01.08.2014) «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников». URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 08.08.2017).

Раздел 2. Социальная и профессиональная реабилитация и абилитация

УДК 616-36.86+364:331

Снитко Н.Л., Шамшева Е.В., Саликова С.И.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МСЭ

ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России, г. Омск

Snitko N.L., Shamsheva E.V., Salikova S.I.

MODERN ASPECTS OF DEVELOPING ACTIVITIES FOR VOCATIONAL REHABILITATION OF THE DISABLED WHILE CONDUCTING MEDICAL-SOCIAL EXPERTISE

Federal State Institution "Main Bureau of Medical-Social Expertise in Omsk Region", Omsk

Ключевые слова: индивидуальная программа реабилитации или абилитации, трудоустройство инвалидов, группа инвалидности

Keywords: individual program of rehabilitation or habilitation, employment of persons with disabilities, disability group.
Аннотация. Представлен анализ динамики потребности инвалидов взрослого населения Омской области в профессиональной реабилитации за 2014-2016 гг.

Abstract. Analysis of dynamics in needs in vocational rehabilitation is presented for adult persons with disabilities in Omsk region for 2014-2016.

Одним из основных направлений реабилитации и абилитации инвалидов является профессиональная реабилитация, которая включает в себя мероприятия: по профессиональной ориентации, общему и профессиональному образованию, профессиональному обучению, содействию в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах) и производственную адаптацию.

Цель исследования. Изучение потребности в мероприятиях профессиональной реабилитации инвалидов Омской области в динамике за 2014-2016 гг.

Материалы и методы: Исследование проведено на основании анализа статистических данных (7 – сб) ФКУ МСЭ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России за период 2014-2016 гг.

Результаты: Число лиц впервые признанных инвалидами в анализируемый период возросло: 2014 г. - 7785 человек, 2015 г. - 7918 человек (+1,7 % к 2014 г.), 2016 г. - 8392 человека (+6,0 % к 2015 г.). Темп прироста составил 7,8 %. В структуре первичной инвалидности по группам отмечен рост первой группы с 1166 чел. (15,0 %) в 2014 г. до 1508 чел. (18,0 %) в 2016 г. и третьей группы с 3214 чел. (41,3 %) до 3606 чел. (43,0 %) соответственно годам. Вторая группа в данный период имеет тенденцию к уменьшению: 3405 чел. (43,7 %), 3228 чел. (40,8 %), 3278 чел. (39,0 %).

Количество лиц повторно признанных инвалидами уменьшилось с 17271 человек в 2014 г. до 16114 в 2016 г., на 1157 чел. (6,7 %). Лидирует третья группа инвалидности с тенденцией к уменьшению удельного веса с 53,5 % в 2014 г. до 49,4 % в 2016 г. Доля инвалидов второй группы увеличилась - 36,8 % - 38,6 % - 40,2 %. Удельный вес инвалидов 1 группы так же возрастает - 9,7 % - 10,2 % - 10,4 % соответственно годам.

Удельный вес лиц трудоспособного возраста среди всех признанных инвалидами имеет тенденцию к снижению - 54,9 %, 52,5 %, 49,7 %. Доля инвалидов в возрасте от 45 лет (ж) и до 59 лет (м) преобладает, но с тенденцией к снижению с 31,1 % в 2014 г. до 28,1 % в 2016 г. Возрастная группа от 18 лет до 44 лет уменьшилась с 23,8 % до 21,6 % соответственно.

Основным механизмом осуществления всех реабилитационных мероприятий является индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида. При разработке программы по профессиональной реабилитации инвалида специалисты учреждения МСЭ взаимодействуют с учреждениями образования, в том числе ПМПК, службой занятости населения.

За период с 2014 г. по 2016 г. отмечается тенденция к снижению числа разработанных ИПРА с 27203 до 25592, на 1611 (5,9 %). Число лиц 18 лет и старше, обратившихся только за разработкой ИПРА за последние 3 года уменьшилось на 49,0%: в 2014 г. - 2131 чел., в 2015 г. – 1487 чел., в 2016 г. – 1086 чел. Доля их в общем числе ИПРА снизилась с 7,8 % в 2014 г. до 4,2 % в 2016 г. Количество ИПРА, разработанных бессрочно, в 2016 г. увеличилось до 7181 (28,1 % от общего числа ИПРА), что на 10,4 % больше, чем в 2015 г. - 6506 ИПР (25,1 %), в 2014 г. - 7042 ИПР (25,9 %).

Удельный вес программ с рекомендациями по профессиональной реабилитации снизился с 51,0 % в 2014 г. до 45,9 % в 2016 г. Из них, количество рекомендаций по профессиональной ориентации инвалидов

(включая профессиональное обучение) уменьшилось на 19,5 %, с 9387 в 2014 г. до 7552 случаев в 2016 г., со снижением удельного веса с 34,5 % до 29,5 % от числа разработанных ИПРА.

Потребность в рациональном трудоустройстве имеет ту же тенденцию к уменьшению с 10026 в 2014 г. до 8560 в 2016 г., на 1466 случаев (14,6 %). Доля их, в числе разработанных ИПРА снизилась с 36,9 % до 33,4 %.

Нуждаемость трудоустройства в обычных условиях производства определялась в 55,2 % (5543) - 55,6 % (5241) - 53,7 % (4598) случаев с тенденцией к уменьшению, соответственно годам. Из них доля рекомендаций, выданных впервые признанным инвалидам, возрастает - 19,6 % - 22,6 % - 26,1%. Содействие в трудоустройстве в специально созданных условиях и на дому определено в 44,8 % (4483) - 39,2 % (3693) - 43,9 % (3760) случаев, соответственно годам. Среди них удельный вес рекомендаций выданных гражданам, впервые признанными инвалидами, колеблется в пределах - 24,1 % - 23,7 % - 24,9 %. Необходимость в специальном рабочем месте (СРМ) оснащенном оборудованием с учетом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности инвалидам определялась в 3,0 % (300) - 3,2 % (301) - 2,5 % (212) случаев соответственно годам. В анализируемый период увеличилась потребность в СРМ у инвалидов первой группы 5,3 % - 4,7 % - 10,4 % и второй группы в 61,0 % - 71,4 % - 88,2 %; в третьей группе отмечено снижение - 33,7 % - 23,9 % - 1,4 %.

Процесс профессиональной реабилитации инвалида считается завершенным, если он достиг в профессиональном отношении уровня, максимально возможного в соответствии с его трудовым потенциалом и приближенного к уровню, предшествующему возникновению ограничения к трудовой деятельности.

Оценка выполнения ИПРА (ИПР) и ее эффективности является одной из основных функций учреждений МСЭ. При переосвидетельствовании инвалидов взрослого населения заключение о выполнении мероприятий ИПРА (ИПР) в 18963, 18603, 17826 программах, что составило 96,3 %, 94,9 %, 98,3 % от всех ИПРА граждан, повторно обратившихся для установления инвалидности и только за разработкой ИПРА (ИПР). Доля инвалидов с положительными результатами реабилитации имеет неустойчивую тенденцию к росту 42,3 %, 45,7 %, 43,2 % случаев соответственно годам.

Среди них с положительными результатами реабилитации удельный вес лиц получивших новую профессию уменьшился с 0,8 % до 0,2 %; подобрано подходящее рабочее место - с 3,0 % до 2,0 % случаев и создано специальное рабочее место - с 0,3 % до 0,1 % случаев. В то же время возросла доля инвалидов, повысивших уровень общего (профессионального) образования, с 2,6 % до 4,6 % случаев.

Для дальнейшего развития системы профессиональной реабилитации инвалидов необходимо обеспечить: координацию в сфере профессиональной реабилитации инвалидов; развитие и оптимизацию сети реабилитационных учреждений, оказывающих услуги по профессиональной реабилитации для инвалидов различного вида и типа; обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к инженерным и социальным объектам; развитие координации и межведомственного взаимодействия между федеральными государственными учреждениями МСЭ и организациями и учреждениями занятости, образования, социальной защиты для обеспечения эффективности и качества, предоставляемых инвалидам услуг по профессиональной реабилитации на региональном уровне.

Заключение: проведенный анализ за период 2014-2016 гг. установил снижение удельного веса ИПРА с рекомендациями по профессиональной реабилитации до 45,9 % случаев. Уменьшилась потребность инвалида в трудоустройстве как в обычных условиях (до 53,7 %), в специально созданных условиях и на дому (до 43,9 %), так и в СРМ (до 2,5 % случаев). В то же время доля инвалидов с положительными результатами по профессиональной реабилитации колеблется в пределах 42,3 % - 45,7 %.

УДК 37.072+331.538.4

Старобина Е.М.

ОБ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ЗАНЯТОСТИ ИНВАЛИДОВ

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

Starobina E.M.

ABOUT THE MAIN DIRECTIONS OF RAISING EMPLOYMENT OF PERSONS WITH DISABILITIES

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: занятость инвалидов, профессиональная ориентация, профессиональное образование, инвалиды молодого возраста, сопровождение инвалидов при решении вопросов занятости.

Keywords: employment of disabled persons, vocational orientation, vocational education, disabled young adults, supported employment of the disabled.

Аннотация. Рассматриваются направления повышение занятости инвалидов трудоспособного возраста с учетом целевых показателей, установленных Государственной программой Российской Федерации «Доступная

среда» на 2011 - 2020 годы.

Abstract. The article presents directions of increasing employment of persons with disabilities of working age taking into account the targets set in the State program of the Russian Federation "Accessible environment" for 2011 - 2020.

Одним из целевых показателей Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы является повышение доли занятых инвалидов трудоспособного возраста в общей численности инвалидов трудоспособного возраста в Российской Федерации до 40 процентов к 2020 году. Устранение физических и отношенческих барьеров, решение проблемы формирования доступной среды должно положительно повлиять на стимулирование трудовой и социальной активности инвалидов [1]. Целью подпрограммы 2 «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» является повышение уровня обеспеченности инвалидов реабилитационными и абилитационными услугами, а также повышение уровня профессионального развития и занятости инвалидов. Ожидаемыми результатами реализации подпрограммы в данной области является увеличение доли инвалидов, трудоустроенных органами службы занятости, в общем числе инвалидов, обратившихся в органы службы занятости (до 60 процентов к 2020 году); увеличение численности занятых инвалидов, трудоустроенных при поддержке общественных организаций инвалидов (до 944 человек к 2020 году).

По данным Минтруда, в России уровень занятости инвалидов трудоспособного возраста составляет 25% (около 1 млн. человек). Численность инвалидов в возрасте 18 лет и старше, нуждающихся в трудоустройстве в обычных условиях производства с предоставлением соответствующих условий труда - 66477 человек. Численность инвалидов в возрасте 18 лет и старше, нуждающихся в трудоустройстве в специально созданных условиях и на дому – 315264 человек [2]. В настоящее время в общероссийской базе вакансий размещено свыше 1,1 млн. вакансий по всей стране, из которых более 66 тысяч подходят для инвалидов. Однако более 25% безработных инвалидов, зарегистрированных в службе занятости, ищут работу более 1 года.

В целях решения проблемы в мае 2017 г. распоряжением Правительства Российской Федерации утвержден план мероприятий по повышению уровня занятости инвалидов на 2017 - 2020 годы [3].

Планом предусматривается развитие нормативной базы:

- разработка проекта федерального закона, предусматривающего совершенствование механизма квотирования рабочих мест для инвалидов в части установления понятия соблюдения работодателями квоты для приема на работу инвалидов, оптимизации деятельности по выявлению несоблюдения работодателями квоты, повышения гибкости исполнения квоты;

- проекта федерального закона, направленного на расширение участия общероссийских общественных организаций (объединений) инвалидов в трудоустройстве инвалидов.

Планируется внесение изменений в Закон Российской Федерации «О занятости населения в Российской Федерации» по организации сопровождаемого содействия занятости инвалидов, а также в части оптимизации сроков и упрощения для инвалидов процедур: получения государственных услуг в области содействия занятости населения, содействия в поиске, получении, сохранении и возобновлении работы (предусматривающих возможность обращения инвалидов в целях трудоустройства без обязательной личной явки); постановки на учет в службах занятости в качестве безработных.

Будут внесены изменения в нормативные правовые акты, регламентирующие деятельность органов службы занятости в области трудоустройства инвалидов, а также взаимодействие с работодателями, заявившими вакансии, в целях выявления возможности трудоустройства на них инвалидов с учетом видов заболеваний и степеней ограничений жизнедеятельности, в типовые формы трудового договора с руководителями государственных (муниципальных) учреждений, предусматривающих обязанности работодателей по обеспечению реализации мер по содействию занятости инвалидов.

В целях предоставления более полной информации об инвалиде для эффективного подбора подходящей работы, в индивидуальную программу реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА) будут вноситься дополнительные данные: основная профессия (специальность), стаж работы, квалификация (класс, разряд, категория, звание), выполняемая работа на момент проведения медико-социальной экспертизы (должность, профессия, специальность, квалификация, стаж работы по указанной должности, профессии, специальности), продолжительность незанятости, наличие трудовой направленности. В целях подбора рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности инвалида с учетом нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности в выписку из ИПРА инвалида, направляемую в органы службы занятости, планируется включать заключение о видах и степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами. Также в ИПРА будет отмечаться информация о согласии инвалида на обращение к нему органов службы занятости в целях оказания ему содействия в трудоустройстве и подборе подходящего рабочего места, о предоставлении ему разъяснения о возможности трудоустройства путем постановки на учет в органах занятости.

Запланирована организация взаимодействия органов службы занятости, органов социальной защиты населения, образования, учреждений медико-социальной экспертизы, в том числе в рамках федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов», по персонифицированному учету инвалидов, по стопроцентному охвату услугами в области содействия занятости инвалидов, нуждающихся в трудоустройстве, совершенствование регистров получателей услуг в сфере занятости населения, в том числе путем дополнения информацией о трудоустройстве инвалидов на квотируемые рабочие места.

Информационно-аналитическая система Общероссийская база вакансий «Работа в России», будет модернизирована, в том числе путем создания дополнительных сервисов для работодателей и инвалидов, направленных на повышение услуг в сфере занятости, а также иного функционала, направленного на повышение качества и доступности услуг по трудоустройству инвалидов.

Будут реализованы полномочия по осуществлению контрольно-надзорной деятельности в отношении осуществления работодателями (физическими и юридическими лицами) приема на работу инвалидов в пределах установленной квоты, переход на риск-ориентированные модели контрольно-надзорной деятельности.

Планируется организация мониторинга занятости инвалидов, включая инвалидов молодого возраста, впервые выходящих на рынок труда и инвалидов, занятых в организациях бюджетной сферы, предоставления инвалидам государственных услуг в сфере занятости населения, а также исполнения законодательства Российской Федерации в части квотирования рабочих мест для инвалидов.

Продолжится привлечение социально ориентированных некоммерческих организаций, являющихся исполнителями общественно полезных услуг, к сопровождению инвалидов при трудоустройстве, а также к предоставлению иных государственных услуг в сфере занятости населения.

При системном решении вопросов эффективной профессиональной реабилитации необходимо учитывать, что инвалиды представляют собой неоднородную группу граждан с различными потребностями: это инвалиды трудоспособного возраста (из них 2,8 млн. человек не работает и половина не мотивирована на трудовое устройство); несовершеннолетние подростки (0,6 млн. человек); инвалиды нетрудоспособного возраста, желающие продолжать трудовую деятельность (9,5 млн. человек). При этом приоритетными категориями инвалидов при решении вопросов занятости являются инвалиды трудоспособного возраста, желающие возобновить трудовую деятельность, а также молодежь, ориентированная на приобретение профессии.

Особое внимание в настоящее время оказывается молодежи. Распоряжением правительства от 16 июля 2016 г. № 1507-р утвержден План мероприятий по реализации в субъектах Российской Федерации программ сопровождения инвалидов молодого возраста при получении ими профессионального образования и содействия в последующем трудоустройстве на 2016 - 2020 годы [4]. Планом предусматривается выработка государственной политики в отношении инвалидов из числа выпускников образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования, обеспечение 100-процентного охвата обучающихся лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее ОВЗ), детей-инвалидов, инвалидов 9 и 11 классов профориентационными мероприятиями; создание специальных условий для получения профессионального образования инвалидами и лицами с ОВЗ; организация информационно-разъяснительной работы по вопросам трудоустройства с целью повышения качества предоставления услуг инвалидам в сфере занятости; обучение специалистов органов службы занятости особенностям организации работы с инвалидами с учетом нарушенных функций; разработка сборника по трудоустройству инвалидов, сформированного на основе успешно реализованных региональных практик и мероприятий и его дальнейшая актуализация; содействие развитию предпринимательских навыков и компетенций у молодых людей с инвалидностью, а также развитие социального предпринимательства в субъектах Российской Федерации в рамках программы «Ты - предприниматель»; разработка и реализация в субъектах Российской Федерации программ сопровождения инвалидов молодого возраста при трудоустройстве на основе стандарта услуги по сопровождению инвалида молодого возраста при решении вопросов занятости.

В целях реализации функций наблюдения и контроля, направленных на выявление недостатков при реализации в субъектах программ сопровождения инвалидов молодого возраста, а также при решении вопросов занятости инвалидов-выпускников образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования, с 2017 года организуется мониторинг реализации трудоустройства и программ сопровождения инвалидов молодого возраста при трудоустройстве с использованием сведений, содержащихся в федеральной системе «Федеральный реестр инвалидов».

Выработка государственной политики в отношении инвалидов из числа выпускников образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования в целях реализации в субъектах Российской Федерации программ сопровождения инвалидов молодого возраста при трудоустройстве будет определяться исходя из потребности молодых инвалидов из числа выпускников образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования в трудоустройстве с использованием сведений, содержащихся в федеральной государственной информационной системе «Федеральный реестр инвалидов».

С учетом принципа вариативности в зависимости от вида заболевания, ограничений жизнедеятельности, социальной категории инвалидов можно выделить направления профессиональной реабилитации и формы трудоустройства: обучение и занятость в учебно-производственных мастерских, социальная занятость, работа на специализированных предприятиях, сопровождаемая занятость, квотируемые рабочие места, специально оборудованные рабочие места на открытом рынке труда, дистанционная и гибкая занятость, свободная конкуренция на открытом рынке труда [5]. Это позволит адресно для каждого инвалида выбрать свою траекторию профессиональной реабилитации и формы трудоустройства.

Список литературы

- Государственная программа Российской Федерации «Доступная Среда» на 2011 - 2020 годы: постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2015 г. N 1297. URL: <http://docs.cntd.ru/document/420319730>. Дата обращения 12.03.2017.
- Положение инвалидов. Федеральная служба государственной статистики. РФ. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/. Дата обращения 12.03.2017.
- Об утверждении плана мероприятий по повышению уровня занятости инвалидов на 2017 - 2020 годы: распоряжение Правительства Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 893-р. URL: <http://docs.cntd.ru/document/420397979>. Дата обращения 27.07.2017.
- План мероприятий по реализации в субъектах Российской Федерации программ сопровождения инвалидов молодого возраста при получении ими профессионального образования и содействия в последующем трудоустройстве на 2016 - 2020 годы: распоряжение Правительства Российской Федерации от 16 июля 2016 г. № 1507-р. URL: <http://минобрнауки.рф/документы/8130>. Дата обращения 27.07.2017.
- Старобина Е.М., Гордиевская Е.О. Кузьмина И.Е. Причины низкой занятости инвалидов в РФ. Материалы научно-практической конференции с международным участием «Инвалидность и реабилитация», Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации, г.Санкт-Петербург, 24-25 ноября 2016. СПб. Минтруд России, 2017. с.235-240.

УДК 376.1

Рачина Г. Б.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К РЕШЕНИЮ ВОПРОСОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр», Санкт-Петербург

Rachina G. B.

IMPORTANCE OF A COMPREHENSIVE APPROACH TO THE VOCATIONAL REHABILITATION ISSUES OF DISABLED PEOPLE OF WORKING AGE

SPb GBU "Vocational Rehabilitation center", St. Petersburg

Ключевые слова: инвалиды, комплексный подход, профессиональная ориентация, трудоспособный возраст, реабилитация, профессиональная реабилитация, профессионально-реабилитационный центр.

Keywords: persons with disabilities, comprehensive approach, professional orientation, working age, rehabilitation, vocational rehabilitation, vocational rehabilitation center.

Аннотация. В данной статье представлен анализ комплексного подхода к решению вопросов профессиональной ориентации инвалидов трудоспособного возраста и его значение в профессиональной реабилитации. Целесообразность профессионального обучения и переобучения инвалидов должна учитывать объективные и субъективные критерии.

Abstract. This article presents analysis of a comprehensive approach to the issues of professional orientation of disabled people of working age and its importance in vocational rehabilitation. The feasibility of vocational training and retraining of persons with disabilities must take into account the objective and subjective criteria.

В современном мире значительное число людей имеет так называемые – ограниченные возможности здоровья, которые в ряде случаев приводят к инвалидности, что вызывает необходимость социальной защиты и реабилитации этой категории граждан, направленных на восстановление социального статуса, достижения материальной независимости и социальной адаптации. Для достижения этой цели реабилитация должна вестись комплексно и включать в себя медицинскую, профессиональную и социальную составляющие.

В России разработаны национальные стандарты Российской Федерации, в том числе Федеральный закон РФ от 28.02.2013г. N 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», ГОСТ Р 53873-2010 – Реабилитация инвалидов «Услуги по профессиональной реабилитации инвалидов». Услуги по профессиональной реабилитации определяются как комплекс услуг, направленных на восстановление трудоспособности инвалида в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда, на максимально возможное включение в трудовую деятельность с учетом имеющихся нарушений функций организма и ограничений к трудовой деятельности с целью достижения им конкурентоспособности на рынке труда, материальной независимости, самообеспечения и интеграции в общество и включают в себя профессиональную ориентацию, профессиональное образование, обучение, переобучение, содействие трудоустройству, производственную адаптацию.

Целесообразность профессионального обучения и переобучения инвалидов должна учитывать объективные и субъективные критерии. В первом случае подразумевается объективная целесообразность, перспективность предоставления инвалиду тех или иных образовательных услуг, во втором - личная заинтересованность в получении образования, а также экономические интересы личности и ее семьи. [3,4]

Согласно Федеральному закону от 29.12.2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» предусматривается в целях реализации права каждого человека на образование: создание необходимых условий для получения без дискриминации качественного образования лицами с ОВЗ, для коррекции нарушений развития и социальной адаптации, оказания ранней коррекционной помощи на основе специальных педагогических подходов и наиболее подходящих для этих лиц языков, методов и способов общения и условия, в способствующие получению образования, а также их социальному развитию этих лиц. [2,3]

Наибольшее внимание должно уделяться проведению мероприятий по профессиональной реабилитации. Однако не всегда достаточное внимание уделяется инвалидам трудоспособного возраста, получившим данный статус вследствие заболевания, травмы и т.п.

Взрослые люди в процессе своей жизнедеятельности, прилагают усилия для самоадаптации к условиям окружающего мира, стараются осознать и оценить значение своих действий, как до начала выполнения, так и по их завершению, их результаты и последствия. Система образования взрослых инвалидов должна помогать им в осознании стоящих перед ними проблем, способствовать их самостоятельному решению, преодолению потребительской позиции, в самоопределении и адаптации. Успешность профессиональной реабилитации оценивается количеством и качеством компетенций, отражающих способность качественно выполнять свои профессиональные функции и учитывающей особенности конкретного человека, способствующая достижению им желаемого результата. [1]

Основанием для начала профессиональной реабилитации в ПРЦ является рекомендация, разработанная специалистами медико-социальной экспертизы в индивидуальной программе реабилитации инвалидов (ИПРА). Однако отсутствие или, в некоторых случаях, не полнота записи в нуждаемости инвалида в конкретных видах профессиональной реабилитации в ИПР создает трудности при проведении профориентационных мероприятий для выбора направления и уровня возможного профессионального обучения.

На протяжении многих лет между учреждениями ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» и СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр» (далее – ПРЦ) происходит обмен информацией, проводятся совместные семинары, рабочие встречи с целью совершенствования межведомственного взаимодействия по вопросам профессиональной реабилитации инвалидов.

В 2014 году между ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» и СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр» заключено Соглашение о сотрудничестве, позволяющее организовать более тесное взаимодействие между двумя организациями. В настоящее время совместная деятельность позволяет достаточно оперативно решать конкретные вопросы, возникающие в процессе всех этапов профессиональной реабилитации, начиная с профориентации и заканчивая содействием трудоустройству, осуществлять мониторинг и оценку хода и результатов реабилитации. Отмечены хорошие результаты взаимодействия специалистов ПРЦ и ЦСРиДи по вопросам профессиональной и социальной реабилитации инвалидов. [4]

На этапе профессиональной ориентации закладывается основа успешности проводимых мероприятий по интеграции человека с ограниченными возможностями, построение этапности реабилитации, так называемой «лестницы реабилитации», определяющей те небольшие шаги, которые позволяют наиболее эффективно и последовательно решать поставленные перед индивидом задачи, направленные на выбор его будущей профессиональной деятельности. [1,4]

При проведении профориентационных мероприятий на базе ПРЦ выявлено, что примерно 20-25% обратившихся имеют твердые профессиональные намерения. Примерно столько же вообще не задумываются о своих профессиональных планах. Около 60% - не имеют четкой позиции, сомневаются в своем выборе, плохо ориентируется в мире профессий, не могут определиться в своих склонностях, неадекватно оценивают свои возможности и ограничения, не уверены в собственных силах, часто имеют установку на невозможность трудоустройства в связи с инвалидностью и искаженное представление о реальном положении дел на современном рынке труда. Отмечается достаточно низкий уровень их социальной адаптации и т.п. [3,4]

Применение личностно-ориентированного подхода к проблеме профориентации и профессиональной реабилитации помогает людям с ограниченными возможностями понять свои желания и возможности. Как показывает практика, одной из наиболее часто встречаемых трудностей у лиц с ограниченными возможностями, является низкий уровень, а иногда и полное отсутствие мотивации к обучению и последующей трудовой деятельности.

Внедрение Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 июля 2015 г. N 528н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых феде-

ральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм» изменило годами сложившуюся схему работы с инвалидами. Так при реализации ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) обеспечиваются последовательность, комплексность и непрерывность в осуществлении реабилитационных или абилитационных мероприятий, динамическое наблюдение и контроль за эффективностью проведенных мероприятий. Выписка из ИПРА инвалида направляется для выполнения мероприятий по профессиональной реабилитации или абилитации - в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области содействия занятости населения, по психолого-педагогической реабилитации или абилитации - в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере образования, по социальной реабилитации или абилитации - в орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере социальной защиты населения.

В настоящее время для успешной работы в области профессиональной реабилитации отрабатывается новая система взаимодействия между ПРЦ, МСЭ и Агентствами по занятости населения. В настоящий переходный период достаточно сложно в некоторых случаях добиться оптимального решения вопросов профессиональной реабилитации.

Необходимо отметить, что антропоцентрический подход в современной профориентационной практике получил свое отражение в новых требованиях к описанию профессионально важных качества работника как субъекта труда. При их описании в профессиональной педагогике выделяют такое понятие как «ключевые квалификации», которые являются основой практически для всех профессий и не теряющих своего значения при изменении технологии производства и определяют продуктивность (производительность, качество, результативность и так далее) не только в рамках конкретной профессиональной деятельности.]

На современном этапе обучение базисным квалификациям рассматривается как одно из направлений профессионального образования и включает в них те знания и умения, способности, личностные качества, которые необходимы для работы в различных сферах профессиональной деятельности, в решении возникающих ситуаций в процессе трудовой деятельности и социальной жизни. Для индивида в условиях развитой рыночной экономики существует прямое соответствие между уровнями имеющихся базовых навыков и возможностью получения занятости. При обучении инвалидов в настоящее время ставится задача освоения специальности в соответствии с квалификационными требованиями, рассматривающими квалификацию как часть компетенции специалиста, включающей специальные знания и умения, индивидуальные способности, отношение к труду и социальному окружению, в том числе способность действовать самостоятельно и ответственно. [1,4]

Следует отметить, что эффективность профессиональной реабилитации инвалидов повышается при проведении профессиональной диагностики инвалидов для определения оптимального комплекса мероприятий, необходимых для успешного овладения выбранной профессией, повышения уровня социальной компетенции, уточнения ИПРА инвалида, коррекции профпланов и сопутствующий социально-психологической адаптации, на этапах профессиональной реабилитации.[3,4]

Основной целью деятельности отдела профотбора и профпробы ПРЦ является осуществление комплекса мероприятий по профориентации для определения оптимального пути профессиональной реабилитации на основании интересов, склонностей, способностей, профессионально важных качеств, а также потенциальных и компенсаторных возможностей инвалидов.

При решении вопросов профпригодности инвалида специалисты отдела исходят из требований антропоцентрического подхода, применяя системный подход, соединяющий методы, психологии, педагогики, социальной работы и медицины при проведении профдиагностических мероприятий.

Деятельность отдела профотбора и профпробы ПРЦ можно разделить на 3 основных направления:

приемная комиссия;

профессиональная ориентация и профессиональная диагностика;

реабилитационно-подготовительные курсы (РПК), выполняющие роль подготовки и адаптации к учебному процессу.

Для достижения конечной цели профессиональной реабилитации при проведении мероприятий по профдиагностике инвалидов решается целый комплекс задач:

осуществление профориентационного консультирования инвалидов;

осуществление профессионального отбора инвалидов;

определение прогноза обучения и трудоустройства;

проведение профподбора для инвалидов;

разработка индивидуального маршрута реабилитации в ПРЦ;

проведение комплекса мероприятий по повышению общеобразовательного уровня абитуриента и адаптации его к процессу профессионального обучения;

Данная технология реализуется как единый и комплексный подход, формирующий заключение о профессиональной пригодности инвалида. Модель мероприятий по профотбору включает в себя: первичное

собеседование и прием документов, медицинское обследование, социальная диагностика, базовый этап, профессиональный этап, собеседование по пройденным этапам, итоговое заключение.

Социально-психологическое сопровождение во время прохождения профессионального тестирования снижает вероятность возникновения стрессового состояния, способствует самораскрытию, самовыражению оптанта, выявлению его потенциальных возможностей и способностей, социальная и психологическая адаптация к мероприятиям профотбора, успешному прохождению тестирования, адекватной оценке собственных возможностей, сознательному профессиональному выбору, эффективности дальнейшего обучения и становлению квалифицированного специалиста, конкурентоспособного на рынке труда.

Комплексный анализ результатов профориентационного, психологического и профессионального тестирования с использованием методов наблюдения, анализа продуктов деятельности, открытого интервью, данных медицинского и социального обследований проводится обсуждение и принимается решение о профессиональной пригодности инвалида к тому или иному виду деятельности, о возможности профессиональной подготовки, определяется наиболее результативный путь профессиональной реабилитации, необходимость адаптационных мероприятий, определяется возможность и целесообразность обучения выбранной специальности.

Преимуществами данной модели проведения мероприятий по профессиональной диагностике являются: системный и комплексный подход к решению вопроса о профессиональной пригодности инвалида к тому или иному виду деятельности на основании заключений специалистов различных областей;

использование как индивидуальной, так и групповой форм работы;

индивидуальный и дифференцированный подход к оптантам;

возможность изменения продолжительности проведения тестирования в зависимости от контингента и применения этой методики к любому контингенту испытуемых и др.;

возможность проследить динамику изменения психического, физического, эмоционального состояния абитуриента, способность переносить нагрузки, наличие психокоррекционного эффекта, создание благоприятных условий для социально-психологической адаптации;

наличие медицинского, социального и психологического сопровождения профотбора;

возможность постоянного совершенствования данной модели исходя из требований различных профессий и профессионального обучения;

высокая степень объективности результатов тестирования

наличие обратной связи с различными этапами профессиональной реабилитации;

работа в тесном контакте с медико-социальной экспертизой.

Таким образом, эффективность профессиональной реабилитации взрослых инвалидов повышается при условии применения комплексной системы профдиагностики, в том числе моделирования элементов профессиональной деятельности, для определения реабилитационного потенциала, уровня развития профессионально-значимых качеств, необходимости проведения корректирующих мероприятий, адаптации рабочего места и поддерживающего трудоустройства на этапах профессиональной реабилитации, и, следовательно, полной или частичной интеграции инвалида в общество, как важной цели профессиональной реабилитации.

Критерием оценки эффективности проведенной реабилитации является социальная адаптация и интеграция инвалида в общество путем его трудоустройства или дальнейшего обучения по программам более высокого профессионального уровня с учетом потребностей и индивидуального выбора инвалида.

Список литературы

- Образование на протяжении всей жизни: разнообразие идей, концепций, форм, методов, технологий. В десяти домах. Том 7. Обучение лиц со специальными потребностями Международная монография по итогам акций ЮНЕСКО «Неделя образования взрослых» 2012-2013 г.г./ Под ред. С.С.Лебедевой, Г.Г.Иванова. – СПб: Изд-во «Политехника-сервис», 2013.- 252с
- Профессиональная ориентация лиц с учетом ограниченных возможностей здоровья/ Е. М. Старобина, Е. О. Гордиевская, И. Е. Кузьмина. - [2-е изд.]. - Москва : Форум : ИНФРА-М, 2016. - 351 с. : табл.; 22 см.; ISBN 978-5-00091-138-9
- Профессиональная ориентация инвалидов и лиц с ОВЗ в системе многоуровневого образования: организационные и методические аспекты: Всероссийская научно-практическая конференция, 18 ноября 2016 г. : в 3 т. / М-во образования и науки Российской Федерации, Московский гос. гуманитарно-экономический ун-т ; [сост.: В. Д. Байрамов, Н. А. Ореховская]. - Москва : МГГЭУ, 2016. - 25 см.; ISBN 978-5-9799-0082-7
- Актуальные вопросы профессиональной ориентации, общего и профессионального обучения и занятости инвалидов: материалы Международной научно-практической конференции, 21 апреля 2016 г., Санкт-Петербург / Ком. по социальной политике Санкт-Петербурга, Ком. по труду и занятости населения Санкт-Петербурга, СПб ГБУ «Проф.-реабилитационный центр» ; [редкол. : Иванов Г. Г. и др.]. - Санкт-Петербург : СПб ГБУ «Проф.-реабилитационный центр», 2016. - 189 с. : ил., табл.; 30 см.; ISBN 978-5-9907447-3-8 : 300 экз.

УДК37.072+331.538.4

Чукардин В. А.

О СОВМЕСТНОЙ РАБОТЕ СЛУЖБЫ ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, ОРГАНОВ ОБРАЗОВАНИЯ И ФГБУ СПБ НЦЭПР ИМ. Г. А. АЛЬБРЕХТА ПО СОДЕЙСТВИЮ ТРУДОУСТРОЙСТВУ ВЫПУСКНИКОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ИЗ ЧИСЛА ИНВАЛИДОВ

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

Chukardin V.A.

ABOUT THE JOINT WORK OF THE EMPLOYMENT SERVICE, EDUCATION AUTHORITIES AND CENTER N.A. ALBRECHT TO PROMOTE THE EMPOWERMENT OF THE GRADUATES WITH DISABILITIES OF THE VOCATIONAL EDUCATIONAL ORGANIZATIONS

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: Занятость выпускников с инвалидностью, маршрут индивидуальной карьеры.
Keywords: the empowerment of the graduates with disabilities, route of individual professional career.

Аннотация. Излагается опыт совместной работы Центра им. Г. А. Альбрехта, органов занятости населения и образования по содействию занятости выпускников профессиональных образовательных организаций из числа инвалидов, в том числе подробно рассматривается разработка для них типового индивидуального маршрута профессиональной карьеры.

Abstract. The article presents the experience of joint work of the Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, employment agencies and education authorities to promote employment of graduates with disabilities from vocational educational organizations. Details of developing their individual route of professional career are considered.

Введение.

В Санкт–Петербурге в 2017 году ведется совместная работа органов службы занятости населения, образования, Базового центра содействия трудоустройству выпускников Санкт–Петербурга (Базовый центр) с активным участием работников ФГБУ СПБ НЦЭПР им. Г. А. Альбрехта (Центр им. Альбрехта), целью которой в рамках системы мер по содействию трудоустройству выпускников профессиональных образовательных организаций из числа инвалидов, является разработка типового индивидуального документа обучающегося.

Материалы и методы.

Актуальность темы была обозначена подготовкой Правительством РФ «Плана мероприятий по реализации в субъектах РФ программ сопровождения инвалидов молодого возраста, при получении ими профессионального образования и содействия в последующем трудоустройстве на 2016–2020 годы» [1]. По данным комитета по образованию Санкт–Петербурга, в 2016/2017 учебном году в 49 профессиональных образовательных организациях, подведомственных комитету, обучалось 893 инвалида и лиц с ОВЗ по различным профессиям/специальностям. Трудоустройство инвалидов после окончания обучения составило 75,2% процентов. Но следует отметить, что обеспечение занятости этой группы выпускников идет не гладко. Возникла необходимость координации работы всех заинтересованных структур для достижения цели: высокого уровня трудоустройства инвалидов–выпускников. Основой работы стали методические рекомендации Минтруда РФ (согласованные с Минобрнауки РФ) по оказанию содействия в поиске подходящей работы выпускникам, относящимся к категории инвалидов [2].

По приглашению комитета по образованию Санкт–Петербурга и Базового центра, представители Центра им. Альбрехта, на первом этапе совместной работы, выступали на семинарах специалистов образовательных организаций, ответственных за работу по трудоустройству выпускников. Эти мероприятия проводились на базе Морского технического колледжа, Невского колледжа им. А.Г.Небольсина и Охтинского колледжа. В ходе семинаров была получена объективная информация о состоянии работы по трудоустройству выпускников-инвалидов. Было установлено, что ответственные за трудоустройство в профессиональных образовательных организациях испытывают затруднения в работе с инвалидами в инклюзивном образовательном пространстве. Часть инвалидов не проходит профессиональную реабилитацию и не готова к будущей работе по специальности. Это подтверждается, в частности, исследованиями Центра им. Альбрехта, проведенными в 2013-2015 гг. по поручению комитета по труду и занятости населения Санкт–Петербурга по итогам опросов инвалидов [3].

По результатам семинаров на втором этапе совместной работы комитет по образованию Санкт-Петербурга создал рабочую группу из представителей комитета, базового центра, органов занятости населения, Центра

им. Альбрехта, профессиональных образовательных организаций, Академии постдипломного педагогического образования (далее – рабочая группа). Целью рабочей группы стала разработка типового документа, касающегося системного выстраивания взаимодействия с обучающимися в форме “Индивидуального маршрута профессиональной карьеры выпускника из числа инвалидов” (рабочее название, далее - Маршрут). Представители Центра им. Альбрехта и органов занятости населения подготовили предложения в разделы Маршрута, в том числе по сопровождаемому содействию занятости инвалидов. Эти предложения неоднократно обсуждались на заседаниях группы.

В указанный раздел, который планируется заполнять обучающимися совместно со специалистами службы занятости и (или) ответственными за трудоустройство в образовательной организации, нами было предложено включить мероприятия по профориентации, психологическому консультированию родителей инвалидов. Обучающиеся из числа инвалидов, в рамках мероприятий Маршрута, планируют участие во встречах с работодателями, посещение предприятий по специальности (профессии), ярмарок вакансий, проводимых совместно со службой занятости, занятий по социальной адаптации на рынке труда, по подготовке к созданию своего дела и другие меры. Возможно включение в Маршрут мероприятия по временному трудоустройству инвалидов в возрасте до 18 лет при финансовой поддержке службы занятости, что окажет им помощь в подготовке к постоянному трудоустройству.

Нами рекомендовано включить в Маршрут проведение производственно-адаптационной практики на предприятиях для обучающихся из числа “тяжелых” инвалидов, с созданием специальных условий труда, с привлечением наставников. На период подготовки обучающихся инвалидов к выпуску нами предложено включить в Маршрут мероприятия по налаживанию прямых контактов с потенциальными работодателями, НКО города, занимающимся трудоустройством инвалидов, по уточнению ИПРА (с привлечением учреждений МСЭ).

На третьем этапе работы представители Центра им. Альбрехта приняли участие в уточнении технологии и проведении органами занятости населения встреч обучающихся инвалидов с работодателями, проявившими интерес к трудоустройству этих граждан. Эти встречи прошли на базе Охтинского колледжа и Профессионального реабилитационного центра. Их особенностью стало консультирование работодателей на примере их коллег, уже имеющих опыт работы с инвалидами.

На четвертом этапе работы Центр им. Альбрехта совместно с Центром занятости населения Санкт-Петербурга уделили серьезное внимание обучению персонала службы занятости населения особенностям работы с инвалидами, в том числе с обучающимися. На базе Центра им. Альбрехта проводились и в ближайшее время пройдут занятия для психологов–специалистов по профориентации. В рамках обучения будут использоваться разработки, которые позволят повысить эффективность трудоустройства инвалидов. Специалисты смогут научиться, в рамках мероприятий Маршрута, на практике реализовывать те из них, которые предусматривают участие службы занятости.

Результаты.

Работа над Маршрутом в настоящее время близка к завершению. Бланк Маршрута предполагается в электронном виде довести до сведения всех профессиональных образовательных организаций, в которых обучаются инвалиды. Комитет по образованию Санкт-Петербурга и базовый центр возьмут на себя функцию его апробации и контроля за повсеместным использованием.

Заключение.

Практическое взаимодействие Центра им. Альбрехта с органами занятости, образования, с профессиональными образовательными организациями позволило приблизить практику нашей работы к реальным потребностям этих структур, что в том числе помогает им комплексно решать вопросы содействия занятости обучающихся инвалидов.

Список литературы:

1. Об утверждении плана мероприятий по реализации в субъектах Российской Федерации программ сопровождения инвалидов молодого возраста при получении ими профессионального образования и содействия в последующем трудоустройстве на 2016-2020 годы: распоряжение Правительства РФ от 16 июля 2016 года N 1507-р.
2. Методические рекомендации по оказанию содействия в поиске подходящей работы выпускникам профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования, относящимся к категории инвалидов: Письмо Первого заместителя Министра труда и социальной защиты РФ от 11 декабря 2015 года N 16 – 2/10/П – 7704.
3. Результаты мониторинга потребности незанятых инвалидов трудоспособного возраста в трудоустройстве, открытии собственного дела в Санкт-Петербурге в 2015 году. Информационно-методический сборник. – СПб: СПб ГАУ «Центр занятости населения Санкт-Петербурга», 2015 г. - 59 с.

УДК 364.048.6:616.832-001-036.868

Васильченко Е.М., Карапетян К.К.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ СОЦИАЛЬНОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА

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

Vasilchenko E.M., Karapetian K.K.

RESULTS OF THE PRELIMINARY EVALUATION OF THE SOCIAL AND VOCATIONAL STATUS IN IN PATIENTS WITH TRAUMATIC SPINAL CORD INJURY

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

Ключевые слова: профессиональная реабилитация, травматическая болезнь спинного мозга, инструменты оценки.

Keywords: vocational rehabilitation, traumatic spinal cord injury, assessment tools.

Аннотация.

Для измерения ограничений социально-профессиональной вовлеченности и нарушений активности в повседневной жизнедеятельности в реабилитационной практике западных стран многие десятилетия разрабатываются и успешно применяются опросники и тесты и их самоотчётные версии, посредством которых пациенты самостоятельно оценивают свой статус. Одним из последних подобных разработанных инструментов является опросник профессиональной реабилитации Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ), который был использован в данном исследовании. Базой для разработки WORQ стал Набор Международной классификации функционирования для Профессиональной реабилитации, сформированный в 2010 году.

Abstract.

In order to evaluate the limitations in social and vocational involvement and impairments in the activities of daily living for many decades health professionals in Western countries have been developing and using various questionnaires and tests along with their self-report versions using which patients assess their own social and vocational status by themselves. In this study, we used a recently developed instrument Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ). The basis for WORQ development was the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) by the World Health Organization. WORQ is based on the ICF Core Set for Vocational Rehabilitation developed in 2010.

Цель исследования. Анализ социально-профессионального статуса пациентов с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ), поступивших в нейрохирургическое отделение ФГБУ ННПЦ и РИ Минтруда России.

Материалы и методы. Исследование проводилось с использованием русскоязычной самоотчётной версии опросника профессиональной реабилитации WORQ. Опросник состоит из двух частей: первая часть включает вопросы биографического характера, вторая часть – вопросы о функционировании анкетируемого. Для оценки уровня проводимости по спинному мозгу использовалась Шкала нарушений Американской ассоциации спинальной травмы – American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale (AIS).

Результаты. В исследовании приняли участие 200 пациентов с ТБСМ, проходивших лечение в нейрохирургическом отделении Центра. Из них 154 (77 %) – мужчины, 46 (23 %) – женщины. Средний возраст пациентов составил $32,7 \pm 0,5$ лет. Средняя давность травмы составила $5,7 \pm 0,4$ года. Пациентов с I группой инвалидности было 184 (92 %), со II группой было 7 (3,5 %) пациентов, с III группой – 2 (1 %) пациента, без группы инвалидности – 7 (3,5 %) пациентов. По шкале AIS выборка имеет следующие характеристики: AIS A – 67 (33,5 %) пациентов, AIS B – 57 (28,5 %) пациентов, AIS C – 51 (25,5 %) пациентов, AIS D – 25 (12,5 %), и AIS E – 0 пациентов. Пациентов с I группой инвалидности было 184 (92 %), со II группой было 7 (3,5 %) пациентов, с III группой – 2 (1 %) пациента, без группы инвалидности – 7 (3,5 %) пациентов. Семейное положение: 53 (26,5 %) участника состоят в браке; 103 (51,5 %) отметили вариант не женат/не замужем; 27 – разведены; имеют сожителей 13 (6,5 %) участников; один (0,5 %) участник проживает отдельно от супруги; ещё 2 (1 %) участника отметили вариант «вдовец/вдова». Что касается трудового статуса, то 172 (86 %) пациента социально и профессионально неактивны: 147 участников на вопрос о текущем или предыдущем трудовом статусе ответили «Неприменимо»; ещё 25 пациентов также были не профессионально активны, но выбрали варианты «на пенсии», «домохозяин/домохозяйка» либо отметили свой предыдущий трудовой статус. Таким образом, от общего числа социально и профессионально активными были 28 (14%) пациентов от общего числа:

16 (8 %) – мужчины, 12 (6 %) – женщины;

8 (4 %) пациентов имели AIS A, 10 (5 %) – AIS B, 3 (1,5 %) – AIS C, и 7 (3,5 %) – AIS D;

17 (8,5 %) – самозанятые на облегчённых условиях, 6 (3 %) наёмных работников (4 на облегчённых условиях и 2 – полный рабочий день), 5 (2,5 %) студентов/стажёров (1 из них на облегчённых условиях).

Выводы. Предварительный анализ выявил, что женщины с ТБСМ проявляют большую социально-профессиональную активность, чем мужчины ($p = 0,012$). Было обнаружено, что социально-профессиональная

активность не зависит от уровня поражения проводимости по спинному мозгу ($p = 0,705$); с точки зрения занятости не является статистически значимым и уровень образования ($p = 0,099$).

Большинство профессионально не активных пациентов ($n = 158$; 79 %) связывают свою незанятость с состоянием здоровья. Однако, часть пациентов ($n = 14$; 7 %) отмечают вариант «другая причина». Примечательно, что состояние здоровья этих пациентов идентичны как между собой, так и относительно социально-профессионально активных пациентов. Следовательно, для выявления неясных причин социально-профессиональной невовлеченности данной категории пациентов необходимо дальнейшее, более глубокое изучение.

УДК 364.48

Григорьева М.И.

НЕЗАВИСИМАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА УСЛУГ В СФЕРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В ПЕРМСКОМ КРАЕ

ФГБОУ ВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет», г. Пермь

Grigoreva M.I.

INDEPENDENT ASSESMENT OF THE QUALITY OF SERVICES IN THE REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE IN THE PERM REGION.

Perm State University, Perm

Ключевые слова: качество социальных услуг, независимая оценка качества услуг, реабилитация инвалидов, поставщики услуг в сфере реабилитации инвалидов.

Keywords: quality of social services, independent assessment of the quality of services, rehabilitation of disabled people, providers of rehabilitation services for disabled people.

Аннотация. В статье описана процедура проведения и представлены результаты независимой оценки качества услуг, предоставляемых государственными и негосударственными организациями, имеющими право оказывать реабилитационные услуги детям и взрослым с инвалидностью.

Abstract. The process of organizing and the results of an independent assessment of the quality of rehabilitation services provided by state and non-governmental organizations to children and adults with disabilities are describes in the article.

В современных условиях необходимость проведения независимой оценки качества социальных услуг обусловлена нормами Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», в котором Правительству Российской Федерации было дано поручение разработать систему оценки качества в сфере социального обслуживания населения, а органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации – организовать процесс проведения независимой оценки (далее – НОК) в регионах. В 2016 году Министерством социального развития Пермского края был сформирован заказ на проведение независимой оценки качества услуг в сфере реабилитации инвалидов, исполнителем которого выступила кафедра социальной работы и конфликтологии Пермского государственного национального исследовательского университета. Объектами независимой оценки выступили КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов (9 его отделений медико-социальной реабилитации), 3 реабилитационных центра для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья, 13 санаториев-профилакториев, ФГУП «Протезно-ортопедическое предприятие», детский центр оздоровительно-образовательный центр.

Целью проведения независимой оценки организаций (государственных и негосударственных), предоставляющих услуги по реабилитации детей и взрослых с инвалидностью в Пермском крае было проведение их комплексного обследования и предложение рекомендаций по совершенствованию деятельности в сфере оказания полустационарных социальных услуг.

При проведении независимой оценки качества услуг эксперты ориентировались на нормы Федерального закона «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28 декабря 2013 № 442-ФЗ, приказы Минтруда РФ «О методических рекомендациях по проведению независимой оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги в сфере социального обслуживания» от 30 августа 2013 года №391а и «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг организациями социального обслуживания» от 8 декабря 2014 г. №995. При оценке информационной открытости и доступности поставщиков реабилитационных услуг эксперты ориентировались на Приказ Минтруда России «Об утверждении Порядка размещения на официальном сайте поставщика социальных услуг в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и обновления информации об этом поставщике (в том числе содержания указанной информации и формы ее предоставления)» от 17 ноября 2014 № 886н. При разработке инструментария для проведения НОК экспертами использовались и нормы национальных стандартов в области социального обслуживания населения. Предлагаемая Минтрудом методика проведения НОК экспертами была детализирована и уточнена на основе региональных

нормативных актов – Приказа Министерства социального развития Пермского края «Об утверждении порядков в сфере реабилитационных услуг» от 06 февраля 2015 № СЭД-33-01-03-31 и Приказа Министерства социального развития Пермского края «О проведении квалификационного отбора организаций независимо от форм собственности, предоставляющих реабилитационные услуги, а также граждан, занимающихся предпринимательской деятельностью по реабилитации инвалидов без образования юридического лица» от 8 декабря 2015 г. №СЭД-33-01-03-648.

Независимая проводилась по следующим параметрам:

1) Оценка открытости и доступности информации об организации социального обслуживания.

Процедура оценки:

- анализ 19 сайтов поставщиков реабилитационных услуг методом контент-анализа;
- проведение эксперимента – обращений к поставщикам социальных услуг с различными вопросами о предоставлении реабилитационных услуг по телефону и по электронной почте (по пять телефонных обращений в каждую организацию и пять сообщений по электронной почте) методом интервью;
- анализ информационных стендов организаций – поставщиков услуг методом наблюдения;
- анализ информационных буклетов и брошюр об организациях – поставщиках услуг методом контент-анализа;
- анализ степени удовлетворенности информационной открытостью и доступностью организаций и учреждений методом анкетирования получателей услуг.

2) Оценка комфортности условий предоставления социальных услуг и доступность их получения:

Процедура оценки:

- оценка доступности среды для маломобильных групп населения методом наблюдения;
- оценка удовлетворенности получателей услуг доступностью среды (внутри учреждения и благоустройством его территории) методом анкетирования;
- оценка наличия и оборудованности помещений в организациях и учреждениях для предоставления реабилитационных услуг (метод наблюдения); оценка наличия и оборудованности рабочих мест специалистов, оказывающих услуги по реабилитации (метод наблюдения и беседы со специалистами); оценка документационной обеспеченности деятельности специалистов (анализ документов (реабилитационных программ и иных документов, заполняемых специалистами в процессе оказания услуг), беседа со специалистами);
- оценка укомплектованности учреждений методом анализа документов – штатных расписаний поставщиков услуг.

3) Оценка времени ожидания предоставления социальной услуги методом анкетирования получателей услуг;

4) Оценка доброжелательности, вежливости, компетентности работников организаций социального обслуживания:

- методом анкетирования получателей услуг;
- методом анализа документов – справок организаций и копий документов специалистов о повышении квалификации специалистов, оказывающих реабилитационные услуги, за последние 3 года;

5) Оценка удовлетворенности качеством оказания услуг получателей услуг методом анкетирования получателей услуг и анализа документов – книг жалоб и предложений поставщиков реабилитационных услуг. Всего было опрошено 306 клиентов, получавших услуги по реабилитации в организациях и учреждениях в октябре-ноябре 2016 года (анкетирование велось с помощью интервьюирования получателей лично или по телефону, путем самостоятельного заполнения получателями услуг анкет или с помощью специалистов учреждений). Также были просмотрены книги жалоб и предложений во всех организациях.

По итогам независимой оценки экспертами были сделаны следующие основные выводы:

1. Все поставщики услуг соответствуют требованиям, предъявляемыми к ним федеральными и региональными нормативно-правовыми актами.
2. Все реабилитационные центры и большинство санаториев-профилакториев заинтересованы в привлечении клиентов для прохождения реабилитации по сертификатам.
3. Большинство клиентов демонстрируют удовлетворенность предоставляемыми услугами.
4. Руководители и специалисты реабилитационных центров ориентированы на реабилитацию, понимают ее суть, значение и методы, тогда как представители большинства санаториев воспринимают реабилитацию как деятельность по общему оздоровлению и предоставлению санаторно-курортных услуг данной категории населения.
5. Требования к обеспечению безбарьерной среды у реабилитационных центров выполняются лучше, чем в санаториях.
6. Доброжелательность и вежливость сотрудников – это то, что очень привлекает получателей услуг в учреждениях.

7. Реабилитационные учреждения системы социальной защиты лучше обеспечены документационно, информационно и методически, в учреждениях есть практически все помещения для предоставления услуг (кроме помещений для проживания для услуг, предоставляемых в режиме дневного пребывания, в некоторых случаях – услуг питания), оборудование учреждений ориентировано на оказание реабилитационных услуг, как правило, все помещения доступны для людей с инвалидностью (оборудована безбарьерная среда – поручни, пандусы, рельефная плитка, цветные таблички для слабовидящих).

8. Санатории-профилактории лучше обеспечены оборудованием для проведения физиотерапевтических процедур, предоставляют комфортные условия для проживания клиентов, но документационно, информационно и методически оборудованы хуже, помещения для оказания услуг психологами, эрготерапевтами, логопедами, как правило, или отсутствуют, или есть, но используются несколькими специалистами и оборудованы недостаточно.

По итогам независимой оценки качества экспертами были сформулированы следующие рекомендации:

Общие рекомендации, которые эксперты высказали по итогам независимой оценки качества услуг, следующие:

1). Министерству социального развития как заказчику реабилитационных услуг:

а) разработать методические рекомендации по осуществлению информационного и документационного обеспечения деятельности организаций, являющихся поставщиками реабилитационных услуг, требования к содержанию и оформлению реабилитационных программ, провести обучение для возможных поставщиков реабилитационных услуг по разъяснению составления данных документов;

б) содействовать проведению обучающих мероприятий для поставщиков реабилитационных услуг, особенно в части понимания содержания и сути реабилитации инвалидов, ее методов и т.д.

2). Организациям – поставщикам реабилитационных услуг:

а) обратить внимание на обновление информации на сайте организации, в том числе – его версии для слабовидящих, разместить информацию о деятельности по реабилитации инвалидов на информационных стендах;

б) оборудовать безбарьерную среду для маломобильных групп населения (входные группы, санитарно-гигиенические помещения и т.д.);

в) санаториям-профилакториям оборудовать помещения и приобрести необходимое оборудование для оказания услуг психологами, педагогами, логопедами, эрготерапевтами, содействовать тому, чтобы клиенты обращались за получением данных услуг;

г) санаториям-профилакториям провести работу по документационной обеспеченности оказания услуг по реабилитации (привести в соответствие реабилитационные программы и др. документы, которые ведутся на получателя услуг);

д) проводить обучение специалистов, задействованных в предоставлении реабилитационных услуг, с целью лучшего понимания содержания и сути реабилитации инвалидов, обучения технологиям и методам реабилитации [1].

Для повышения открытости и доступности информации об организации социального обслуживания поставщикам услуг необходимо обратить внимание на следующие рекомендации:

1). Государственным и муниципальным учреждениям заполнить все необходимые разделы на сайте Федерального казначейства www.bus.gov.ru.

2). Негосударственным поставщикам социальных услуг привести информационные стенды в организациях в соответствии с требованиями (разместить необходимые нормативно-правовые акты, перечни социальных услуг и прочее), а также запланировать печать брошюр и буклетов о деятельности организаций.

3). Поставщикам социальных услуг, не имеющим версии для слабовидящих на официальном сайте (в первую очередь – негосударственным организациям), создать такую версию или привести ее в соответствие с ГОСТ Р 52872 2007 «Интернет-ресурсы. Требования к доступности для инвалидов по зрению».

4). Поставщикам социальных услуг обратить особое внимание на обязательность ответов на обращения граждан в электронной форме по электронной почте.

5). Поставщикам социальных услуг, не использующим социальные сети (например, «ВКонтакте») для информирования граждан, целесообразно тиражировать подобный опыт отдельных организаций (КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов», ОМСР Свердловского района, ОАО «Строительно-монтажный трест № 14» спортивно-оздоровительный комплекс «Санаторий-профилакторий «Сосновый бор»» г. Пермь, ООО «Санаторий-профилакторий «Родник»» г. Пермь, ООО «Санаторий-профилакторий «Камские зори»» г. Чайковский, ФГУП «Пермское протезно-ортопедическое предприятие» г. Пермь). [2].

Список литературы

1. Григорьева М.И., Леденцова В.А., Невельсон Е.Ю., Телегина Г.А. Независимая оценка качества услуг, предоставляемых лицам с

инвалидностью, в Пермском крае: нормативные основы, методика проведения, основные выводы// Социальная безопасность и защита человека в условиях новой общественной реальности. Современные научные подходы и формы социальной практики в социальной работе с людьми, имеющими инвалидность: материалы VIII Междунар. науч.-практ. конф. (г. Пермь, 14 декабря 2016 г.)/ под общ. ред. З.П. Замараевой, М.И. Григорьевой; Перм. гос. нац. исслед. ун-т. Пермь, 2016. С.137-152.

2. Гасумова С.Е., Григорьева М.И., Жигалов Ю.В., Коваль А.Е., Лопатин А.А., Мехоношин А.Д., Менжаева О.А., Некрасов Д.А., Ракина В.Д. Результаты независимой оценки открытости и доступности информации о поставщиках социальных услуг в Пермском крае// Социальная безопасность и защита человека в условиях новой общественной реальности. Современные научные подходы и формы социальной практики в социальной работе с людьми, имеющими инвалидность: материалы VIII Междунар. науч.-практ. конф. (г. Пермь, 14 декабря 2016 г.)/ под общ. ред. З.П. Замараевой, М.И. Григорьевой; Перм. гос. нац. исслед. ун-т. Пермь, 2016. С.105-130.

УДК 341.231.145

Бочарова О.С., Демина Э.Н., Радута В. И.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРАВОВЫЕ ПОДХОДЫ РЕГУЛИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

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

Bocharova O.S., Demina E.N., Raduto V.I.

MODERN LEGAL APPROACHES TO THE REGULATION OF SOCIAL REHABILITATION OF THE DISABLED

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: социальная реабилитация инвалидов, правовые основы социальной реабилитации

Аннотация. Нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность специалистов социальной реабилитации инвалидов, показывают, что в Российской Федерации существует обширная правовая база по данному направлению реабилитации инвалидов.

Key words: social rehabilitation of the disabled, legal basics of social rehabilitation

Abstract. Normative legal acts, regulating the activity of specialists of social rehabilitation of disabled persons, show that in the Russian Federation there is an extensive legal framework in this area of rehabilitation.

Правовые основы социальной реабилитации инвалидов - основополагающий нормативный правовой акт, нормы которого определяют государственную политику в отношении инвалидов в Российской Федерации - Конституция Российской Федерации, Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации", международно-правовые акты, касающиеся реабилитации инвалидов, государственная программа Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 - 2020 годы. В связи с ратификацией Конвенции ООН о правах инвалидов принят от 01.12.2014 г. Федеральный закон №419-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов". Социальная реабилитация относится к числу наиболее актуальных и востребованных сфер общественной практики. Высокая гуманитарная направленность, социальная духовная поддержка инвалидов всегда была свойственны передовым слоям российского общества. Решение вопросов социальной реабилитации инвалидов позволяет государству реализовать принцип социальной направленности, и, использование комплекса мероприятий социальной реабилитации позволяет улучшить качество жизни инвалидов, восстанавливая их социальное функционирование. Социальная реабилитация содействует интеграции инвалида и создает условия для ее полной или частичной юридической, политической, экономической, социальной, культурной самостоятельности и равных с другими гражданами возможностей участия в общественной жизни и развитии общества. Нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность специалистов социальной реабилитации инвалидов, показывают, что в Российской Федерации существует обширная правовая база по данному направлению реабилитации инвалидов. Однако, малая информированность специалистов так или иначе связанных с разработкой и выполнением данного направления индивидуальной программы реабилитации (абилитации), а также специалистов первичного и стационарного звеньев реабилитационных центров, не позволяет максимально ее реализовывать.

УДК 616-036.86 +349.3

Кароль Е.В.^{1,2}, Абросимов А.В.¹, Корниенко М.А.¹

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОГО НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ВОПРОСОВ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ

¹ФКУ ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу Минтруда России²ГБОУ СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-ПетербургKarol E.V.^{1,2}, Abrosimov A.V.¹, Kornienko M.A.¹

SOME ASPECTS OF CURRENT LEGAL REGULATION OF THE ISSUES OF PROVIDING DISABLED PEOPLE WITH TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION

Ключевые слова: инвалиды, медико-социальная экспертиза, технические средства реабилитации, медицинские показания, ограничения жизнедеятельности, индивидуальная программа реабилитации.

Key words: the disabled, medical-social examination, rehabilitation equipment, medical conditions, disabilities, individual program of rehabilitation.

Аннотация. Анализируются практические аспекты применения нормативных правовых актов Российской Федерации в деятельности учреждений медико-социальной экспертизы при решении вопросов рекомендации по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации. Установлена необходимость преемственности нормативно-правового регулирования вопросов реабилитации или абилитации инвалидов. Сделан вывод о целесообразности совершенствования действующих нормативных правовых актов РФ, регулирующих вопросы реабилитации инвалидов.

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 in addressing issues of recommendations for providing disabled people with technical means of rehabilitation are analyzed. The necessity of continuity of the regulatory legal regulation of the issues of rehabilitation or habilitation of disabled people has been established. The conclusion is made about the expediency of improving the current regulatory legal acts of the Russian Federation, which regulate the issues of rehabilitation of disabled people.

В современных условиях реабилитация инвалидов является одним из важнейших направлений социальной политики Российской Федерации. На протяжении последнего десятилетия вопросы обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации (ТСР) высоко актуальны как для инвалидов, так и для государственных органов и учреждений, включенных в существующую на современном этапе организационно-структурную модель обеспечения инвалидов ТСР. Вопросы обоснованности рекомендаций по обеспечению инвалидов ТСР является важным направлением реализации социальной политики государства.

Целью работы явилось исследование действующего нормативно-правового регулирования вопросов обеспечения инвалидов ТСР в практике работы учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ); выявление необходимых направлений совершенствования нормативного регулирования данного вопроса в целях повышения эффективности этого направления реабилитации.

Материалы и методы. Материалом явились нормативные правовые акты Российской Федерации в области исследования. Методы исследования: сравнительный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез, изучение и обобщение опыта работы учреждений медико-социальной экспертизы.

Федеральным законом от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» в редакции Федерального закона от 01.12.2014 N 419-ФЗ (181-ФЗ) понятие «реабилитация инвалидов» определяется как система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности; «абилитация инвалидов» как система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности (ОЖД) инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество [3]. Ст. 11 Закона 181-ФЗ, определяет, что индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА) – это комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности [3]. К техническим средствам реабилитации (ТСР) инвалидов относятся устройства, содержащие технические решения, используемые для компенсации или устранения стойких ОЖД инвалида. К ТСР для инвалидов отнесены специальные средства для самообслуживания; специальные средства для ухода; специальные средства для ориентирования, общения и обмена информацией; специальные средства для обучения, образования и занятий трудовой деятельностью; протезные изделия (включая протезно-ортопедические изделия, ортопедическую обувь и специальную одежду, глазные протезы и слуховые аппараты); специальное тренажерное и спортивное оборудование, спортивный инвентарь. Решение об обеспечении инвалидов ТСР принимается при установлении медицинских показаний и противопоказаний. Медицинские показания (МП) и противопоказания (МПП) устанавливаются на основе оценки стойких расстройств функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и

дефектами. По МП устанавливается необходимость предоставления инвалиду ТСР, которые обеспечивают компенсацию или устранение стойких ОЖД инвалида. Инвалидам, как особой социальной категории граждан, государство гарантирует проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и услуг, предусмотренных Федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, ТСР и услуг, предоставляемых инвалиду за счёт средств федерального бюджета (ФП). Финансирование расходных обязательств по обеспечению инвалидов ТСР, в том числе изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий, осуществляется за счет средств федерального бюджета и Фонда социального страхования Российской Федерации. Перечень МП и МПП для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации определяется уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти [3]. Применение инвалидом ТСР в определенных условиях окружающей среды как облегчающего фактора, приведет к существенному изменению функционирования, а также активности и участия индивидуума в разных сферах жизнедеятельности [1].

В течение последних лет нормативно-правовое регулирование вопросов обеспечения инвалидов ТСР находится в непрерывном развитии. ФП был утвержден Распоряжением от 30 декабря 2005 г. N 2347-р. В 2011 г. вступил в силу Приказ Минздравсоцразвития России от 28.07.2011 г. № 823н, утвердивший Классификацию технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду (Классификация) В дальнейшем Классификация была уточнена Приказом Минтруда России от 24.05.2013 г. № 214н. Вступление в силу в 2013 г. «Перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации» (Перечень), утвержденного Приказом Минтруда № 65н от 18.02.2013 г., в дальнейшем уточненного Приказом Минтруда России от 09.12.2014 г. № 998н (Приказ 998н) дало возможность специалистам бюро МСЭ существенно повысить качество экспертизы при рекомендации по обеспечению инвалидов ТСР, объективизировать и обосновать соответствующие решения бюро МСЭ [2]. Вместе с тем, практика работы учреждений МСЭ и региональных отделений (РО) Фонда социального страхования РФ (ФСС) свидетельствует о необходимости дополнительного уточнения содержания нормативных правовых актов (НПА) в этой сфере. Отметим некоторые проблемы последних лет.

Отсутствие механизма преемственности при выполнении рекомендаций по обеспечению ТСР в ИПР, разработанных инвалидам до вступления в силу Классификаций и Перечней. Примерами являются случаи, когда РО ФСС встают перед проблемой обеспечения рядом комплектных изделий для некоторых ТСР, которые в ИПР не указаны в связи с их отсутствием в ФП (обувь на протез, обувь при односторонней ампутации, бюстгальтер для протеза молочной железы). Вместе с тем, использование ТСР без этих изделий практически невозможно. Предложение инвалидам пройти повторное освидетельствование в порядке, предусмотренном Приказом Минтруда России 528н, фактически нарушает права инвалидов на реабилитацию, что может привести к росту социальной напряженности. Также РО ФСС ставятся вопросы о правомерности обеспечения инвалидов ТСР, которые были рекомендованы в ИПР на основании НПА, действовавших на момент вынесения решений бюро МСЭ; но в дальнейшем были исключены из Перечня ТСР вступившими в силу иными нормативными актами. Примерами являются эндопротезы, малосложная ортопедическая обувь.

Несоответствие содержания НПА, применяемых в ходе решения вопросов рекомендации по обеспечению инвалидов ТСР в ИПРА. Так, Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан, утвержденные Приказом Минтруда России от 17.12.2015 г. № 1024н, определяют **основные виды стойких расстройств функций организма** человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами. Внедрение в работу бюро МСЭ утверждённой Приказом 1024н Количественной системы оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека (КО) имело своей целью максимально объективизировать заключения специалистов бюро. Приказом 998н предусмотрено, что вид технического средства реабилитации подбирается инвалиду индивидуально, **исходя из нарушений функций организма**, с учетом условий использования технического средства реабилитации в целях компенсации или устранения имеющихся у него стойких ОЖД. Вместе с тем, наименования нарушений функций организма в действующих редакциях Приказов отличаются, что с правовой стороны делает спорным применение КО при установлении МП и МПП для обеспечения инвалидов ТСР. Кроме того, в ряде случаев МП для обеспечения ТСР в Приказе 998н основываются не на оценке степени нарушения функций организма, в том числе с применением КО, а на наличии тех или иных дефектов (нарушениях структуры организма): отсутствие молочной железы или ее части после мастэктомии; анофтальм, микрофтальм; культя стопы по Шарпу, Лисфранку, Шопару. При этом зачастую указанные дефекты не обуславливают ОЖД гражданина, и сами по себе не обуславливают наступление у него инвалидности (так, односторонняя культя по Шопару, Лисфранку, Шарпу оцениваются КО в 30%, т.е. приводят к незначительному нарушению статодинамических функций). Аналогичным примером спорного вопроса определения МП к обеспечению ТСР является содержание п.9 Приказа 998н – МП к обеспечению сложной ортопедической обувью: требует

уточнения предусмотренное в нём понятие «статическая недостаточность стоп с выраженными анатомическими проявлениями»; а указанные в п.9 «врожденные дефекты стоп», «плоско-вальгусная стопа». «анкилоз голеностопного сустава», «остаточные деформации после повреждения стопы», «акромегалия», «укорочение длины конечности свыше 30 мм» [4] зачастую сами по себе не приводят даже к умеренному нарушению статодинамической функции организма и не обуславливают ОЖД у инвалидов. С другой стороны, эти патологические проявления, с учетом обоснованных заключений профильных медицинских организаций, обуславливают нуждаемость инвалида в сложной ортопедической обуви, хотя и не являются «инвалидизирующими». Аналогичные ситуации возникают при определении МП к обеспечению ортезами (например, бандажами на коленный, голеностопный сустав, шейный отдел позвоночника и пр.).

Отсутствует необходимое нормативное регулирование вопросов рекомендации инвалидов по обеспечению инвалидов высокофункциональными ТСР. Одной из разновидностей таковых являются протезы с внешним источником энергии (ВИЭ). В частности, МП для обеспечения такими видами протезов бедра, как лечебно-тренировочным, немодульным, модульным, модульным с ВИЭ Приказом 998н не дифференцируются. МП для обеспечения протезами плеча с ВИЭ также не имеют принципиальных отличий от МП для обеспечения другими видами протезов плеча. Таким образом, решение вопроса об обеспечении тем или иным типом протеза закономерно лежит в плоскости **социальных показаний**. Вместе с тем, Законом 181-ФЗ, предусмотрено, что решение об обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации принимается при установлении **медицинских показаний и противопоказаний**. Таким образом, в рамках действующего нормативного регулирования специалисты учреждений МСЭ при вынесении решений оказываются в условиях непростого выбора: объективно, у инвалида, исходя из его социально-средовых данных, наличествуют основания для назначения высокофункционального ТСР (в частности, протеза бедра модульного с ВИЭ). Вместе с тем, данный критерий законодательно не определён, соответственно, не может быть положен в основу решения о рекомендации такого ТСР (в силу того, что это может привести к признанию решения нелегитимным). Вместе с тем, рекомендованные без учета социальных показаний ТСР в нельзя считать в полной мере направленными на всестороннюю интеграцию инвалида в общество. Представляется целесообразным рассмотреть вопрос об изложении ст. 11.1 Федерального закона №181 в редакции, действовавшей до 2006 г.: «Решение об обеспечении инвалидов техническими и иными средствами реабилитации принимается при установлении медицинских показаний и противопоказаний, а также социальных критериев». Одновременно необходима нормативная разработка соответствующих социальных критериев в целях вынесения решений бюро МСЭ в правовом поле. Также до настоящего времени отсутствует нормативное регулирование порядка внесения специалистами учреждений МСЭ в ИПРА рекомендаций о указываемых видах спинки, сидения, подлокотника, подножки, и приспособлений кресел-колясок (КК); а также ширина, глубина, высота сидения, высота спинки, высота подлокотника и предназначение, как предусмотрено п. 4 Примечания к Приказу 998н [4]. Высокая ориентированность инвалидов на конкретные, преимущественно импортные, модели КК при отсутствии нормативно закреплённых критериев существенно затрудняют вынесение объективных решений бюро МСЭ по данному вопросу.

Не в полной мере урегулированы в правовом поле вопросы применения на практике положений Постановления Правительства РФ от 10.08.2016 г. № 772, которым были внесены существенные изменения в п. 34 Правил признания лица инвалидом. В частности, Постановлением предусмотрено, что «внесение исправлений в ИПРА инвалида в связи с изменением персональных, антропометрических данных инвалида, необходимостью уточнения характеристик ранее рекомендованных видов реабилитационных и (или) абилитационных мероприятий осуществляется по его заявлению; взамен ранее выданной составляется новая ИПРА без проведения дополнительного освидетельствования инвалида» [5]. Данное изменение однозначно улучшило положение инвалидов. Например, лицам, которым ранее бессрочно было рекомендовано обеспечение подгузниками определенного размера, в случае изменения антропометрических данных не требуется проходить переосвидетельствование для внесения изменений в ИПР. Вместе с тем, механизм внесения таких изменений в отсутствие возможности объективизировать изменения антропометрических данных не проработан. Вызывает вопросы формулировка о возможности уточнения характеристик рекомендованных реабилитационных мероприятий: не будет ли внесение изменений в характеристику ТСР, по сути, являться рекомендацией другого вида ТСР? В данном контексте требует нормативного уточнения само понятие «характеристика», ведь неурегулированное в правовом смысле понятие допускает двойственное толкование, что может привести к правовым последствиям. Представляется, что данное положение требует дополнительного урегулирования.

Выводы. Вопросы рекомендаций по обеспечению инвалидов ТСР в настоящее время имеют высокую социальную значимость. Направления развития нормативно-правового урегулирования указанных вопросов представляются следующими: устранение имеющихся противоречий нормативных правовых актов; выработка правовых механизмов преемственности в случаях изменения положений НПА; урегулирование в правовом

поле вопросов рекомендаций в ИПРА конкретных видов, типов, характеристик ТСР; повышение мотивационных установок инвалидов на активное возможное участие в обеспечении оптимальными видами ТСР.

Список литературы

Владимирова О.Н. Современная модель обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации в свете биопсихосоциальной концепции инвалидности МКФ: состояние и перспективы развития исследований: /О.Н. Владимирова //Актовая речь на расширенном заседании Учёного совета института 26 декабря 2013 года. – СПбИУВЭК, 2014. – с.14.

Кароль Е.В., Абросимов А.В., Попова Н.В., Вардосанидзе О.В. Анализ рекомендаций обеспечения техническими средствами реабилитации в целях компенсации нарушения функции опоры и движения в индивидуальных программах реабилитации инвалидов в городе Санкт-Петербурге в 2013-2015 годах. //Мат. научн.-практ. конф. «Теоретические и прикладные аспекты совершенствования организации и методов реабилитации и абилитации инвалидов с нарушениями функции опоры и движения». Новокузнецк, 2016, с. 81-82.

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.

Приказ Минтруда России от 09.12.2014 N 998н (ред. от 18.07.2016) «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации» (Зарегистрировано в Минюсте России 27.01.2015 N 35747). Официальный интернет-портал правовой информации //(www.pravo.gov.ru) 29 января 2015 г.

Постановление Правительства РФ от 10.08.2016 N 772 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. N 95». Собрание законодательства РФ, 29.08.2016, N 35, ст. 5320.

УДК 364

Виола Артыкова Грэгори

РЕАБИЛИТАЦИЯ НА УРОВНЕ ОБЩИН: АДАПТИРУЕМАЯ СТРАТЕГИЯ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ, ИХ СЕМЕЙ И ОБЩЕСТВА

*Консультант по вопросам общественного здоровья и инвалидности
США, г. Ньюберг, штат Орегон*

Viola Artikova Gregory

COMMUNITY BASED REHABILITATION: AN ADAPTABLE STRATEGY FOR IMPROVING QUALITY OF LIFE FOR PERSONS WITH DISABILITIES, THEIR FAMILIES, AND SOCIETY)

USA, Newberg, Oregon

Ключевые слова: Инвалидность, реабилитация, реабилитация на уровне общин, междисциплинарный подход, конвенция о правах инвалидов, политико-правовой подход к инвалидности.

Абстракт: Тенденции распространённости инвалидности, отмечаемые в мире, требуют осуществления срочных мер, направленных на совершенствование реабилитационных услуг. Программа реабилитации на уровне общин (РУО) была предложена Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как стратегия по улучшению доступа лиц с инвалидностью к реабилитации, и обеспечения условий для выравнивания возможностей и социальной инклюзии. Она призывает к изменению установившихся взглядов на инвалидность и показывает, как можно добиться этого. РУО – это хорошо известная адаптируемая междисциплинарная стратегия, направленная на удовлетворение потребностей лиц с инвалидностью, и поддерживаемая не только ВОЗ, но и другими международными организациями, включая Международный консорциум по вопросам инвалидности и развития. РУО может быть успешно интегрирована в имеющуюся структуру реабилитации и способствует достижению целей, определенных в Конвенции по правам инвалидов (КПИ).

Введение

Существует множество определений инвалидности. Согласно ВОЗ, «инвалидность - это термин, объединяющий различные нарушения, ограничения активности и возможного участия в жизни общества. ... Это сложный феномен, отражающий взаимодействие между особенностями человеческого организма и особенностями общества, в котором этот человек живет» [1]. Состояние инвалидности является универсальным по своей сути. Каждый из нас либо сам может оказаться в ситуации инвалидности, либо иметь близких, которые сталкиваются со сложностями в функционировании на каком-либо этапе своей жизни, особенно по достижении зрелого возраста [2]. Инвалидность - это проблема общественного здравоохранения, прав человека и приоритетная задача развития человечества.

Число людей с инвалидностью в мире неуклонно растет. Это обусловлено множеством факторов, среди которых рост населения, увеличение числа лиц пожилого возраста, рост хронических заболеваний и прогресс в медицине, позволяющий сохранять и продлевать жизнь. По оценкам ВОЗ, около 15% населения мира [каждый седьмой житель Земли] - это люди с инвалидностью, что в цифровом выражении составляет более 1 млрд. человек [2]. Наблюдаемые в настоящее время глобальные тенденции распространенности инвалидности требуют незамедлительных действий для существенного улучшения услуг реабилитации во всем мире. Укрепление действующих служб реабилитации и выделение адекватных ресурсов играет критическую роль в обеспечении наличия и доступности реабилитации для тех, кому она необходима.

Реабилитация на уровне общин

РУО является важным элементом доступных [в плане физической доступности и денежных затрат] и устойчивых стратегий и программ, направленных на улучшение жизни людей с инвалидностью, их семей и общества. РУО была инициирована ВОЗ в 1978 г., после проведения Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи и принятия Алма-Атинской декларации. Она была направлена на улучшение жизни лиц с инвалидностью и их семей, обеспечение их базовых потребностей, инклюзию и участие в жизни общества. Большинство ранних программ РУО были направлены на оказание физиотерапевтических услуг, проведение медицинских мероприятий и обеспечение вспомогательными средствами. Некоторые из них также включали образовательные мероприятия, программы по обучению определенным трудовым навыкам или навыкам по зарабатыванию средств на жизнь [3].

В процессе многолетнего сотрудничества учреждений Организации объединенных наций, местных и международных неправительственных организаций и организаций лиц с инвалидностью, РУО преобразовалась в междисциплинарную стратегию, направленную на удовлетворение более широких потребностей лиц с инвалидностью [3]. РУО способствует изменению установившихся взглядов по отношению к инвалидности [от подхода, основанного на милосердии, к политико-правовому подходу], и направлена на обеспечение социальной инклюзии лиц с инвалидностью, их участие в жизни общества и выравнивание возможностей, улучшение качества их жизни при одновременной борьбе с «замкнутым кругом» бедности и инвалидности.

Конечной целью РУО является содействие всестороннему инклюзивному развитию лиц с инвалидностью на уровне общин, для людей с инвалидностью и при непосредственном участии людей с инвалидностью и их общин/окружения. РУО предполагает приверженность и активное сотрудничество многих заинтересованных сторон, включая людей с особыми потребностями, их семьи и общины, государственные учреждения и неправительственные организации, учреждения здравоохранения, образования, профессионально-технической подготовки и социальной сферы, и общество. В наши дни РУО реализуется в более чем 100 странах мира [4].

Источники информации по реабилитации на уровне общин

На сегодняшний день имеется большое количество публикаций по различным аспектам инвалидности, включая публикации по РУО. Некоторые из них: Руководство «Обучение в сообществе для людей с инвалидностью» (1989 г.; востребовано и в наши дни) [5];

РУО: стратегия для реабилитации, выравнивания возможностей, снижения бедности и социальной инклюзии людей с инвалидностью: Документ о совместной позиции ВОЗ, ЮНЕСКО и Международной организации труда [6];

Реабилитация на уровне общины. Руководство по РУО (2010 г.) [3];

Основы РУО в регионе: 2010-2020 гг. (2010 г.) [7];

Глобальный план ВОЗ по инвалидности на 2014-2021 гг. Лучшее здоровье для всех людей с инвалидностью [2];

Сбор данных, демонстрирующих наш вклад. Руководство по индикаторам РУО [8];

INCLUDE: Сообщество изучения РУО - относительно новая интернет-платформа [9].

Руководство по РУО, опубликованное ВОЗ в 2010 г., было переведено и на русский язык. Оно предлагает общее понимание и концепцию РУО. В нем обобщается информация о 30-летнем опыте применения РУО в мире, представлена новая рамочная структура действий и даны практические советы по ее внедрению, включая определение целей и результатов, на достижение которых должны ориентироваться программы РУО, и описание мер по их достижению. В нем также говорится о связи РУО с КПИ [10]: «В то время как Конвенция обеспечивает философскую и политическую базу РУО является практической стратегией внедрения. Деятельность в рамках РУО призвана удовлетворять базовые потребности инвалидов, сокращать бедность и открывать доступ к возможностям в области здравоохранения, образования, самообеспечения и социального развития. Все эти направления деятельности способствуют воплощению в жизнь целей Конвенции». [3; стр. 24] РУО также способствует достижению целей Устойчивого развития до 2030 г., принятых Организацией объединенных наций в 2015 г. [11].

Матрица программ реабилитации на уровне общин

В процессе преобразования РУО в более широкую междисциплинарную стратегию развития и с целью

обеспечения структурных рамок для программ РУО, была разработана матрица РУО. Она состоит из пяти основных компонентов: здоровье; образование; самообеспечение; социальные вопросы; расширение прав и возможностей. [3] В свою очередь, каждый компонент состоит из пяти элементов. Первые четыре компонента непосредственно связаны с ключевыми секторами развития, что отражает междисциплинарность РУО. Пятый компонент связан с расширением прав и возможностей лиц с инвалидностью, их семей и общин, что играет ключевую роль как в обеспечении доступа ко всем секторам развития, так и к повышению качества жизни и реализации прав человека лицами с инвалидностью.

Принимая во внимание то, что КПИ была ратифицирована Российской Федерацией, необходимо подчеркнуть, что принципы РУО соответствуют общим принципам КПИ [10]. Четкие ссылки на РУО имеются в статье 19 КПИ «Самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество» и статье 26 «Абилитация и реабилитация» [10]. Ссылки на РУО имеются и в других статьях КПИ, включая статью 24 об образовании «...инвалиды имели наравне с другими доступ к инклюзивному, качественному и бесплатному начальному образованию и среднему образованию в местах своего проживания;» и статью 25 о здоровье «...организуют эти услуги в сфере здравоохранения как можно ближе к местам непосредственного проживания этих людей, в том числе в сельских районах;». На рис. 1 показана связь между компонентами РУО и статьями КПИ.

Адаптируемость программ реабилитации на уровне общин

Руководство по РУО – это не документ директивного характера и не инструкция по поэтапной разработке и реализации РУО [3]. Каждая программа может и должна быть адаптирована для решения конкретных задач (например, личной мобильности, абилитации, раннего вмешательства, образования, досуга и т.д.), а также учитывать те условия, в которых она реализуется.

Программы РУО могут реализовываться на разных уровнях, включая местный, региональный или общегосударственный. В зависимости от программы они могут управляться как местными, региональными или национальными учреждениями или администрациями, так и неправительственными организациями, включая организации лиц с инвалидностью [7]. Поскольку местные органы власти играют важную роль в улучшении благосостояния всех граждан, включая и лиц с инвалидностью, программы РУО, управляемые местными администрациями, зачастую имеют больше шансов, чтобы быть более эффективными, особенно с позиции обеспечения более высоких стандартов жизни, устранения неравенства и дискриминации. В местах с ограниченными государственными ресурсами инициативы по РУО часто реализуются организациями лиц с инвалидностью, группами родителей или объединениями граждан. При любых сценариях необходимо обеспечить использование инициатив, исходящих от представителей общины, и участие сообщества, в котором проводится РУО. Такой подход обеспечит эффективность РУО и принесет пользу всем членам сообщества, вне зависимости от наличия или отсутствия инвалидности.

При реализации программ РУО не следует ожидать, что удастся реализовать каждый компонент и/или элемент матрицы РУО. Матрица РУО была задумана так, чтобы позволить разработчикам программ выбирать те варианты, которые наилучшим образом отвечают местным потребностям, приоритетам и ресурсам. Наряду с осуществлением конкретных мероприятий для людей с особыми потребностями, для реализации программ РУО необходимо развивать партнерские отношения и союзы с организациями из других секторов (сфер жизнедеятельности), непосредственно не задействованными в реализации этих программ, чтобы у людей с инвалидностью и членов их семей была возможность доступа к тем возможностям и услугам, которые предлагаются этими секторами. Такое сотрудничество часто требует творческого подхода, гибкости и упорства для поддержания устойчивых и взаимовыгодных партнерских отношений.

Условия эффективной реализации программ РУО и их устойчивости

Чтобы программа РУО отвечала конкретным потребностям членов того сообщества, в котором она реализуется, и была эффективной, необходимо соблюдать ключевые принципы цикла управления проектами, состоящего из следующих этапов: Анализ ситуации; Разработка плана действий и дизайна программы; Реализация программы и мониторинг; и Оценка результатов.

Принимая во внимание междисциплинарный характер РУО, предполагающий тесное сотрудничество различных заинтересованных сторон, требуется применение социально-экологического подхода, подразумевающего тесное взаимодействие между индивидуумом, межличностными отношениями, сообществом, социальными (включая национальные нормы) и политическими факторами (например, политика в области здравоохранения, экономики, образования и социальной сферы) [12,13,14]. Применение социально-экологической модели обеспечит эффективность и устойчивость РУО.

Разработка эффективных механизмов реализации, включая стандарты раннего выявления особых потребностей, службу «навигации» клиента и рациональную систему направлений на получение услуг как внутри определенного сектора, так и между различными секторами и специалистами, имеет важное значение для

успешной РУО как ценного элемента комплексных последовательных реабилитационных программ, направленных на повышение качества жизни лиц с инвалидностью, членов их семей и общества.

Заключение

В условиях быстро растущего числа людей с инвалидностью, вопросы разработки и реализации успешных стратегий реабилитации становятся все более актуальными. Адаптируемые к конкретным условиям программы РУО являются эффективным звеном комплексных реабилитационных программ, направленных на повышение качества жизни лиц с инвалидностью, членов их семей и общества.

Список литературы

- ВОЗ. Инвалидность. URL: <http://www.who.int/topics/disabilities/ru/> (дата обращения: 02.08.2017).
- WHO global disability action plan 2014-2021. Better health for all people with disability. Geneva: WHO, 2015. ISBN 978 92 4 150961 9.
- ВОЗ, ЮНЕСКО, Международная организация труда, Международный консорциум по вопросам инвалидности и развития. Реабилитация на уровне общин: Руководство по РУО. Женева: ВОЗ, 2010. URL: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/85533> (дата обращения: 02.08.2017).
- WHO, International Disability and Development Consortium. Capturing the difference we make: community-based rehabilitation indicators manual. Geneva: WHO, 2015. URL: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/199524> (дата обращения: 02.08.2017).
- WHO. Training in the community for people with disabilities. 1989. URL: <http://www.who.int/disabilities/publications/cbr/training/en/> (дата обращения: 02.08.2017).
- World Health Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, International Labor Organization. CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities (joint position paper). 2004. URL: <http://www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/> (дата обращения: 02.08.2017).
- Regional framework for action on community-based rehabilitation 2010-2020. World Health Organization, Office for the Western Pacific, 2010. URL: http://www.wpro.who.int/disability_rehabilitation/publications/rapcbr_wpro/en/ (дата обращения: 02.08.2017).
- WHO, IDDC. Capturing the difference we make. Community-based rehabilitation indicators manual. WHO, 2015. ISBN 978 92 4 150985 5.
- INCLUDE: A Community-based Rehabilitation (CBR) learning community. URL: <http://www.who.int/disabilities/include/en/> (дата обращения: 02.08.2017).
- Конвенция о правах инвалидов, принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13.12.2006. № 61/106. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения: 02.08.2017).
- Организация объединенных наций. Цели в области устойчивого развития. URL: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/sustainable-development-goals/> (дата обращения: 25.08.2017).
- Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Harvard University Press. 1979. ISBN 0-674-22457-4.
- McLaren L., Hawe P. Ecological perspectives in health research. J Epidemiol Community Health. 2005; 59: 6-14.
- Centers for Disease Control and Prevention. Social ecological model. URL: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/overview/social-ecologicalmodel.html> (дата обращения: 06.08.2017).

УДК 364.042

Гурьянов А.С.

РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ И ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

ГАУ СО НСО «Областной комплексной центр социальной реабилитации Надежда», Новосибирск

Guryanov A. S.

REHABILITATION AND HABILITATION IN THE SYSTEM OF SOCIAL PROTECTION AND SECURITY HEALTH

SAI SS NR "Regional comprehensive social rehabilitation center "Nadezhda", Novosibirsk

Ключевые слова: реабилитация, абилитация, социум, адаптация, технологии, критерии эффективности, интеграция, качество жизни, компетентность, социализация, автономия.

Key words: rehabilitation, habilitation, social adaptation, technology, criteria of efficiency, integration, quality of life, competence, socialization, autonomy.

Аннотация. В докладе рассматриваются основные направления, технологии комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, их эффективность и перспективы развития центра.

Abstract. The report discusses the main directions and technologies of complex rehabilitation and habilitation of persons with disabilities, their effectiveness and prospects of development of the center.

Комплексная реабилитация и абилитация включает многообразные структуры, реализующие процессы, которые имеют целью предоставить инвалидам возможность достичь оптимального физического, интеллектуального, социального и психического уровня деятельности, поддерживать его и тем самым изменить жизнь и расширить рамки их независимости.

«Областной комплексной центр социальной реабилитации Надежда» с 21 августа 2017 года становится правопреемником двух учреждений, существующих с 1997 года (далее – Центр). Центр является одним из первых государственных учреждений в регионе Сибири и Дальнего Востока, занимающихся проблемой

социальной реабилитации инвалидов. Социальные услуги предоставляются в соответствии с ежегодным государственным заданием министерства труда и социальной защиты Новосибирской области и Стандартами социальных услуг, предоставляемыми поставщиками социальных услуг. Ежегодно в Центре проходят реабилитацию 1340 человек.

Реабилитацию в стационаре (18-дневного) круглосуточного и дневного пребывания Центра проходят лица в возрасте от 18 лет: инвалиды с различными патологиями, в том числе инвалиды по слуху и зрению.

Основные направления реабилитации и абилитации инвалидов в Центре «Надежда»: социально-бытовая адаптация; социально-психологические и социально-педагогические услуги; социально-правовые услуги; профессиональная ориентация и содействие в трудоустройстве; восстановительные медицинские услуги; помощь в обучении навыкам компьютерной грамотности; адаптивная физкультура и спорт.

Технологии, используемые в Центре, способствуют восстановлению жизненных сил организма и интеграции инвалида в социуме.

Информационные технологии в социокультурном пространстве - разработка и тиражирование методических материалов информационно-справочного и тематического содержания для получателей услуг и для специалистов социальной сферы Новосибирской области.

Психологическая реабилитация - голосовая терапия, смехотерапия, песочная терапия, психокоррекция эмоциональной и когнитивной сферы, арттерапия.

Социокультурная реабилитация направлена на раскрытие творческих способностей, повышение социальной активности, самореализации личности. В Центре создан и функционирует около 20 лет клуб общения инвалидов «Ожерелье», при котором организован кукольный театр. Члены клуба выезжают с «социальными гастролями» в детские социальные учреждения города и области.

Профессиональная реабилитация - профессиональная ориентация, профотбор, профподбор, направление на обучение в специальные учреждения города и области, содействие в трудоустройстве.

Восстановление и коррекция речи – занятия по развитию и коррекции речи у больных постинсультных и с черепно – мозговыми травмами.

Профилактическая работа по охране здоровья – лекции по здоровому образу жизни, проведение профилактических дней здоровья, лечебно-оздоровительные мероприятия.

Адаптивная физкультура и спорт – занятия физкультурой, направленные на реабилитацию и адаптацию к нормальной социальной среде, преодоление психологических барьеров, участие в спортивных состязаниях инвалидов, проводимых на территории города и области.

Главным критерием эффективности реабилитации и абилитации является полученный результат: повышение качества жизни инвалида; обретение навыков уверенного поведения; устранение негативных тенденций психического состояния инвалида, снижение уровня нервно-психической напряженности (87%), повышение коммуникативной компетентности (85,6%); повышение информационной компетентности; помощь в обучении пользованию компьютером ежегодно получают свыше 70 человек; частичное или полное восстановление когнитивных и речевых функций постинсультных больных, ежегодно свыше 50 человек; оказание содействия в трудоустройстве инвалидов - 15 чел. в течение года; направлено на обучение - 40 чел.; участие во Всероссийской спартакиаде инвалидов по легкой атлетике, спортивных соревнованиях в рамках Декады инвалидов Новосибирской области. В результате реабилитации и абилитации инвалиды получают возможность более успешно социализироваться в обществе, повысить качество личной и профессиональной жизни.

Перспективными направлениями развития Центра являются расширение спектра предоставляемых социальных услуг с привлечением некоммерческих организаций в сфере социально-бытовых, социокультурных, социально-педагогических услуг. В рамках автономии планируется внедрение новых видов дополнительных программ и услуг на платной основе.

УДК 616-036.86 +36

Шамшева Е.В., Саликова С. И.

ПОТРЕБНОСТЬ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ В ТСР ДЛЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России, г. Омск

Shamsheva E.V., Salikova S.I

THE NEED FOR DISABLED CHILDREN OF THE OMSK REGION IN TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION FOR SOCIAL ADAPTATION

FSI "GB of MSE across the Omsk region" of Mintrud of Russia, Omsk

Ключевые слова: индивидуальная программа реабилитации, технические средства реабилитации, структура.

Keywords: rehabilitation program rehabilitation, technical means of rehabilitation, structure.

Аннотация: представлены результаты анализа основных тенденций потребности детей-инвалидов Омской области в технических средствах реабилитации (ТСР). Установлено уменьшение количества индивидуальных программ реабилитации или абилитации (ИПРА) с рекомендациями на обеспечение ТСР на 42,9 %. Доля их в структуре всех разработанных ИПРА снизилась с 35,6 % до 22,3 % случаев. Выявлены технические средства, преобладающие в рекомендациях ИПРА детей-инвалидов.

Abstract: presents the results of the analysis of the main trends in the needs of children with disabilities of the Omsk region in the technical means of rehabilitation (TMR). Is set to reduce the number of individual programs of rehabilitation or habilitation (IHRP) with recommendations on the provision of TMR to 42.9%. Their share in the structure of all developed by the IHRP declined from 35.6% to 22.3%. Identified technical means prevailing in recommendations IHRP disabled children.

Реабилитация людей с ограниченными возможностями является приоритетным направлением государственной социальной политики и актуальной проблемой для общества. Реабилитация позволяет адаптироваться инвалидам, достичь им материальной независимости и интеграции в общество. Дооборудование физического окружения, объектов информации, связи и транспорта с учётом потребностей лиц с ограниченными возможностями позволяет вести независимый образ жизни. В настоящее время на территории Российской Федерации реализуется Государственная программа «Доступная среда» на 2011-2020 гг.

Дети-инвалиды испытывают наибольшие трудности из-за ограниченности приспособительных возможностей, недостатка психического и физического здоровья, ограниченности социального опыта и неблагоприятной экономической ситуации в семье. Улучшение качества жизни детей-инвалидов достигается путем предоставления им в соответствии с возрастом возможности участвовать в жизни общества. Важную роль для ребенка-инвалида в предоставлении «равных возможностей» со здоровыми детьми исполняют технические средства реабилитации (ТСР), облегчающие жизнедеятельность и тем самым, повышая его адаптивный потенциал.

Основным механизмом реализации реабилитационных мероприятий является индивидуальная программа реабилитации или абилитации (далее - ИПРА). В ней разрабатывается комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных, ТСР и других реабилитационных мер.

Цель исследования. Изучение потребности в ТСР детей-инвалидов Омской области в динамике за 2014-2016 гг.

Материалы и методы. Исследование проведено на основании анализа статистических данных (форма 7Д – собес) ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России за период 2014-2016 гг.

Результаты. Анализ потребности детей-инвалидов Омской области в ТСР показал тенденцию к уменьшению числа разработанных и выданных ИПРА за период 2014 – 2016 гг. от 4036 в 2014 г. до 3756 в 2016 г. (- 6,9 %). Из них программа разрабатывалась с целью коррекции мероприятий в 1,7% - 2,6 % случаев. Снижение числа разработанных программ связано с уменьшением числа детей, признанных инвалидами, в анализируемый период: 3931, 3270 (-16,8%), 3691 (+12,9 %) соответственно годам. Количество программ с рекомендациями на обеспечение техническими средствами реабилитации (ТСР), уменьшилось с 1438 в 2014 г. до 836 в 2016 г. со снижением их удельного веса от 35,6 % до 22,3% от общего числа ИПРА, соответственно/

Наибольшее число рекомендаций в 2016 г. выдано детям-инвалидам на обеспечение ортопедической обуви - 486 случаев, 58,1 % от числа программ с рекомендациями на ТСР, что меньше на 51,4 % в сравнении с 2014 г. (1000 сл.), но удельный вес превышает показатели по РФ и СФО – 52,6 % и 52,5 %.

В анализируемый период зарегистрирована устойчивая тенденция к снижению числа рекомендаций протезов и ортезов с 892 случаев в 2014 г. до 351 случаев (на 60,7 %) в 2016 г., со снижением удельного веса от 43,7 % до 42,0%. Среди рекомендаций на обеспечение протезно-ортопедическими изделиями преобладают ортезы, составляя от 95,4 % до 97,4 % случаев.

Из них лидируют тутора на нижние конечности с долей от 52,8 % в 2014 г. до 46,9 % в 2016 г. В структуре всех ТСР удельный вес туторов на нижние конечности уменьшился: 32,8 % - 23,4 % - 19,1 %, что не превышает показатели по РФ – 25,1 % и СФО - 21,0 % в 2016 г. Снизилась и доля туторов на верхние конеч-

ности: 8,9 % - 8,8 % - 7,3 % соответственно годам, но выше РФ – 7,2 % и СФО – 4,4 %. Рекомендации на обеспечение аппаратами нижних конечностей составляли - 4,7 % - 6,9 % - 3,9 %, что значительно ниже, чем по РФ – 10,4 % и СФО – 6,4 % в 2016 г.

Количество рекомендаций абсорбирующего белья, подгузников уменьшилось с 426 случаев в 2014 г. до 191 случая в 2016 г. (- 55,2 %), их удельный вес в структуре ТСР снизился с 29,6 % до 22,8 % соответственно годам. Потребность в подгузниках выше, чем в пеленках, но с тенденцией к уменьшению 82,4 % - 81,7 %. Доля подгузников в структуре всех ТСР так же снижается: 24,4 % - 19,6 % - 18,7 %, что ниже, чем по РФ – 30,8 %, СФО – 28,7 % в 2016 г.

Число назначений тростей опорных, костылей, опор, поручней уменьшилось с 240 в 2014 г. до 186 случаев в 2016 г. (- 22,5 %). Удельный вес их в структуре ТСР возрос: 16,7 % - 19,9 % - 22,2 % соответственно годам. В этой группе ТСР преобладают ходунки с уменьшением их доли с 62,3 % в 2014 г. до 50,0 % в 2016 г., увеличился удельный вес опор с 25,3 % в 2014 г. до 28,6 % в 2016 г. Удельный вес ходунков в структуре всех ТСР снизился с 12,0 % в 2014 г. до 11,1 % в 2016 г., но превышает показатели по РФ – 10,2 %, СФО – 9,5%. Доля опор в структуре ТСР снизилась с 8,5 % 2014 г. до 6,5 % в 2016 г., что значительно ниже, чем в РФ – 13,3 %, СФО – 13,2 %.

Количество рекомендаций колясок с ручным приводом уменьшилось с 409 в 2014 г. до 204 случаев в 2016 г. (- 50,1%). Доля их от числа ИПРА с рекомендациями ТСР имеет неустойчивую тенденцию к снижению: 28,4 %, 31,9%, 24,4 % соответственно годам. Из них преобладают кресла-коляски прогулочные, с ростом удельного веса - 53,4 % - 60,0 % - 79,0 % соответственно годам. Доля кресло-колясок с ручным приводом прогулочных в структуре всех ТСР возросла с 15,2 % в 2014 г. до 19,4 % в 2016 г., но остается ниже показателей по РФ – 21,2 % и СФО – 22,5 %. Рекомендации на обеспечение детей-инвалидов кресло-колясками с ручным приводом комнатными уменьшаются, их удельный вес в структуре всех ТСР: 13,3 % - 12,8 % - 5,0 %, в 2016 г. в РФ – 13,2 % и СФО – 10,9 %.

Потребность в обеспечении противопролежневыми матрацами, подушками и их удельный вес (от числа ИПР с рекомендациями ТСР) в 2014-2016 гг. уменьшились: 208 (14,5 %), 46 (5,6 %), 27 (3,2 %). Доля противопролежневых матрацев в структуре всех ТСР снизилась с 4,2 % в 2014 г. до 2,0 % в 2016 г., что ниже, чем по РФ и СФО – 3,4 % и 2,2 % соответственно.

Рекомендации по обеспечению ТСР при нарушении слуха у детей-инвалидов в период 2014 – 2016 гг. отражают тенденцию к росту - 273, 252, 344, доля их в структуре ТСР так же увеличивается - 19,0 %, 30,9 %, 41,1%. Преобладают рекомендации на слуховые аппараты – 46,9 %, 45,2 %, 39,0 %. Удельный вес слуховых аппаратов в структуре всех ТСР имеет тенденцию к росту – 8,9 %, 14,0 %, 16,0 % соответственно годам, превышая данные по РФ – 14,2 % и СФО – 14,0 % в 2016 г.

Количество рекомендаций сигнализаторов звука возросло с 50 в 2014 г. до 71 в 2016 г. Удельный вес их с устойчивой тенденцией к росту 3,5 %, 5,8 %, 8,5 % и выше, чем в целом по РФ - 2,6 % и СФО - 1,8 %. Аналогичная тенденция наблюдается при анализе рекомендаций телевизоров с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами 47 (3,3 %), 43 (5,3 %), 67 (8,0 %); РФ – 1,8% и СФО - 1,5%; телефонов с телетекстом с 3,3% (48) до 8,6 % (72).

Потребность в обеспечении ТСР детей-инвалидов с нарушением зрения в 2014 – 2016 гг. уменьшается, число рекомендаций составляло 90, 33, 41 случаев соответственно годам. Из них преобладают рекомендации специальные устройства для оптической коррекции слабовидения с ростом их доли – 55,6 %, 69,7 %, 75,0 %. В структуре всех ТСР специальные устройства для оптической коррекции слабовидения с неустойчивой тенденцией к росту – 3,5%, 2,8%, 3,9%, что выше, чем по РФ – 2,2 %, СФО – 2,0 %. Количество рекомендаций в обеспечении специальными устройствами для чтения «говорящих книг» в 2014-2016 гг. уменьшилось на 29,4 %, их удельный вес составил – 2,4 %, 0,7 %, 1,2%, что ниже, чем по РФ – 1,6 % и СФО – 1,5 %. Потребность в медицинских термометрах с речевым выходом снизилась: 6 (0,4 %), 4 (0,5 %), 1 (0,1 %) соответственно по годам, не превышая показатели по РФ и СФО - 0,2 %.

Число рекомендаций специальных средств при нарушениях функции выделения в 2014-2016 гг. колеблется в пределах 29-32-32, соответственно, с тенденцией удельного веса к росту: 2,0 %, 3,9 %, 3,8 %; в РФ и СФО – 2,1 %. Нуждаемость детей-инвалидов в рекомендациях на обеспечение креслом-стулом с санитарным оснащением уменьшилась с 83 (5,8 %) в 2014 г. до 4 (0,5%) в 2015 г., что ниже данных по РФ и СФО – 2,8 %, 2,0 % соответственно.

Таким образом, проведенный анализ ИПРА детей-инвалидов за 2014 – 2016 гг. зарегистрировал тенденцию к уменьшению количества рекомендаций в обеспечении детей-инвалидов техническими средствами реабилитации на фоне общего снижения числа разработанных и выданных ИПРА. Выявлена высокая потребность детей в протезно-ортопедических изделиях и ТСР для самообслуживания.

Кольцов А.А., Шведовченко И.В.

АЛГОРИТМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

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

Koltsov, I. Schwedovchenko

ALGORITHM OF ORTHOTICS FOR CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY SPASTICITY

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: дети, детский церебральный паралич, спастичность, ортезы, хирургия, реабилитация.

Аннотация. Проведён анализ наблюдения и лечения 1670 детей с детским церебральным параличом, 1400 из которых наблюдались по поводу спастических форм поражения. Исследованы методы ортезирования и их распределение в зависимости от уровня двигательной активности ребёнка.

Key words: children, cerebral palsy, spasticity, orthotics, surgery, rehabilitation.

Summary: The analysis of observation and treatment of 1670 children with cerebral palsy from whom 1400 were performed. 1400 patients were treated apropos spastic forms. The orthotics types and levels of motions were analyzed.

Введение. Спастическая диплегия – одна из самых распространённых форм детского церебрального паралича, нередко приводящая к невозможности самостоятельных опоры и передвижения. Наиболее типичные тяжелые деформации нижних конечностей затрудняют либо делают невозможными опору и передвижение пациентов. Тяжесть, множественность, тенденция к прогрессированию указанных деформаций обуславливают важность ортопедического контроля на всех этапах реабилитации и необходимость широкого применения технических средств реабилитации в лечении подобных больных.

Цель. Определить показания к назначению тех или иных технических средств реабилитации в лечении детей со спастической диплегией при ДЦП, продемонстрировать значимость использования протезно-ортопедических изделий и других технических средств в комплексной реабилитации больных с данной патологией.

Материалы и методы. С 2004 по 2016 годы в ФГБУ СПбНЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России проходили реабилитацию 1670 пациентов в возрасте от 11 месяцев до 17 лет с детским церебральным параличом; 76% из которых поступали с диагнозом «спастическая диплегия». Характерными клинико-рентгенологическими проявлениями являлись: на уровне тазобедренных суставов - приводящие или сгибательно-приводящие контрактуры, децентрация в пределах вертлужной впадины, подвывих или вывих головок бедренных костей; на уровне коленных суставов - сгибательные или, реже, разгибательные контрактуры; на уровне голеностопных суставов - эквинусные, эквино-поло-варусные или эквино-плано-вальгусные деформации.

Распределение пациентов по степени тяжести поражения осуществлялось в соответствии с общепринятой в мировой практике классификацией двигательной активности GMFCS, 73,7% пациентов соответствовали классам GMFCS 3 и GMFCS 4.

Результаты и обсуждение. На разных этапах лечения у всех пациентов применялись те или иные технические средства реабилитации, к которым относятся как средства ортезирования, так и изделия, улучшающие адаптацию к социально-бытовым условиям.

Основными протезно-ортопедическими изделиями являлись индивидуальные типовые, сложные и атипичные ортезы: сложная ортопедическая обувь, тутора, ортопедические аппараты, жесткие фиксирующие и функционально-корректирующие корсеты, вертикализирующие системы с различными типами шарнирных соединений. Индивидуальное ортезирование во всех случаях обеспечивало улучшение функциональных возможностей пациентов.

В ряде случаев применялись ортезы максимальной готовности, такие, как головодержатели, корректоры осанки, текстильный груднопоясничный корсет, шины-распорки различных конструкций, малосложная ортопедическая обувь.

К техническим средствам реабилитации, расширяющим двигательный режим ребёнка и улучшающим его адаптацию к окружающим социально-бытовым условиям, относятся современные стационарные и мобильные вертикализаторы (опоры) с возможностью передней, задней или комбинированной фиксации пациента; ходунки с частичной разгрузкой тазобедренных суставов и поддержкой спины, коляски прогулочные и комнатные, оснащенные креслом с динамической спинкой.

Заключение.

Регулярное и грамотное использование технических средств реабилитации на различных этапах консервативного и хирургического лечения обеспечивает максимальный положительный результат.

УДК 364-364.04+364.044./4

Кокорева М.Е., Цейтлин Г.Я., Карелин А.Ф., Милосердова Ю.С.

ЗНАЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева», Москва*

Kokoreva M.E., Tseitlin G.Ya., Karelin A.F., Miloserdova Yu.S.

VALUE OF MEDICO-SOCIAL SERVICE IN REHABILITATION OF CANCER CHILDREN*The D.Rogachev National Medical Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow*

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

Аннотация: Значение реабилитации в детской онкологии очень высоко. В отличие от взрослых пациентов, ребёнок, страдающий онкологическим заболеванием, ещё не сформировался как личность. Ему приходится переносить витально опасное заболевание, длительное тяжёлое лечение, сопровождающееся ограничением умственной и двигательной активности. Задача реабилитационных мероприятий - не только медицинская, но и психолого-социальная адаптация ребёнка. Выполнение этой задачи возможно только при объединении усилий команды специалистов, в которую должны входить педиатры-онкологи, психологи, психотерапевты, специалисты по физической реабилитации, педагоги, социальные работники. В статье анализируются социальные проблемы семьи, имеющей ребенка с онкологическим заболеванием, и обсуждается организационная модель и структура медико-социальной работы в реабилитационном центре онкопедиатрического профиля.

Abstract: The value of rehabilitation in pediatric oncology is very high. Unlike adults, a cancer child has not yet formed as a person. He has to carry the vital dangerous disease and a long treatment, accompanied by a limitation of mental and physical activity. The goal of rehabilitation is not only medical but also psycho-social adaptation. To answer this challenge requires a team: paediatric oncologists, psychologists, psychotherapists, specialists in physical rehabilitation, teachers, social workers. The article analyses social problems of a family with a cancer child and discusses the organizational model and structure of a medical social work in an oncopediatrics rehabilitation center.

Key words: children, paediatric oncology, social support, rehabilitation, psycho-social rehabilitation

В современной России происходит процесс институционализации медико-социальной работы, цель которой заключается в достижении максимально возможного уровня здоровья и ресоциализации лиц, находящихся в сложной жизненной ситуации, вызывающей ограничения жизнедеятельности субъекта. Формирующийся в России институт медико-социальной работы (МСР) предполагает помощь в решении социальных проблем, влияющих на уровень здоровья населения. МСР также призвана повысить эффективность системы здравоохранения и социальной защиты населения, обеспечить большее равенство в уровне здоровья и доступности медико-социальной помощи, уменьшить социальное расслоение. Важнейшей задачей МСР является ресоциализация лиц, относящихся к отдельным социальным группам населения, в том числе детей-инвалидов с такими заболеваниями, как онкологические, относящимися к разряду социально значимых заболеваний. [1]

Заболеваемость злокачественными новообразованиями детей и подростков в нашей стране составляет от 12,5 до 15,9 случаев на 100 тысяч детского населения (до 15 лет) и 20 случаев на 100 тысяч детского населения (с 15 до 19 лет) в год, что в абсолютных цифрах равняется приблизительно 5 тысячам первично заболевших; более 25 тысяч находится на поддерживающей терапии и диспансерном наблюдении [2]. Следовательно, чрезвычайно важным является организация эффективной медико-социальной реабилитации этих детей.

Как отмечает Склад А.Г., «реабилитацию необходимо начинать уже с первых встреч с врачом. Ребенок получает позитивные импульсы и определенную надежду на облегчение боли и выздоровление» [3].

Вместе с тем, государственное финансирование реабилитации в детской онкологии в России остается очень низким. В мировой практике на профилактику в онкологии выделяется 30 % финансовых средств, на лечение - 50 %, на реабилитацию – 20 %. В то же время в России из средств ОМС на профилактику расходуются 6 %, на лечение - 94 %, на реабилитацию - 0 %. Понимание и признание важности и значения реабилитации как самостоятельного направления в онкологии должно привести к существенным изменениям в государственном подходе к формированию реабилитационного направления института медико-социальной работы. [4]

Актуальность организации медико-социальной помощи детям с онкологическими заболеваниями и их семьям определяется формирующимся комплексом социальных проблем, которые тяжелым грузом ложатся на семью, оказавшуюся в сложной жизненной ситуации при практически полном отсутствии какой-либо поддержки.

В связи с болезнью ребенка 22,2 % респондентов пришлось уволиться с работы, вследствие чего материальное положение большинства семей находится на очень низком уровне – большинство из них (51,8%) тратят от 50 до 60% ежемесячного совокупного дохода на питание, не могут позволить себе товары длительного потребления 22,2%, а для 15% опрошенных женщин покупка одежды вызывает затруднения, 35%

респондентов указали на то, что они живут «от зарплаты до зарплаты», 15.5% семей нуждаются в улучшении жилищных условий. В связи с такими трудностями, обрушившимися на семью, 13.5% родителей развелись после заболевания ребенка. [5]

Для осуществления медико-социальной работы в Лечебно-реабилитационном научном центре «Русское поле» (ЛРНЦ) ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» была организована психолого-социальная служба. В ЛРНЦ госпитализируются дети и подростки от 0 до 18 лет. Группа медико-социальной работы входит в состав отделения психолого-социальной и педагогической реабилитации Центра. В настоящее время в группе заняты 5 специалистов по социальной работе с высшим образованием. В связи с тем, что более 87,5% пациентов приезжают из регионов, важное направление работы - изучение проблем по месту жительства семьи и организация помощи по их решению.

Работа группы строится по 2-х уровневой модели: 1 уровень - работа в Центре – специалисты по социальной работе прикомандированы к штату отделений, образуя вместе с медицинским персоналом и психологами мультидисциплинарные команды. 2 уровень - работа с регионами - сформирована база данных по всем субъектам РФ (региональные администрации, Управления Здравоохранения и образования, Управления соц. защиты населения, БМСЭ, благотворительные фонды). Это обеспечивает непрерывность помощи после прохождения реабилитации в ЛРНЦ и возвращения домой.

С целью диагностики и анализа медико-социальных проблем специалистами по социальной работе разработана анкета (67 вопросов) для анкетирования родителей. Как показали наши исследования: около 90% семей, имеющих детей инвалидов, не осведомлены о своих правах и льготах, не могут их правильно оформить, поэтому проводятся консультации по юридическим проблемам, правам ребенка-инвалида и его семьи, по вопросам соцзащиты и др.

С учетом выявляемых конкретных проблемы специалист по социальной работе строит стратегию вмешательства, оказывая помощь семье

по следующим направлениям:

1. Социально-диагностическое направление: анализ социальных, психологических, правовых и др. проблем семьи, связанных с заболеванием и лечением ребенка (сбор информации о социальном, психологическом, финансовом состоянии семьи, сильные стороны, уязвимые стороны, потребности); планирование действий, направленных на помощь семье. Изучение проблем семьи по месту жительства; организация помощи в их решении - связь и взаимодействие с местной администрацией, органами здравоохранения, соцзащиты, образования и пр. в регионах. Информирование медицинских работников, психологов и других членов мультипрофессиональной команды о проблемах ребенка, о социально-психологической ситуации в семье и пр.

2. Социально-адаптационное направление: помощь в адаптации детей и родителей к пребыванию и лечению в ЛРНЦ (при поступлении ребенка в клинику социальный работник знакомит ребенка и сопровождающего с деятельностью отделения, с режимом дня, распорядком занятий, правилами для детей и родителей).

3. Информационно-просветительское направление: организация информационной и правовой поддержки родителей.

4. Социально-правовое направление: оказание социально - правовой и содействие в получении юридической помощи по вопросам реализации прав ребенка - инвалида и его семьи. Помощь семье в поиске дополнительных финансовых ресурсов, в том числе, с привлечением организаций 3-го сектора.

5. Научно - исследовательское и учебно-методическое направление: научно-исследовательская и научно-методическая работа. Участие в исследовании качества жизни больных детей и членов их семей (родителей и сиблингов).

Обозначая место медико-социальной работы среди смежных видов деятельности, следует подчеркнуть координирующую роль специалиста по социальной работе в решении всего комплекса проблем ребенка и семьи.

Таким образом, подводя итог, можно сделать вывод о том, что медико-социальная работа способствует повышению качества жизни и социализации детей, помогает семье выстоять в тяжелой жизненной ситуации.

По нашему мнению, такая модель может быть транслирована в ЛПУ и Федеральные центры, где осуществляется лечение и реабилитация детей с онкологическими и другими тяжелыми, хронически протекающими инвалидизирующими заболеваниями.

Список литературы

Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. N 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих»

Мень Т.Х., Поляков В.Г., Алиев М.Д. Эпидемиология злокачественных новообразований у детей в России. Онкопедиатрия. 2014; 1: 7-12

Скляр А.Г. О социальной работе в детской онкологии. Вестник Воронежского института высоких технологий. 2014; 12: 277-279.

Введенская Е.С. , Паллиативная помощь детям: определение, содержание, перспективы. Лечащий врач. 2012; 6: 51-54.

Г.Я. Цейтлин, М.А. Гусева, А.И. Антонов, А.Г. Румянцев. Медико-социальные проблемы семей, имеющих ребенка с онкологическим заболеванием, и пути их решения в практике детской онкологии. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2017; 2: 173-181

УДК 364: 347: 7.01

Дирксен Н.В., Дирксен Т.В.

ПРАВОСПОСОБНОСТЬ И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ–ИНВАЛИДАМИ В ТВОРЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва; НГУ, Новосибирск

Dirksen N.V., Dirksen T.V.

LEGAL CAPACITY AND SOCIAL WORK WITH CHILDREN-INVALIDS IN CREATIVE ACTIVITY

RNIMU him. N.I. Pirogova, Moscow; Novosibirsk State University, Novosibirsk

Ключевые слова: Социальный работник, правоспособность, дети-инвалиды, способности, творческая деятельность.

Keywords: Social worker, legal capacity, disabled children, abilities, creative activity.

Аннотация. В статье поднимется проблема творческого развития детей-инвалидов. Рассматривается содержание социальной работы в оказании помощи детям-инвалидам и реализации их правоспособности. Анализируются педагогика сотрудничества и мотивы, побуждающие ребенка - инвалида к творческой деятельности.

Abstract. The article rises the problem of creative development of children with disabilities. The contents of the social work in helping disabled children and exercising their legal capacity. It analyzes the pedagogy of cooperation and the motivations for a disabled child to creative activity.

Социальный работник в качестве государственного служащего является проводником социальной политики, поэтому направленность и содержание его профессиональной деятельности, а также его собственные установки изначально во многом определяются ценностной концепцией отношения общества к определенным категориям объектов социальной работы.

В настоящее время тенденция в социальной политике по своей идеологии патерналистская. Патернализм, по определению делит участников взаимодействия на покровителей и одариваемых, последние обязательно оказываются в униженном положении, независимо от того, какой практикуется вариант патернализма - либеральный (благотворительность, гуманитарная помощь) или строгий (карательный).

Поднимая проблему творческого развития ребенка-инвалида нельзя не затронуть медицинскую и социальную модели.

Согласно медицинской модели, если какой-либо человек, по сравнению с другими, имеет физическое отклонение, то для него эта ситуация трагическая. Потому что ограниченные социальные возможности являются частью человека, а так как он отличается, то его подвергают психическому воздействию, для соответствия критериям данного общества. Идеология медицинской модели «оказывает определенное влияние на законодательство, социальную политику и организацию социального обслуживания» [1].

Клиенты социальных служб во всем мире и их сподвижники постепенно формируют модель взаимодействия - социальную модель, в ней человек может стараться ослабить последствия, вытекающие из его проблем, так как ощущение ограниченности своих возможностей вызвано позицией и поведением других людей и барьерами, существующими в окружающей среде.

Для развития социальной модели в России родители детей-инвалидов и неравнодушные к ним члены общества объединяются в группы в интернет сетях. Виталий Смолков, реабилитолог ГБУ Московская служба психологической помощи населению, пишет: «Человек с ограниченными способностями имеет не все «приспособления», которые есть у других людей (глаза, ноги, руки и так далее). Но это не должно мешать его самостоятельности, так как он не больной, просто ведет иной образ жизни. Ведь болезнь – это плохое самочувствие, а ребенок-инвалид чувствует себя нормально и должен развиваться в той области, в которой у него имеются способности» [2].

Развитие социальной модели цель социальной работы - как концепции независимой жизни, которая рассматривает человека и его проблемы в свете его гражданских прав, а не с точки зрения его личностных и социальных трудностей.

Дети-инвалиды как субъекты гражданского права занимают определенное место в функционировании экономической системы государства: «правоспособностью обладают все граждане без исключения, она возникает с момента рождения и прекращается моментом смерти» [3]. Правоспособность - это не естественное, а общественно-правовое качество субъектов, которое носит абсолютный, универсальный характер. Главное в правоспособности лица - это не сами субъективные права, а принципиальная возможность или способ-

ность их иметь. Здесь, российское гражданское законодательство делает больший акцент не на «праве», а на «способности», то есть абстрактной возможности, согласно определению большинства цивилистов нашего времени [4].

В Конституции РФ не закреплены обязанности государства по обеспечению гражданской правоспособности. Так, например, ст. 37 Конституции РФ, регламентируя право на труд, составлявшее ядро гражданской правоспособности, провозглашает, что «каждый имеет право свободно распоряжаться своими способностями к труду, выбирать род деятельности и профессию» [5], однако не закрепляет корреспондирующую обязанность государства обеспечивать право граждан на труд. Таким образом, основа реализации принципа реальности гражданской правоспособности в действующем законодательстве отсутствует [6]. Проблема, связанная с изменением принципов реализации правоспособности граждан, имеет большое значение и обладает решающим влиянием на уровень благосостояния граждан.

Реальность правоспособности детей-инвалидов в развитии творческих способностей не должна целиком ложиться на плечи их родителей. Отметим, что государственный статус подразумевает возможность централизованного контроля над определением числа членов общества, нуждающихся в помощи, и ресурсов, выделяемых государством на оказание помощи. Социальное обеспечение осуществляется при этом строгим категорированием и регулярно. Однако, государственный институт социального обеспечения не позволяет решить вопрос о социальном участии тех, кому оказывается помощь. В частности, не принимая во внимание возможностей их само обеспечения, он формирует и поддерживает у них иждивенческие привычки.

Развитие творческих способностей детей-инвалидов, к примеру, в изобразительном искусстве есть возможность в будущем стать профессионалом любимого дела (дизайн, реклама и т.д.). Но деятельность - это совокупность действий человека, направленных на желаемое изменение какого-либо предмета, кто научит детей-инвалидов совокупности действий?

Содержание социальной работы можно определить как особый вид профессиональной деятельности, оказание государственного и негосударственного содействия человеку с целью обеспечения культурного, социального и материального уровня его жизни, предоставление индивидуальной помощи человеку, семье или группе лиц.

Для понимания социальной работы с детьми инвалидами выделим два основных направления деятельности.

Во-первых, это социальное обеспечение, т.е. финансовая и материальная помощь. Она предполагает официальные отношения «оказывающими помощь - получающими помощь».

Во-вторых, это оказание помощи людям, нуждающимся в ней, при решении проблем социокультурного характера.

Государственные структуры в современной России обладают значительными возможностями для социализации плохо адаптированных членов общества. И это важно, во-первых, на государственном уровне существуют организационные структуры, которые могут выполнять функции основной и дополнительной социализации: государственные учебные и медицинские заведения, средства массовой информации, учреждения культуры.

Во-вторых, государственное лицензирование специалистов, работающих в сфере социальной помощи и поддержки, служит гарантией против откровенного шарлатанства.

В-третьих, институционализация социальной работы обеспечивает постоянный контроль над ее эффективностью и качеством.

Благополучие детей-инвалидов зависит, прежде всего, от благополучия семьи. Социальные службы предлагают семье целый набор услуг профессиональных социальных работников: семейное консультирование, терапия, диспансерное обслуживание детей, профилактическое обслуживание, услуги по ведению домашнего хозяйства, консультирование по вопросам питания и рационального ведения хозяйства.

Но материальная защищенность детей-инвалидов и одиночество провоцируют безразличное настроение по отношению к общественной жизни, приводя к факту прогрессирующей пассивности.

Поэтому нужны социальные работники помогающие продвижению заявок в общественные фонды и контролирующие проекты, ориентированные на творческое развитие детей-инвалидов. Так как только творческая группа детей-инвалидов мобилизует внутренние ресурсы адаптации в социуме и само обеспечения в будущем.

Остановимся на том, что ребенок-инвалид, как и все дети возраста 4-6 лет, свои эмоциональные интересы связывает со смыслом и значением, которые он вкладывает в творческую ситуацию, в связи с этим расширяется сфера общения ребенка. Согласно Выготскому Л.С., он способен творческую деятельность проходить по какой-то программе, но вместе с тем саму программу он по природе своей, по своим интересам, по уровню своего мышления может усвоить в меру того, в меру чего она является его собственной программой. Во всех видах деятельности ребенка «возникают совершенно своеобразные отношения мысли к действию, именно

возможность воплощения замысла, возможность идти от мысли к ситуации, а не от ситуации к мысли. Возьмете ли вы игры, возьмете ли вы рисунки, возьмете ли вы труд - везде и во всем вы будете иметь дело с совершенно новыми отношениями, которые возникают между мышлением и действиями ребенка» [7].

В июне 2017 г. Фондом Михаила Прохорова была одобрена заявка (подали ее сотрудники Новосибирской юношеской библиотеки) на проект Центр графической культуры для детей с ограниченными возможностями. В основе проекта лежит идея о необходимости перехода к педагогике сотрудничества «от мысли к ситуации» в процессе творческой деятельности рисования комиксов. Члены проекта (дети-инвалиды) и штатные социальные педагоги получили равные права определять направления деятельности в осуществлении разработки комиксов. Что означает - эта обучающая программа обладает следующими качествами.

Во-первых, она построена по системе, которая ведет ребенка к определенной цели, каждое занятие, осваивая этап рисунка, по пути движения к этой цели.

Вместе с тем эта программа и программа самого ребенка, в сотрудничестве с педагогом работает в последовательности, которая отвечает и эмоциональным интересам ребенка, и особенностям его мышления, связанного с общими представлениями.

Период дошкольного и младшего школьного детства является самым важным для развития эстетического восприятия, творчества и формирования нравственно-эстетического отношения к жизни. В этом возрасте осуществляется наиболее интенсивное формирование свойств и качеств личности, которые сохраняются в более или менее неизменном виде на всю жизнь. Именно в это короткое время в результате развития и становления потребностей, стимулов, механизмов поведения ребенок накапливает значительно больше личностно значимого опыта, чем за все последующие периоды. Потребности рождают интересы, стремления, влечения к творческому самовыражению. Развиваясь на прочном фундаменте потребностей и эмоциональной сферы, сознание ребенка постепенно превращается в духовную сущностную силу, дающую ему возможность активного участия в управлении своими влечениями, желаниями, интересами, страстями. «Две вещи поразительны в детском искусстве: во-первых, это раннее наличие специальной установки, которой требует искусство и, которая, несомненно, указывает на психологическое родство искусства и игры для ребенка. . .» [8].

Мотивом, побуждением ребенка к творческой деятельности обычно является, как и в игре, возможность общаться путем их изображения, с увлекательными его образами, рассказать о них, мысленно участвовать в изображаемых им событиях, в которых фактически в жизни он участвовать не может. «Прежде всего, важен тот факт, - отмечает Бюлер, - что ребенок так рано применяет ту правильную, чуждую действительности установку, которую требует сказка, что он может всецело углубляться в чужие подвиги и следовать за сменой образов в сказке как таковой. Мне кажется, он утрачивает эту способность в реалистический период своего развития, которая возвращается к нему снова в позднейшие годы. . .» [9]. Ребенок в своих рисунках как бы живет жизнью своего героя. Отсюда его увлеченность процессом рисования, отсюда активность самого процесса изображения. Работая более или менее продолжительно, не отрываясь, ребенок редко исправляет свой рисунок, иногда лишь дополняет его. Исчерпав свои представления и изобразительные возможности, он решительно заканчивает рисунок, по своей инициативе редко к нему возвращается, и даже по заданию не может его повторить. Поскольку основной мотив изобразительной деятельности на данном этапе развития изобразительного творчества детей является воображаемое участие в изображаемых им событиях, для этого периода характерны любимые темы.

«Говоря о талантливости, мы имеем в виду не столько специальные способности детей к рисованию, сколько их темперамент, творческую игровую активность в процессе рисования, не ограниченную фантазию, отсутствие критичности. К этому надо еще прибавить эстетическое отношение ребенка к цвету, яркому, открытому, декоративному. Светотень ему еще не известна и не нужна, ибо это непредметное свойство, а видимость и потому она не осложняет и не гасит праздничного цветового решения рисунка. Характерна и любовь ребенка на этом этапе к ритму, как наиболее доступному ему, упорядоченному и потому эстетически воспринимаемому организованному началу в начертании предметов их частей и в их размещении» [10].

Вывод, быть способным – это не исключение, а правило при профессионально грамотной организации изобразительной деятельности и условий развития растущего ребенка-инвалида. Творческая деятельность коренным образом меняет их внутреннее содержание: дети-инвалиды избавляются от комплексов, порожденных ограниченными возможностями и духовным развитием; вырабатывают в себе чувство творца, солидарности со сверстниками, начинают видеть во взрослых педагогах соисполнителей и соучастников, которым не безразличны их личностные интересы.

Формирующаяся личность не может рассматриваться вне способностей. Только когда ребенок-инвалид отрывается от проблем, заглядывает внутрь себя, ему удается схватить внутренние состояния как живые и непрерывно изменяющиеся. Тогда жизнь фонтанирует в нем и может сложиться в сюжет рисунка, в эти минуты он становимся свободными к творчеству.

Способности являются центральным моментом становления индивидуальных особенностей личности детей-инвалидов. Правоспособность и социальная работа, выступают обязанностью нашего государства,

которая состоит в том, чтобы должным образом гарантировать и защищать общественно-правовое качество детей-инвалидов, гарантируя развитие способностей и реализацию их в трудовой деятельности.

Список литературы

- 1 Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. – СПб.: Питер. 2004. - С. 18.
- 2 Смолков В. Особенности ребенка-инвалида. <https://momsjob.ru/article/osobennosti-rebenka-invalida> (дата обращения: 20.08 2017).
- 3 *Гражданский кодекс Российской Федерации*. ст. 17 от 30.11.1994 N 51-ФЗ (ред. от 01.07.2014). Собрание законодательства РФ. 13.01.1997, № 2, ст. 198.
- 4 Мозолин В. П. Гражданское право Т. I. М.: Проспект, 2016. - С. 99.
- 5 Конституция Российской Федерации. ст. 37 (принята всенародным голосованием 12.12. 1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к конституции РФ от 30.12.2008 №6 ФКЗ от 05.02.2014 №2 ФКЗ). Собрание законодательства РФ. 14.04.2014, №15, ст. 1691.
- 6 Дирксен Т.В. Проблемы в трактовке расширения содержания правоспособности граждан в результате перехода к рыночной экономике. Научный диалог: Молодой ученый. VIII МНПК 22 июля 2017 г. Изд. ЦНК МНИФ «Общественная наука», 2017. - С. 21
- 7 Выготский Л.С. Педагогическая психология. М.: Педагогика, 1991. 480с.
- 8 Петров Ю.А. Язык. Знак. Культура. М.: Высшая школа, 1978г.
- 9 Валькова А.П. Проблемы педагогики. С-Пб, Питер, 1999г.
- 10 Мастера искусства об искусстве. М.-Л., 1937-1939.- С.372.

УДК 364.048.6

Жукова Т.Н.

ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ НЕВСКОГО РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

СПб ГБУСОН «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Невского района Санкт-Петербурга», Санкт-Петербург

Zhukova T.N.

THE ORGANIZATION OF INTERDEPARTMENTAL COOPERATION BETWEEN INSTITUTIONS IN THE CENTER OF SOCIAL REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE

St. Petersburg the Center of social rehabilitation of disabled people of Nevsky district, St. Petersburg

Ключевые слова: комплексная реабилитация, инвалид, межведомственное взаимодействие, социальная реабилитация, трудоустройство.

Keywords: comprehensive rehabilitation, disabled, interagency cooperation, social rehabilitation, employment.

Аннотация. Принцип комплексного подхода в организации реабилитации инвалидов в течение семи лет успешно реализуется в практической деятельности Санкт-Петербургского государственного учреждения социального обслуживания населения «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Невского района Санкт-Петербурга». Внедрение новых форм обслуживания, обсуждение и решение проблем позволяют совершенствовать, развивать и повышать качество реабилитации инвалидов.

Annotation. St. Petersburg state institution of social service for the population “Center of social rehabilitation for disabled people and disabled children of Nevsky district of St. Petersburg” successfully implements the principle of complex approach in rehabilitation of disabled people for the last seven years. Introduction of new forms of services, discussion and solving problems improve, develop and enhance the quality of rehabilitation for disabled people.

Цель. В данной работе представлен практический опыт организации комплексной реабилитации инвалидов в учреждении социальной защиты населения, новые формы социального обслуживания инвалидов и рассматриваются вопросы, решение которых послужит совершенствованию совместной работы.

Комплексная реабилитация инвалидов представляет собой систему государственных мероприятий социального, медицинского, психологического, социально-экономического характера, направленных на восстановление или сохранение здоровья и возвращение лиц с ограничениями жизнедеятельности в общество и к общественно-полезному труду.

Для повышения эффективности реабилитации в Центре организовано взаимодействие учреждений различной ведомственной принадлежности: социальной защиты, образования, здравоохранения, медико-социальной экспертизы, физической культуры и спорта. Ежегодно в Центре получают социальные услуги более трех с половиной тысяч инвалидов и детей-инвалидов.

К сожалению, среди широкого круга специалистов понятие комплексной реабилитации инвалидов подменяется ее отдельными составляющими и чаще всего медицинской реабилитацией. По мере формирования стойких функциональных нарушений необходим ранний комплексный межведомственный подход к решению проблемы восстановления социального статуса инвалида. Необоснованно затянувшееся ожидание «излечения» создает замкнутый круг, в котором одно медицинское учреждение сменяется другим, а врач стационара врачом поликлиники или санатория. Человек утрачивает социальные контакты, профессиональные навыки

и социально активную позицию на долгие месяцы, а то и на годы. Другой крайностью является стремление достичь социальной самостоятельности инвалидов в необоснованно короткие сроки отдельными мероприятиями социальной реабилитации, использованием технических средств реабилитации.

С начала 2014 года в Центре внедряется система оценки исходного состояния инвалидов и эффективности реабилитационных мероприятий с использованием критериев и положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). С помощью МКФ возможно описание разнообразных качественных и количественных показателей здоровья (функции и структуры организма) и их нарушений, а так же показателей, связанных со здоровьем (активность и участие). К сожалению, в различных ведомствах очень медленно внедряется унифицированный подход к диагностике и оценке нарушений, отсутствует единый объективный взгляд на результаты реабилитации инвалидов.

С 2015 года в одном из филиалов Центра реализуется направление реабилитации молодых инвалидов с множественными нарушениями развития, выпускниками коррекционных школ, с целью сохранения и дальнейшего восстановления способностей к самообслуживанию в повседневной деятельности. Для данной категории граждан организовано дневное пребывание с периодом свыше 4-х часов, разрабатываются новые методики и приемы.

В рамках реализации Программы трудовой занятости инвалидов со сложными функциональными нарушениями в Невском районе организована трудовая занятость инвалидов в мастерских Центра.

Список литературы.

Комплексная реабилитация инвалидов в условиях центра социальной реабилитации: сборник научных трудов, вып. 1 / СПб ГБУ «ЦСРИ-ДИ Невского района» [и др.]; под ред. З.Д. Щварцмана, Т.Н. Жуковой, В.В. Лорер – Санкт-Петербург: «Береста», 2013. – 128 с.

УДК 159.99 + 376.43/64

Любительева Н.П.

СОЦИАЛИЗАЦИЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТЬ, ИНТЕГРИРУЮЩИХ В ОБЩЕСТВО ИЗ ИНТЕРНАТОВ

СПб ГБУ СОИ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Петродворцового района», Санкт-Петербург

Lubiteleva N.P.

SOCIALIZATION OF DISABLED YOUNG MEN THAT ARE INTEGRATING IN SOCIETY FROM RESIDENTIAL CARE HOMES

St-Petersburg state-funded institute of social service to the public "Petrodvorets Center of social rehabilitation of the disabled grown ups and children", St-Petersburg

Ключевые слова: Инклюзия. Адаптация. Социализация. Абилитация. Реабилитация. Реабилитанты. Интеграция в общество. ПНИ.

Keywords: Inclusion, adaptation, socialization, habilitation, rehabilitation, rehabilitates, integration, psycho-neurological center

Аннотация. В этой статье описывается опыт работы с молодыми людьми, имеющими множественные нарушения здоровья и интеллекта, которые достаточно успешно прошли реабилитацию в стенах психоневрологических интернатах (ПНИ). Реабилитанты выписаны из интернатов в отдельные квартиры. Описываются успехи и проблемы социализации выпускников из интернатов.

Annotation. This article spotlights the experience of work with young men who have multiple mental and health disorders and who followed up a successful rehabilitation in the psycho-neurological care center (ПНИ). They were discharged into self-contained flats. The article describes success and problems in socialization of the leavers of the residential care homes.

Сегодня одним из самых обсуждаемых вопросов в обществе, является истинное равноправие людей с особенностями развития в реализации потребностей, напрямую влияющих на качество жизни человека. Конвенция о правах инвалидов ООН, которую Россия недавно ратифицировала, обязывает Государство устранить любую дискриминацию в отношении инвалидов во всех вопросах, касающихся обучения, права на: труд, брак, семью, отцовство, материнство, и личные отношения. Государство должно помочь инвалидам сохранить своё право на создание семьи и оказать им надежную помощь в выполнении ими своих обязанностей по воспитанию детей [2].

Имею двадцатилетний опыт работы в области реабилитации и адаптации молодых людей с множественными нарушениями здоровья и интеллекта. Работала более 10 лет воспитателем и педагогом - психологом в центре социальной реабилитации инвалидов в Удмуртии. Последние 10 лет совмещала должность заведующей отделением реабилитации в Психоневрологическом интернате (ПНИ) с работой педагогом – психологом в Санкт-Петербурге.

Участвовала в таких международных проектах, как: «Дом для нормальной жизни и работы людей с множественными нарушениями» (Санкт-Петербург - Гамбург 2005-2007гг), «Обучение на протяжении

всей жизни» (Санкт-Петербург - Финляндия - Швеция – Эстония 2010г.), «Реабилитация через творчество» (Санкт-Петербург – Гамбург галерея/мастерские Ди Шлюмперс 2016г.). Эти проекты подтверждают, что вопросы абилитации и реабилитации очень актуальны для современного общества.

Отделение реабилитации молодых людей с нарушениями здоровья и интеллекта, работающее на базе Воткинского ПНИ в Удмуртской Республике функционирует 23 года. В Санкт-Петербургском «ПНИ-№3» отделение реабилитации работает более 9 лет; в деревне Прожково Новгородской области действует более 6 лет.

Работниками этих коллективов за это время было изучено множество законов о правах инвалидов в России. Написаны и апробированы авторские программы реабилитации по нескольким направлениям: трудовое, физкультурно-оздоровительное, досуговое, психолого-педагогическое, социально-адаптационное, предпрофессиональное и др. Программы составлялись специалистами интернатов, так как дополнительных общеобразовательных программ для взрослых, реализуемых организациями социального обслуживания, просто не было.

Достигнув совершеннолетия, выпускники детских домов поступают для дальнейшего проживания в ПНИ. До недавнего времени молодые люди были здесь предоставлены сами себе, т.к. в этих учреждениях работали только специалисты медицинского профиля. В конце девяностых годов были введены педагогические ставки в интернатах, после чего и появилась возможность открыть отделения социальной реабилитации. Начали работать специалисты педагогического, психологического и медицинского профиля. Отделения реабилитации открывались по всей России.

Но как правильно реабилитировать молодого человека с ментальными нарушениями?

Вся работа началась с составления банальных планов работы, и только потом начали разрабатывать авторские программы. Учитывая психофизические возможности клиентов, за основу брали учебники для восьмого и седьмого вида обучения.

Главной целью реабилитации молодых людей, имеющих инвалидность, на наш взгляд является интеграция в общество, инклюзия.

Успехи и достижения.

Нами были разработаны авторские общеобразовательные программы: дополнительные общеразвивающие: «Домоводство», «Батик», а также программа по социальной адаптации и реабилитации молодых людей с множественными нарушениями здоровья и интеллекта «Добро пожаловать домой»; дополнительные предпрофессиональные: «Младший обслуживающий персонал», «Растениеводство». Если программы были успешно освоены, и мы убеждались в том, что реабилитанты успешно справляются с функциональными обязанностями на рабочем месте, научились готовить пищу, умеют правильно оценить ту или иную жилищную ситуацию – тогда собиралась комиссия ПМПК интерната, на которой решался вопрос о постановке воспитанников на жилищную очередь.

За время ожидания жилья воспитанники обучались самостоятельно оплачивать коммунальные услуги, совершать покупки, обращаться в социально значимые учреждения и т.п. За время работы отделения реабилитации в Петергофе, поставлены на жилищную очередь 33 человека, 28 из них получили квартиры и живут самостоятельно.

Ребята предвосхищают ход событий (проживание в отдельной квартире!), но не подозревают, что в первую очередь они будут очень скучать по тому обществу, которое им так надоело!

А тем временем при получении отдельного жилья начинается следующий этап в жизни выпускника: хождение по инстанциям, получение смотрового ордера, подписание согласия на прием данной квартиры и т.п. И тут начинается первый скачок волнения, неуверенности в себе... Но! Пока еще полностью помогают сотрудники интерната.

Следующий этап – выписка из интерната, передача всех документов воспитанников в районный ПНД. И там обнаруживается пробел – ни кто и не каких обучающих и досуговых занятий не проводит. В случае увольнения воспитанника с работы, если принимает участие в трудоустройстве, то только формально. В обычных случаях ПНД ставят «нового члена общества» на учет к терапевту и не более того. Есть и пробелы в области взаимодействия между ПНИ и районных КСЦОН, ЦСРИДИ.

Доверие, близость и дистанция

По великому доверию и взаимной помощи

Сделаны великие дела и великие открытия

Гомер.

Одних программ для социализации и интеграции, конечно, было мало. Мы пробовали многие варианты, но, никак не могли вызвать у ребят мотивацию посещать занятия, вникать в новую информацию, пропускать её через себя. Со временем, мы сблизились (воспитанники и сотрудники отделения реабилитации). Мы отмечали совместные праздники, дни рождения, ездили в магазин, отдыхали в санатории, ездили к друзьям в Боровичи, в Москву, в Сочи, в Гамбург. Совместно делали ремонт в квартирах. После этого «духовная»

дистанция сократилась до минимума.

Следующим этапом стало установление взаимного доверия, сотрудники отделения реабилитации начали приглашать воспитанников к себе домой. Ребята видели модель поведения в семьях: взаимоотношения в семье, совместное ведение хозяйства. Работники отделения, участвовавшие в этом проекте, сделали всё, чтобы добиться полной реабилитации и инклюзии. Но в этом успешном результате был и свой минус – воспитанники так привязались к «новому дому» и к своим «старшим братьям и сестрам», что некоторые из них даже стали называть нас «мамами». А уходить из «семьи» в пустую квартиру им уже не хотелось...

Таким образом, помогая ребятам адаптироваться в новом для них обществе, мы потом лишаем их частого общения со своей «новой семьёй», т.к. квартиры ребята получают в разных районах города. Но радует, то, что мы смогли помочь своим подопечным адаптироваться и выписаться из интерната в собственный дом. На правах заведующей отделением, мне приходилось отпускать ребят в гости, на дискотеки, на концерты, с которых они приезжали достаточно поздно. Зная, что им доверяют, воспитанники всегда возвращались в назначенное время.

Вышеуказанный интернат города Воткинска Удмуртской республики, открыл отделение реабилитации в 1994 году. Сначала делался акцент на трудотерапию, но как показала практика, этого было крайне мало. Включили в процесс реабилитации творческие мастерские, психотерапию, которая помогала ребятам вселить в себя уверенность. За это время, воспитанники Воткинского интерната создали семь семей. Две семьи построили дома, ведут хозяйство, содержат огород, разводят кур, индюков, кроликов. Одна семья живет в городе, четыре семьи живут в интернате в отдельных комнатах. Приезжая каждый год на Родину, в город Воткинск, встречаюсь с ребятами, они ждут и встречают как самого родного человека, это и есть обратная положительная сторона реабилитации.

Как показывает опыт нашей работы, после выпуска из учреждения необходимо сопровождать выпускника не менее 3-х лет.

Проблемы

Одной из проблем сопровождения в течение трех лет является то, что выпускник работает, и навестить его можно только после рабочего дня или в выходной день. А это невозможно, т.к. у сотрудника ПНИ тоже закончился рабочий день и сверхурочные не оплачиваются, не предусмотрен бюджет на проезд сотрудника учреждения до места проживания выпускника. Нет и автотранспорта в интернате после рабочего времени. Не предусмотрена оплата разговоров и доверительных бесед по сотовому телефону педагога, психолога, заведующего отделением, с выпускником.

Выпускники доверчивы и в суровой действительности их может поджидать опасность встречи с «черными риэлторами»; а также отсутствие жизненного опыта проживания в социуме одному, отсутствие опыта в создании семьи, воспитание детей.

В связи с вышеизложенным, не возможно обойтись без введения изменений в законодательство в области интеграции инвалидов в общество. Крайне необходимо введение новых педагогических ставок: социальных педагогов, социальных психологов, воспитателей, специалистов по социальной работе и т.п., из расчета 1 педагог на 2 воспитанника. Открытие мини - домов, тренировочных квартир. А также необходимы новые обучающие программы, направленные на социальную адаптацию и проживание вне учреждения, т.к. именно в России очень большие группы проживания, т.е. (отделения, комнаты, где проживают выпускники детских домов и школ интернатов от 8 до 12 человек). Необходимо введение новой службы социальных учреждений, которые бы вплотную занимались адаптацией одиноких реабилитантов в социуме. Имея опыт работы в области реабилитации более 20 лет, мы сможем предложить программу «Социальное сопровождение выпускников реабилитационных отделений после выпуска из госучреждений».

Кратко описав проблемы и достижения в этой статье, имеем право, утверждать, что реабилитация возможна и необходима как обществу так и самой личности интегрирующей это общество. Можем с уверенностью заявить: **ЕСТЬ ПОЛНОЦЕННАЯ ЖИЗНЬ В СОЦИУМЕ ПОСЛЕ ИНТЕРНАТА!**

Список литературы

Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Конвенция о правах инвалидов, принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. N 61/106 (по состоянию на 26 октября 2012 г.). – 2012. – 29 с.

Опека и права человека в России. Анализ законодательства и практики. Copyright©Mental Disability Advocacy Center. 2007.

УДК 316.334+364.043

Рочева Я.С.

ПРОБЛЕМЫ В СФЕРЕ ОБРАЗОВАНИЯ ИНВАЛИДОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

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

Rocheva, A.A.

THE PROBLEMS OF EDUCATION BY ST. PETERSBURG DISABLED PERSONS

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: инвалиды, интеграция, образование.

Keywords: disabled persons, rehabilitation, education

Аннотация.

В статье представлены результаты социологического исследования среди инвалидов Санкт-Петербурга.

Отмечены отдельные проблемы в сфере образования.

Abstract.

This article considers the results of questioning disabled people in St. Petersburg and their problems of education

В настоящее время в Российской Федерации созданы условия для успешной реабилитации инвалидов во многих сферах общественной жизни. основополагающие документы в своем содержании отмечают важность и значимость этого процесса. Так статья 26 Конвенции о правах инвалидов «Абилитация и реабилитация» отмечается «многообразие направлений и возможностей «для достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения и вовлечения во все аспекты жизни. С этой целью государства-участники организуют, укрепляют и расширяют комплексные абилитационные и реабилитационные услуги и программы, особенно в сфере здравоохранения, занятости, образования и социального обслуживания». [3]

Реабилитация и абилитация выступают ключевыми аспектами программы Доступная среда на 2011 – 2020 годы. «Основным требованием к государственной политике ... является обеспечение на территории субъектов Российской Федерации реализации мероприятий, направленных на устранение существующих препятствий и барьеров, обеспечение доступности реабилитации и абилитации для инвалидов, в том числе детей-инвалидов». [2]

Вне зависимости от определений и подходов к исследованию реабилитации и абилитации их конечная цель для инвалидов - это адаптация и интеграция в общество. Образование является одной из сфер, которая позволяет эффективно повлиять на данный процесс. Однако, в настоящее время для инвалидов присутствуют трудности и проблемы в данной сфере. Среди социологов достаточно подробно изучены проблемы образования для инвалидов и его роль в социальной интеграции в общественные процессы.

Авторы многих исследований однозначно определяют основные проблемы в образовательной сфере: получение образования инвалидами только в специальных условиях в учреждениях специального образования, включая специальные детские сады и дома-интернаты, специальные классы, работающие на базе обычных школ и т.д., [1; С. 9. 4; С. 106], малая распространенность инклюзивного образования особенно дошкольного и школьного [1; С. 10. 4; С. 106. 5], недоступность инфраструктуры (среды) учебных заведений (7; С. 55, 4; С. 108) и ряд других трудностей.

Все эти проблемы ограничивают их реабилитации инвалидов и не позволяют получить более высокий уровень знаний и последующей интеграции и социализации в общественные структуры без дискриминации по признаку инвалидности.

Материалы и методы. В 2014 году в Санкт-Петербурге отделом мониторинга, соблюдения прав инвалидов, медико-социальной экспертизы и реабилитации ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» было проведено социологическое исследование, направленное на изучение мнения инвалидов о соответствии условий их жизни принципам и нормам Конвенции. Выявление отдельных проблем образования, как одна из задач, реализуемых в рамках данного исследования, решалась по следующим направлениям анализа: оценка инвалидами своего уровня образования, оценка доступа и потребностей к получению образования, наличие необходимой поддержки для облегчения эффективного обучения и характеристика доступности учебных учреждений.

В анкетировании приняли участие 1000 лиц с ограниченными возможностями здоровья, в том числе дети-инвалиды. На вопросы анкеты за детей отвечали их родители или опекуны. Контролируемые параметры – возраст и имеющееся заболевание.

Результаты. В выборочную совокупность попали инвалиды преимущественно трудоспособного возраста 18-29 лет - 22,0%, 30-55 (мужчины 60) лет – 27,2%, людей в пенсионном возрасте старше 55 (мужчины 60 лет) - 36,6%. Дети попали в число опрошенных в возрасте до 17 лет включительно – 14,2%.

Распределение респондентов по виду основного нарушения организма выглядит следующим образом: инвалиды по слуху в общей структуре участников опроса составили 13,1%, по зрению – 21,1%, с нарушением опорно-двигательного аппарата – 18,1 %, по неврологическим нарушениям, нарушениям психического здоровья – 22,4% и по общему заболеванию – 25,3 %.

Уровень образования опрошенных инвалидов характеризуется следующим образом: среди опрошенных присутствуют люди, имеющие среднее специальное образование (27,0%) и высшее (23,1%), у трети (34%) инвалидов уровень образования ограничен обучением в школе. В последнюю группу отчасти попали дети инвалиды. Дети-инвалиды в большинстве случаев проходят обучение в школе. А именно, 46,1 % детей имеют начальное образование, 17,1% среднее полное, 7,9 % среднее неполное, отсутствует по возрасту у 28,9% детей-инвалидов.

Возрастные отличия по уровню образования респондентов связаны с тем, что в старших возрастных группах старше 30 лет (когда профессиональное обучение, как правило, заканчивается) более половины опрошенных инвалидов не имеют профессионального образования. Так 23,7% инвалидов в возрасте 30-55 (60 лет) имеют только среднее общее полное образование, а 7,2 % среднее общее неполное, в группе старше 55 (60) лет 15,5% получили среднее общее полное образование, а 4,5 % среднее общее неполное.

Уровень образования имеет тесную связь с видом основного нарушения организма. Так инвалиды с неврологическими нарушениями и нарушениями психического здоровья согласно полученным результатам имеют самый низкий уровень образования. Они оценили свой уровень образования преимущественно как среднее, из них – среднее общее неполное (41,5%), среднее общее полное – 11,4%. В этой же группе отмечен самый низкий уровень профессионального образования - 8,9 % имеют высшее образование, 21,1% среднее специальное. Немного выше уровень образования у инвалидов по слуху они смогли получить преимущественно среднее общее полное образование (30,1%), неполное общее среднее у 16,4%. Профессиональное образование получили 30,1% инвалидов с нарушениями слуха. Остальные группы по заболеванию в более, чем половине случаев имеют профессиональное образование. Самый высокий уровень образования у инвалидов с общим заболеванием (они имеют 36,8% среднее образование и 35,8% высшее образование).

При этом среди опрошенных 34,2% определенно испытывают необходимость в получении образования в любых формах, у 38,3% нет потребности в получении дальнейшего образования, затруднились оценить такую потребность 28,5% опрошенных инвалидов.

Потребность в получении образования имеет возрастные особенности. Она выше у детей инвалидов и у инвалидов в возрасте 18-29 лет – 63,%. В то время как в старших группах такая потребность сохраняется в 38,8% для инвалидов в возрасте 30-55 (60) лет и 10,2% в возрасте старше 55 (60) лет.

В зависимости от имеющегося заболевания имеются особенности в оценке потребностей получения образования. Выше всего такая потребность у инвалидов с неврологическими нарушениями – 63,5% и нарушениями опорно-двигательного аппарата – 47,9%. Отсутствие такой потребности отметили инвалиды с нарушениями зрения – 64,4% и слуха – 55,4%.

Доступ к образованию предполагает возможность осваивать жизненные и социализационные навыки, чтобы облегчить их полное и равное участие в процессе образования. Инвалиды должны иметь наравне с другими доступ к инклюзивному, качественному и бесплатному начальному образованию и среднему образованию в местах своего проживания. Взрослые должны иметь доступ к общему высшему образованию, профессиональному обучению, образованию для взрослых и обучению в течение всей жизни без дискриминации по признаку инвалидности.

Как оказалось, по результатам исследования около трети испытывают проблемы в доступе к получению образования по всем его формам. Об отсутствии доступа к общему среднему образованию заявили – 26,3%, среднему профессиональному - 26,3%, высшему – 29,4% и образованию для взрослых – 29%. Приблизительно столько же опрошенных оценили наличие доступа к обозначенным формам образования от 28,6% в оценке высшего образования до 37,7 % в оценке высшего образования. 53,8% опрошенных родителей в отношении детей инвалидов оценивают доступность к общему среднему образованию без дискриминации по признаку инвалидности, остальные 21,3% опрошенных отметили недоступность среднего образования. 25,0% затруднились ответить.

Таким образом, почти треть опрошенных инвалидов оценили трудности в доступе к получению образования в разных его формах.

Во время обучения получали необходимую поддержку для облегчения эффективного обучения в связи с ограниченными возможностями только 40,4% опрошенных (не получали поддержки – 30,2%). Затруднились дать такую оценку 29,4% опрошенных.

57,5% родители в отношении детей инвалидов отмечают наличие такой поддержки в учебных заведениях. 23,8% детей – инвалидов такой поддержки не получают. 18,8% затруднились ответить на данный вопрос.

Возрастные особенности в оценке необходимой поддержки в период обучения связаны с тем, что выше

ее наличие оценивают более молодые инвалиды, чем взрослые.

В зависимости от заболевания имеются отдельные отличия в ответах инвалидов. Так выше всего наличие поддержки в обучении оценили инвалиды с неврологическими нарушениями – 73,6% и с нарушениями слуха – 62,9%. О ее отсутствии чаще всего отмечали инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата – 53,2%, общим заболеванием – 51,8% и нарушениями зрения – 48,8%.

Инвалидам было предложено дать оценку доступности учебных учреждений Санкт-Петербурга. Согласно ответам опрошенных для 42,0% опрошенных они были оценены как не оборудованные. Для сравнения более не доступными инвалиды выбрали - жилые дома – 77,4%, и почта телеграф – 49,9% и др. объекты. Возрастные особенности в оценках инвалидов отличаются тем, что учебные заведения как не доступные чаще оценивают более молодые инвалиды в возрасте до 17 лет (55%) от 18 до 29 (59,4%).

Закключение. Таким образом, согласно результатам исследования было отмечено ряд проблем для инвалидов Санкт-Петербурга в сфере образования. Низкий уровень образования особенно профессионального, так как в исследовании встретилось достаточно много взрослых инвалидов не имеющих такового. Особенно низкий уровень образования у инвалидов с неврологическими нарушениями и нарушениями психического здоровья. Эта же группа высоко оценивает потребности в его получении. Остальные опрошенные приблизительно в равных значениях оценили как наличие, так и отсутствие потребности в получении образования. Особенно высоко оценили такую потребность инвалиды в возрасте до 30 лет. Также имеются ограничения в получении образования в разных его формах для почти трети инвалидов. Особенно низко такую доступность образования оценили инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата, зрения и общим заболеванием. Учебные учреждения отмечаются как недоступные для почти половины опрошенных инвалидов в молодом возрасте.

Список литературы

- Аверина Е.А. Интеграция инвалидов в общество: теоретическое осмысление проблемы // Вестник Томского государственного университета, 2011. № 1 (13) С. 5-11.
- Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы. Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 N 1297 (ред. от 25.05.2016) // Собрание законодательства РФ, 07.12.2015, N 49, ст. 6987.
- Конвенция о правах инвалидов (принята Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. N 61/106) // Собрание законодательства РФ, 11.02.2013, N 6, ст. 468.
- Кройтор С.Н. Доступ к образованию инвалидов в России: возможности и препятствия // Социологические исследования. 2013 № 5 С. 104-110.
- Любавина Н.В. Инклюзивное и интегрированное обучение детей с ограниченными возможностями: проблемы и условия эффективности // Социологические исследования. 2013 № 9. С. 64-69
- Чадова Т.А. Профессиональное образование инвалидов в Москве: возможности и барьеры. // Социологические исследования. 2013 № 9. С. 69-79.
- Ярская-Смирнова Е.Р., Романов П.В. Проблема доступности высшего образования для инвалидов // Социологические исследования. 2005 № 10 С. 48-56.

УДК 159.99+ 364.048.6

Травникова Н.Г.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ ПРИ ТРУДОУСТРОЙСТВЕ

ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, Санкт-Петербург

Travnikova N.G.

PSYCHOLOGICAL HELP IN DISABILITY EMPLOYMENT

St. Petersburg Postgraduate Institute of Medical Experts, St. Petersburg

Ключевые слова: психологическая помощь, трудоустройство, инвалид, методы психологической помощи.
Keywords: psychological help, employment, disabled people, methods of psychological help.

Аннотация

В статье психологическая помощь инвалидам рассматривается в зависимости от стадии трудоустройства. Выделяются группа инвалидов с детства и инвалидов трудоспособного возраста, определяются различия в психологической помощи данным группам. Приводятся методы психологической помощи инвалидам.

Abstract.

This article considers psychological help to disabled people according to the stage of employment. A group of people with disabilities are distinguished from childhood and disabled people of working age, the differences in psychological help to these groups are discussed. The author provides the methods of psychological assistance for disabled people.

Современная экономическая ситуация в России является одной из причин высокого уровня сложности при трудоустройстве лиц, имеющих инвалидность. Среди разнообразных факторов, создающих барьеры на пути к трудоустройству, можно выделить и психологические. Социально-психологические проблемы без-

работицы являются традиционно значимыми для нашей страны и привлекают внимание исследователей [1].

В.Б. Зайцева выделяют два направления психологической помощи при трудоустройстве [2]: определение наиболее подходящей профессии и условий профессиональной деятельности и второе - разработка и проведение психокоррекционных программ, учитывающих необходимость воздействия на ценностно-мотивационную сферу и самооценку безработных. Содержание психологической помощи зависит от стадии трудоустройства. На этапе поиска работы могут быть полезны консультации, помогающие понять, где и как искать работу, какие психологические критерии будущей работы важно учитывать, а какими можно пренебречь. На этапе собеседований может понадобиться тренинг прохождения процедуры собеседования, методы снижения психоэмоционального напряжения и повышения самооценки. Этап адаптации на рабочем месте может потребовать определенного тренинга по освоению норм и правил поведения в организации, поиску своего места в коллективе, освоению трудовых функций. При увольнении необходима психологическая помощь, направляющая внимание на усвоение опыта, поиск ошибок, которые привели к неудаче и разработку мер по их преодолению. Подходы к коррекции существенно зависят от ситуации инвалидности. Можно выделить две различающиеся между собой группы:

Инвалиды с детства, обращающиеся с запросом о профориентации и трудоустройстве, когда особое внимание нужно уделить формированию или коррекции первичной мотивации к работе, формированию психологической готовности к трудовой деятельности. Для этой группы клиентов ведущее значение имеют факторы воспитания, пример близких и значимых людей, наличие опыта прохождения образовательных и информирующих программ. При планировании психологической помощи данной группе стоит уделить внимание и важным с точки зрения работодателя моментам [4, с.83]: внешнему виду и гигиене, подходящему поведению и социальным навыкам, правильному отношению к работе и обязанностям, надежности, пунктуальности, ответственности работника. Данные навыки и качества могут быть развиты или скорректированы в ходе тренинговых занятий: Вторую группу составляют инвалиды трудоспособного возраста, имеющие опыт работы до инвалидности. В ситуации изменения статуса они нередко сталкиваются с невозможностью реализации прежних и необходимостью формирования новых жизненных целей и перспектив. Этот процесс адаптации к новому статусу может занимать достаточно длительное время и быть трудным, и тогда потребность в помощи психолога будет полезной. При выстраивании новых жизненных перспектив должно быть место работе, психолог может оказать поддержку при воссоздании психологической готовности к труду в иной сфере или профессии, а, возможно, к переобучению. Для клиентов этой группы ведущее значение имеет предыдущий опыт и степень адаптации человека к новой жизни в ситуации ограниченных возможностей.

В рамках психологической готовности к трудовой деятельности можно выделить ключевые для практического психолога цели психокоррекции:

Позитивный настрой клиента на всех этапах трудоустройства;

Уверенность в своих силах, которая зависит не только от самооценки, но и от уровня профессиональной подготовки.

Значительный психокоррекционный потенциал имеет позитивный предыдущий опыт, на который влияют: образование и подготовка, соответствие трудовых обязанностей и условий работы возможностям инвалида (приспособление рабочего места, места для питания, доступность туалета, возможность добраться, режима труда и т.п.).

Для создания позитивного опыта и решения многих задач по социально-психологической адаптации на рабочем месте используется технология организации стажировок инвалида в реальных условиях работы. Стажировки позволяют на своем опыте испытать подходящие для рабочего места социальные навыки, подходящая для работы одежда, появляется способность управлять перерывами в работе, инвалиды приобретают основные навыки работы в реальных условиях, и можно организовать пробы разных видов работы. Стажировка является одной из форм дополнительного профессионального образования и может быть реализована образовательными организациями либо некоммерческими благотворительными организациями, которые имеют значительный опыт в их реализации.

Индивидуальные консультации являются самым распространенным методом психологической помощи при трудоустройстве. Одним из ключевых вопросов консультаций является вопрос мотивации к труду. Мотивация и психологическая готовность к осуществлению трудовой деятельности важна для всех людей, ищущих работу. В этом смысле инвалиды испытывают те же проблемы, что и люди без инвалидности. Каковы возможные причины отсутствия мотивации к работе?

1. Мотивация не подходит к выбранному виду деятельности;
2. Рассогласованность и противоречивость между мотивами;
3. Влияние опыта и воспитания (не достаточно «позитивных» мотивов или избыточно «негативных» мотивов к труду)[3, с.25].

Выявление данных проблем и прояснение их с клиентом позволяет делать более осознанный выбор и

находить наиболее соответствующую мотивационной сфере инвалида работу. Внимание должно быть уделено также таким социально-психологическим факторам, как требуемая степень ответственности, стиль внутригрупповых отношений, степень необходимой для работы инициативности, адаптивности, интеллектуальная сложность работы; условия труда; соответствие социальному и экономическому прошлому лица.

Одним из проверенных методов консультирования является совместное с клиентом создание плана конкретных действий по адаптации и обучению работника с инвалидностью, с учетом его особенностей [5]. Групповые занятия также являются одним из хорошо зарекомендовавших себя методов социально-психологической подготовки к труду. Клубы ищущих работу созданы в ряде городов России. Подробная программа занятий клуба и обучение сотрудников некоммерческих организаций, желающих поддерживать инвалидов при трудоустройстве, приведена на сайте РООИ «Перспективы» [5]. Кроме помощи непосредственно в прохождении собеседования, написания резюме, трудоустройства, такие занятия позволяют уменьшить социальное расстояние с куратором и другими людьми, помогают в преодолении комплексов и страхов, а также позволяют осуществлять сопровождение (консультирование) в течение примерно 6 месяцев после трудоустройства.

Сопровождаемое трудоустройство включает в себя комплекс мероприятий, которые последовательно и системно реализуются консультантом. Данная технология описана, например, в Методических рекомендациях для специалистов органов службы занятости населения... [6, с.106-110].

Из методов, которые используются при оказании психологической поддержки при трудоустройстве инвалидов, используются средства выстраивания оптимистичной перспективы, ознакомление с успешными примерами трудоустройства людей, имеющих различные ограничения жизнедеятельности, как в форме личных встреч, так и через социальные сети, публикации и т.п.

Бывает необходима помощь психолога не только ищущему работу, но и окружению инвалида: работа с семьей или с коллективом по месту трудоустройства. Не меньшее значение для социально-психологической адаптации сотрудника с инвалидностью может иметь позиция его руководства и коллег. Работа с работодателем (руководство и персонал) может включать разъяснения возможностей нового работника с инвалидностью, развеивать стереотипы и опасения.

Психологическая помощь при трудоустройстве является одной из услуг, оказываемых государственной службой занятости населения [6]. В состав данной услуги входят следующие мероприятия: проведение тестирования, обсуждение с безработным гражданином результатов и выявление основных проблем, препятствующих трудоустройству, профессиональной самореализации и карьерному росту; осуществление психологической поддержки в форме: психологического консультирования и (или) психологического тренинга по отработке новых приемов и способов поведения, преодолению негативных факторов поведения; предоставление рекомендаций по повышению мотивации к труду, активизации позиции по поиску работы и трудоустройству, разрешению или снижению актуальности психологических проблем, препятствующих профессиональной и социальной самореализации, повышению адаптации к существующим условиям, реализации профессиональной карьеры путем оптимизации психологического состояния. Стандарт определяет максимальное время оказания психологической помощи – 90 минут на консультирование и 4 часа групповой работы. Постановлением Правительства России от 27 октября 2016 г. № 1096 «Об утверждении перечня общественно полезных услуг и критериев оценки качества их оказания» в состав социально-трудовых услуг, направленных на оказание содействия в вопросах трудоустройства и в решении вопросов, связанных с трудовой адаптацией молодежи, матерей с детьми, инвалидов, граждан пожилого возраста, лиц, освобожденных из мест лишения свободы включена услуга по организации сопровождения при содействии занятости инвалидов и самозанятости инвалидов.

Таким образом, есть законодательная база для оказания психологической помощи инвалидам при трудоустройстве, но для качественной реализации необходимых мероприятий важно иметь возможность привлекать не только специалистов службы занятости, но и психологов центров социальной реабилитации инвалидов, общественных организаций, работодателей.

Список литературы

Кузьмина Т.В. Исследование феномена безработицы отечественной наукой (по материалам фондов диссертационного отдела РГБ) /Т.В. Кузьмина // Социологические исследования. — 2003. — № 7. — С. 145—150.

Зайцева В. Б. Психологические типы безработных и меры повышения их адаптационного потенциала при трудоустройстве/ В.Б.Зайцева. - Центр специальных исследований и экспертиз.– <https://www.psy-expert.ru/index/0-1348> (дата обращения: 25.07.2017).

Шмидт В.Р. Профорентация в условиях несвободы/В.Р. Шмидт.- М.: РОФ «Информатика для демократии» - 2006 -127 с.

Зепеда К. Роль специальных педагогов в трудоустройстве людей с инвалидностью/ Катрина Зепеда// Сборник материалов международной конференции «Новые возможности трудоустройства для людей с инвалидностью в России»- М.: РООИ «Перспектива», 2007 - с.82-85.

Клуб ищущих работу. Технология организации и проведения программы подготовки людей с инвалидностью к процессу трудоустройства. Учебное пособие/М.Л.Новиков - М.: РООИ «Перспектива», 2008.- 192 с.- <https://perspektiva-inva.ru/jobs/bro/vw-277/> (дата обращения: 25.07.2017)

Методические рекомендации для специалистов органов службы занятости населения по организации работы с инвалидами, в том числе оценке значимости нарушенных функций организма инвалида для выполнения трудовых функций. / Старобина Е.М., Владимирова О.Н., Гордиевская Е.О. и др.. – М.: Министерство труда и социальной защиты населения Российской Федерации. – 2016. - 77 с.

Приказ Минтруда России № 4н от 09.01.2013 г. «Об утверждении Федерального государственного стандарта государственной услуги по психологической поддержке безработных граждан».

Постановление Правительства России № 1096 от 27.10. 2016 г. «Об утверждении перечня общественно полезных услуг и критериев оценки качества их оказания».

УДК 378.046.4

Травникова Н.Г.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ СОЦИАЛЬНОЙ И ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, Санкт-Петербург

Travnikova N.G.

EDUCATIONAL TECHNOLOGIES IN STAFF TRAINING FOR SOCIAL AND LABOR REHABILITATION

St. Petersburg Postgraduate Institute of Medical Experts, St. Petersburg

Ключевые слова: подготовка кадров, андрагогика, методы обучения взрослых

Keywords: training, andragogy, methods of teaching adults.

Аннотация

Автор считает андрагогику теоретической базой обучения специалистов в сфере реабилитации. В тексте рассматриваются существующие в настоящий момент технологии подготовки кадров социальной и трудовой реабилитации в России.

Abstract.

The author considers andragogy to be a theoretical basis for training specialists in the field of rehabilitation. The text discusses the existing technologies of personnel training of social and labor rehabilitation in Russia.

Изменение отношения к роли инвалидов в обществе, принятие новых нормативных и законодательных актов и переход к биосоциопсихологической модели инвалидности приводит к активному развитию реабилитации в России. В связи с повышением значимости реабилитационных услуг возрастает спрос на специалистов в данной сфере.

В настоящий момент существуют различные технологии в подготовке специалистов по социальной и трудовой реабилитации. В большинстве своем специалисты данной сферы уже имеют профессиональное образование, но нуждаются в дополнительном профессиональном обучении, информировании и развитии в данной области [1,с.71]. Теоретической базой для подготовки кадров может выступать андрагогика [2].

Принципы обучения взрослых, сформулированные андрагогикой, реализуются в существующих образовательных технологиях.

В настоящий момент реализуются «традиционные» курсы повышения квалификации в подразделениях вузов и институтах дополнительного профессионального образования, в том числе в СПбИУВЭК. Чаще всего это циклы длительностью 36-72 часа, охватывающие определенный круг вопросов социальной либо профессиональной реабилитации, в соответствии со спецификой вуза и запросом практической сферы [3].

Минтруд России выступает инициатором семинаров, конференций, совещаний, посвященных проблемам реабилитации [4]. Участие специалистов в данных мероприятиях также является одной из форм обучения взрослых и повышения профессионализма.

Еще одна андрагогическая технология, присутствующая в современной России, это обучающие (ознакомительные) семинары или мастер-классы, проводимые общественными организациями, реализующими различные программы социальной и трудовой реабилитации инвалидов [5,6]. В данном случае более опытные сотрудники НКО готовы делиться опытом и обучать на своем примере специалистов из других общественных и государственных организаций.

Таким образом, современная ситуация подготовки и повышения квалификации кадров в сфере социальной и трудовой реабилитации инвалидов сформировалась в соответствии с потребностью практики и

представлена различными технологиями, соответствующими принципам андрагогики.

Литература:

- Широ-Гайст К. Подготовка специалистов по трудоустройству инвалидов в рамках системного подхода/Крисанн Широ-Гайст// Сборник материалов международной конференции «Новые возможности трудоустройства для людей с инвалидностью в России»- М.: РООИ «Перспектива», 2007 - с.62-71
- Андрагогика: основы теории, истории и технологии обучения взрослых / С.И. Змеёв. - М. : ПЕР СЭ, 2007. – 272 с.
- Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов. Официальный сайт. Учебный план. <https://spbiuvek.ru> (дата обращения 25.07.2017)
- Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. Официальный сайт. Мероприятия. <http://www.rosmintrud.ru/events> (дата обращения 25.07.2017)
- Зепада К. Роль специальных педагогов в трудоустройстве людей с инвалидностью/ Катрина Зепада// Сборник материалов международной конференции «Новые возможности трудоустройства для людей с инвалидностью в России»- М.: РООИ «Перспектива», 2007 - с.82-85.
- Web-школа РООИ «Перспектива», <https://perspektiva-inva.ru/web-school/> (дата обращения: 25.07.2017)

УДК 616-036.86+364.29

Хорькова О.В., Карасаева Л.А.

ПОТРЕБНОСТЬ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов», Санкт-Петербург, Россия

O.V. Hor'kova, L.A. Karasaeva

THE NEED FOR ELDERLY PEOPLE WITH DISABILITIES IN VOCATIONAL REHABILITATION

FGBU DPO "St. Petersburg Institute of Postgraduate Medical experts", St. Petersburg, Russia

Ключевые слова: инвалиды пожилого возраста, профессиональная реабилитация инвалидов.

Аннотация: В данной статье рассматриваются некоторые показатели потребности инвалидов пожилого возраста в профессиональной реабилитации.

Keywords: elderly people with disabilities, rehabilitation of disabled persons

This article provides the need for elderly people with disabilities in vocational rehabilitation

Введение. Оценка потребности в профессиональной реабилитации и ее реализация у инвалидов пожилого возраста – актуальная и значимая проблема в системе реабилитации в связи с особенностями использования трудового потенциала пожилых, требующим специфического подхода[3].

В последние годы социальная политика в отношении инвалидов ориентируется на активные меры трудоустройства инвалидов[1]. Но в отношении трудоустроенных инвалидов пожилого возраста практически не реализуются меры профессиональной реабилитации. Отсутствует банк вакансий для инвалидов пожилого возраста, отражающий потребности рынка труда в лицах пенсионного возраста, имеющих группу инвалидности. Современная профессионально-квалификационная структура рынка труда ориентирована на лиц трудоспособного возраста, либо на лиц старше трудоспособного возраста не имеющих ограничений способности к трудовой деятельности[2].

Отсутствуют нормативно-правовые акты, регулирующие основные организационные направления для включения инвалидов пожилого возраста в трудовую деятельность. Не разработаны методические подходы в получении профессионального переобучения и переподготовки инвалидов пожилого возраста.

Целью настоящей работы явилось изучение потребности в профессиональной реабилитации инвалидов пожилого возраста.

Материалы и методы. Было проведено исследование профессионально-трудоустройства 200 инвалидов пожилого возраста, впервые проходивших медико-социальную экспертизу в Санкт-Петербурге в период 2014-2015 гг. и признанных инвалидами. Оценке подвергнуты такие признаки как: возраст; пол; социальная принадлежность; уровень образования; профессия; группа инвалидности; степень ОСТД; социальная и трудовая активность;

Результаты. На трудовую активность инвалидов пожилого возраста влиял комплекс внутренних и внешних факторов. К внутренним факторам отнесены такие как: возраст, состояние здоровья, установка на продолжение трудовой деятельности; к внешним факторам отнесены: образование, уровень профобразования, профессия, наличие группы инвалидности, степень ОСТД, наличие условий для продолжения трудовой деятельности.

Одной из важных социальных характеристик является возраст и уровень образования, определяющий потребность пожилых людей в трудовой и коммуникативной деятельности.

Среди ВПИ в возрасте 60-64 года мужчины составили 70,8% и женщины 29,2%, в возрасте 65-69 лет – со-

ответственно 69,1% и 30,9%, в возрасте 70-74 года – 51,0% и 49,0%. Группа ВПИ в возрасте 75 лет и старше, была представлена преимущественно женщинами 79,3%, против 20,7% у мужчин, что объясняется более высокой продолжительностью жизни женщин по сравнению с мужчинами.

Инвалиды пенсионного возраста, проживающие в Санкт-Петербурге, представляли собой достаточно образованную когорту населения. Среднее профессиональное образование имели 48,6 %, высшее образование – 38,4 %, среднее общее образование – 10,3%, неполное среднее образование – лишь 2,7% инвалидов данной возрастной группы. На момент освидетельствования ни кто из числа ВПИ не обучался.

Анализ трудовой занятости показал, что на момент первичного освидетельствования в бюро МСЭ продолжали работать 50,7% ВПИ пенсионного возраста, в том числе 56,1% мужчин, и 43,9% женщин. В возрасте 60-64 года работали 33,6%, 65-69 лет - 25,2%, 70-74 года - 10,3% и 75 лет и старше – 6,5% ВПИ пенсионного возраста. Продолжали работать в своей профессии 45,5%, планировали продолжать свою деятельность на том же рабочем месте и в своей профессии 35,5%, сменить предприятие (учреждение) и условия трудовой деятельности 29,2%.

У инвалидов, не имеющих ОСТД, профессиональный статус определяющий возможности инвалида трудиться в соответствии с его образованием, способностями и интересами был у 35,5% инвалидов; профессиональный статус инвалидов с ОСТД I и II ст., нуждающихся в мерах профессиональной реабилитации, определялся в 45,5%; с ОСТД III ст. – у 19,0% инвалидов.

Изучение потребности в мерах профессиональной реабилитации у инвалидов III группы свидетельствовало, что для их реализации наиболее значимыми являются мероприятия по профессиональной ориентации и содействию в трудоустройстве, в них нуждались все инвалиды III группы (100%), в коррекции трудовой установки нуждалась пятая часть обследуемых (21,0%). Наиболее приемлемой формой обучения для приобретения новой профессии для таких инвалидов являлось прохождение краткосрочных курсов в центрах профессиональной переподготовки безработных граждан через службу занятости или непосредственно на производстве, в том числе на предприятиях и организациях в виде индивидуального обучения или в небольших группах. Для инвалидов, ранее занимающихся интеллектуальным трудом, рекомендовалось уменьшение объема работы или повышение квалификации в рамках прежней профессиональной деятельности.

Среди инвалидов II группы с ОСТД 2 ст. нуждаемость в профессиональной реабилитации оказалась также достаточно высокой и составила 87,4%. При этом, почти половина из числа инвалидов II группы (48,0%) нуждалась в мероприятиях производственной адаптации и оборудовании (оснащении) специального рабочего места для компенсации нарушенных функций и ограничений в трудовой деятельности.

Из числа инвалидов I группы – 7,7% могли бы продолжить выполнять элементарную трудовую деятельность со значительной помощью других лиц на дому с учетом возрастных особенностей и характера заболевания.

По уровню сохранности трудового потенциала инвалидов пожилого возраста, можно было разделить на две группы: к первой группе относились пожилые люди, которые продолжали трудовую деятельность после установления инвалидности. Отраслевая структура занятости данной подгруппы имеет отчетливо выраженное смещение в сторону интеллектуальных сфер деятельности и сферу услуг. ВПИ в пожилом возрасте работали в сфере высококвалифицированного труда, поскольку имели высшее образование (54,3% чел.). Сохранение занятости пенсионеров в этих сферах имеет свои основания, так как работа (в отличие от работы на транспорте, в строительстве, в промышленности) не сопряжена с высокими рисками утраты профессиональной способности, не предъявляет повышенных требований к состоянию физического здоровья, дает возможность трудиться с уменьшением объема работы (инвалиды III группы) или в «специально созданных условиях» (инвалиды II группы), в том числе в специальном оборудовании рабочего места.

Ко второй группе относились потенциально активные (трудонаправленные) инвалиды пожилого возраста, которые могли бы продолжать трудовую деятельность, но нуждаются в определенных мерах социальной поддержки. В связи с этим существует необходимость подготовки специальных рабочих мест для инвалидов пожилого возраста, включающей не только санитарно-гигиенические требования, но и соответствие специально созданных условий профессиональным характеристикам пожилого человека, имеющего инвалидность. Эти мероприятия будут способствовать повышению эффективности доступной среды и социальной интеграции для лиц пожилого возраста.

Заключение. Таким образом, проведенное изучение потребностей в мерах профессиональной реабилитации у инвалидов пожилого возраста и фактического их удовлетворения предопределяют изучение и совершенствование технологии профессиональной реабилитации с целью эффективной социальной адаптации данного контингента инвалидов.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
«О стратегии действий в интересах граждан пожилого возраста». Распоряжение Правительства Российской Федерации № 164-р от 5.02.2016 г.
Старобина Е.М., Гордиевская Е.О., Кузьмина И.Е. Исследование потребности инвалидов в сопровождении при трудоустройстве // Профилактическая и клиническая медицина. – 2014. – 3(52). – С. 135-140.

УДК 616-037

Демина Э.Н. Портова Л.З.

СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ С ДЦП С УЧЕТОМ МКФ

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

Demina E. N. Portova L.Z.

ICF-BASED SOCIAL SURVEY OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: социальная реабилитация, дети с ДЦП, мероприятия социальной реабилитации

Аннотация. Применение социальной реабилитационно-экспертной диагностики с учетом МКФ позволяет использовать ее данные для определения потребности детей-инвалидов в конкретных мероприятиях социальной реабилитации.

Key words: social rehabilitation, children with cerebral palsy, activities of social rehabilitation

Abstract. The use of social rehabilitation and expert diagnostics, given the ICF allows to use its data to determine the needs of children with disabilities in specific activities of social rehabilitation.

Социальная реабилитация детей с диагнозом ДЦП одна из наиболее важных и трудных задач. В России количество детей с ДЦП увеличивается значительно быстрее, чем в развитых западных странах. Так, в США, согласно официальной статистике, на 1000 новорожденных отмечается 1-2 случая заболевания ДЦП, то в Российской Федерации этот показатель может достигать 6-8 случаев и более на 1000 родов. Целью социальной реабилитации является повышение качества жизни ребенка-инвалида. Инвалидность детей с диагнозом ДЦП значительно ограничивает их жизнедеятельность и приводит к социальной дезадаптации. Основной задачей программы индивидуальной социальной реабилитации детей с этим диагнозом является их социальная адаптация. Мероприятия социальной реабилитации направлены на формирование навыков самостоятельности, подготовку ребенка к обучению, общению, воспитание навыков личной гигиены, самообслуживания. Эффективность мероприятий социальной реабилитации напрямую зависят от индивидуального подхода к определению объема, характера социально-реабилитационных мероприятий. В настоящее время в соответствии с рекомендациями ВОЗ состояние здоровья оценивают не только с точки зрения выраженности патологических процессов, но и с точки зрения влияния нарушений структуры или функции организма, которые есть у индивида, на его активность, функционирование и участие в жизни общества (ВОЗ, 1981, 1989, 2000, 2012). В рамках проекта сотрудничества с ВОЗ в июле 2014 года международным коллективом экспертов разработаны базовые наборы МКФ для детей и подростков с ДЦП. Для детей с ДЦП возможно использование шкал, позволяющих оценить способность ребенка совершать функциональные движения и способность ребенка выполнять различные виды бытовой и повседневной активности. При этом использование МКФ позволяет определять потребности ребенка-инвалида не только в различных видах реабилитационных мероприятий, но и в использовании технических средств реабилитации (ТСР). При использовании социальных показателей МКФ применяется принцип индивидуального подхода в реабилитационной работе, т.е. принцип наиболее целесообразного использования индивидуальных особенностей ребенка. Метод определения реабилитационных мероприятий по направлению социальной реабилитации - это метод с использованием базовых наборов МКФ для детей и подростков с ДЦП. Домен, относящийся к социально - средовой реабилитации - это домен «мобильность», в котором определяются различные варианты изменения позы тела, поддержания положения тела или перемещения тела с одного места на другое; переноса, перемещения или манипуляции объектами; ходьбы, бега, преодоления препятствий и использования различных видов транспорта, использование ТСР. К социально-средовой реабилитации относятся и факторы окружающей среды - доступность жилого помещения. Домены, относящиеся к социально-бытовой адаптации - это домены «самообслуживание» и «бытовая жизнь», в которых определяется необходимость мероприятий по данному направлению. Домены, относящиеся к социокультурной реабилитации - d880 - участие в играх, d920 - отдых и досуг. Мероприятия, относящиеся к социально-психологической и социально-педагогической реабилитации не проводились при использовании данного метода не применялись.

Применение социальной реабилитационно-экспертной диагностики с учетом МКФ позволяет использовать ее данные для определения потребности детей-инвалидов в конкретных мероприятиях социальной реабилитации.

УДК 364.

Кречетникова А. Э.

ОПЫТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПБ ГБОУ НПО «ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЛИЦЕЙ» ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ.

ГБОУ НПО «Профессиональный реабилитационный лицей», Санкт-Петербург

Krechetnikova A. E.

EXPERIENCE ACTIVITIES OF SPB GBOU NPO “PROFESSIONAL REHABILITATION LYCEUM” IN VOCATIONAL REHABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES.

GBOU NPO “Professional rehabilitation Lyceum”, Sant-Petersburg

Ключевые слова: реабилитация и абилитация ; профессиональная реабилитация; сопровождаемое трудоустройство инвалидов; профессиональная адаптация.

Keywords: rehabilitation and habilitation ; vocational rehabilitation; support the employment of disabled persons; professional adaptation.

Аннотация. Статья освещает сложившиеся направления профессиональной ориентации и реабилитации инвалидов, проблемы трудоустройства инвалидов различных нозологий. роль конкурсов профессионального мастерства в построении траектории профессионального развития инвалида.

Abstract. The paper highlights current areas of professional orientation and rehabilitation of the disabled, problems of employment of people with disabilities of various nosologies, the role of competitions of professional skill in the creation of a trajectory of professional development of the disabled person.

В соответствии с Федеральным законом от 01.12.2014 N 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» государственная поддержка инвалидов не сводится лишь к социальным выплатам. Первостепенной задачей становится обеспечение возможности инвалидам стать полноценными членами общества, вести независимый образ жизни и активно развиваться в личностном плане. Как известно, в этом процессе важную роль играет приобретение профессионального образования, соответствующего как потребностям рынка труда, так и возможностям инвалида. Собственно, *абилитация* поэтапно предусматривает: восстановительные медицинские мероприятия, профессиональную ориентацию; физкультурно-оздоровительные мероприятия; социальную адаптацию.

В соответствии с Национальным Стандартом РФ «Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг», ГОСТ Р 53874-2010, к реабилитационным услугам относятся, услуги по профессиональной реабилитации инвалидов, суть которых - это комплекс мер, направленных на восстановление трудоспособности инвалида или приобретение им новых профессиональных навыков в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда. В этом комплексе приобретение профессиональных навыков стоит на первом месте и представлено в нашем лицее перечнем профессий, которые инвалиды получают на бюджетной основе. Не случайно употребила это словосочетание «перечень профессий», так как именно в соответствии с рекомендованным Министерством труда и социальной защиты Перечнем профессий, осуществляется профессиональное образование и обучение в лицее. Нельзя не упомянуть, что нашему лицее в 2018 году исполняется 75 лет. Тогда ,в 1943 году, приобретение инвалидами профессий, востребованных на рынке труда региона, было актуально в связи с восстановлением разрушенного народного хозяйства. В тот период инвалиды войны не только обучались в стенах реабилитационного учебного заведения, но и жили. Тогда в реабилитационном учебном заведении оказывался весь комплекс реабилитационных услуг, включающих медицинскую реабилитацию. В чем особенность профессиональной реабилитации на современном этапе? Перед специалистами профессионального образования всех уровней стоит задача сформировать профессиональные компетенции, совместимые с профессиями из списка ТОП-50 и соответствующие трудовым функциям, сформулированным в профессиональных стандартах. Это в полной мере относится к профессиональному образованию и обучению инвалидов. Необходимо соотносить рекомендации ИПРА как к выбору видов профессиональной деятельности, так и к условиям труда, предоставляемым работодателями нашим выпускникам. Профессиональная ориентация, таким образом, нацелена на решение этих задач. Известно, что полученные в учебных лабораториях и мастерских профессиональные навыки, лучше всего закреплять на практике, в условиях действующего производства. Сформированный за много лет круг производственных предприятий, на которых обучающиеся проходят производственную практику – это база профессионального становления. Она насчитывает более 100 предприятий и учреждений. В некоторых выпускники работают и продолжают трудоустроиваться новые выпускники У каждой профессии своя специфика. Например, будущие портные проходят практику как в условиях ателье и небольших мастерских по пошиву и ремонту одежды, так и на крупных швейных предприятиях, производящих продукцию в промышленных масштабах. И находим место для трудоустройства инвалидов различных нозологий: слабослышащих, с интеллектуальными нару-

шениями, с нарушениями ОДА. Разумеется, отношения с работодателями складывались годами. Ежегодно добавляются новые работодатели, да и требования к уровню профессиональной подготовки изменяются в сторону усложнения. Актуализации профессионального обучения способствуют конкурсы профессионального мастерства по стандартам Abilitympics. Обучающиеся лица стали участвовать в конкурсах с 2016г., поэтапно. Сначала - в Региональных Чемпионатах, затем - в Национальных. Разумеется, для подготовки участников конкурсов потребовалось обучение мастеров производственного обучения, которое они получили в Санкт-Петербурге, весной 2016 года. А в сентябре 2016 года четверо участников в двух компетенциях вышли на соревновательные площадки Регионального Чемпионата. Напомню, что все наши обучающиеся - инвалиды различных нозологий. Победа в конкурсах такого уровня - серьезное испытание для ребят. Но участвовать хотят многие. Конкурсы помогают преодолеть неуверенность в своих силах, способствуют расширению представлений о профессии. Стоит ли напоминать, что участие в конкурсе добровольное. Победители Регионального и Национального чемпионатов делились опытом участия, мастера готовят участников чемпионата, как и обычных обучающихся, но нацеливают на самостоятельность, ответственность, умение работать в команде. Стремясь к достижению личного результата, каждый участник защищает имя своего учебного заведения. Эксперты на площадке - специалисты профильных предприятий, которые имеют возможность наглядно убедиться в профессиональных компетенциях ребят. И потому приглашение на работу участников Чемпионатов - закономерная ответная реакция эксперта-работодателя.

Профориентационная работа в целом сегодня получает новый заказ: поднять престиж рабочего в обществе. Поэтому, обучая ремесленным профессиям - ремонту обуви, шитью, вышивке, лозоплетению, выращиванию и уходу за различными растительными культурами - показываем нашим подопечным путь своего профессионального развития (траекторию) и не только в качестве наемного работника, но и направление развития самозанятости. Для людей с ограниченными возможностями - это направление весьма востребовано, так как позволяет соотносить свои физические возможности с интенсивностью труда, с величиной заработка. Некоторые наши выпускники, трудоустроившись по окончании лицея и не сумев подстроиться под требования работодателя, обращаются в службу трудоустройства лицея за помощью. Эта помощь необходима не только в процессе поиска работы по окончании лицея, но и в сопровождении на рабочем месте в течение первого года работы. В этот период необходимо взаимодействие как с работодателем, так и с семьей выпускника. В настоящее время осуществляется разработка механизма сопровождаемого содействия занятости, осуществляемого сотрудниками негосударственных организаций, работниками организации работодателя при их согласии; утверждение порядка осуществления деятельности по сопровождаемому содействию занятости инвалидов. В процессе разработки механизма сопровождаемого трудоустройства, наш лицей нашел партнеров среди общественных организаций, государственных структур. Формируется взаимопонимание и взаимное стремление работать сообща, когда не делят обязанности на свои и не свои, а исходят из желания сделать все возможное в рамках служебных обязанностей. Мы с готовностью предоставляем возможность таким общественным организациям, как БФ «Рауль», «Антон-тут-рядом», ЧИУ «Мастер-Ок», государственным структурам как ГАУ АЗН прийти к нам с целью ознакомить выпускников с имеющимися у них вакансиями, включить ребят в различные проекты и программы поддержки занятости инвалидов. То есть, по окончании лицея и еще в процессе обучения, наши подопечные имеют возможность получить представление о различных аспектах своей профессии, о ее востребованности на рынке труда региона. Стала постоянной практикой профориентационных экскурсий на профильные предприятия. Так же, работодатели приходят в лицей, чтобы получить представление об условиях обучения, познакомиться с руководством, мастерами, провести презентацию своего производства.

В целях более эффективной подготовки к профессиональному обучению в лицее, мы предлагаем абитуриентам пройти обучение на курсах компьютерной грамотности, так как информационные технологии в профессиональной деятельности необходимы. По окончании курсов выбор будущей профессии происходит более осознанно. Сложилась практика, когда инвалиды, еще обучающиеся в школе, посещают курсы обучивших по ремонту обуви. Это помогает постепенно погрузить ребят в профессию, дозировать учебную нагрузку, ознакомить со спецификой профессии, с условиями обучения в лицее, с мастерами. В целом практика обучения на курсах, предшествующая поступлению в лицей, способствует более плавной адаптации к требованиям учебного процесса, знакомит со спецификой профессионального обучения, в котором большая часть времени отведена формированию профессиональных компетенций.

У наших обучающихся богатая культурная и спортивная жизнь: начиная с подготовки Дня знаний (который проводится в начале каждого учебного года) обучающиеся и выпускники презентуют свою профессию, как они ее представляют на этот момент. Это и веселый экспромт, и презентация своих художественных способностей - пения, пантомимы - жанровое разнообразие. Стали традиционными красочные осенние и новогодние инсталляции, модные показы, дефиле. Ежемесячно в лицее проводится День здоровья, когда организуются массовые спортивные состязания, игры, эстафеты. Ежегодно специалисты лицея обновляют

программы культурных и спортивных мероприятий, уделяя этому большое внимание и значение. Все они в комплексе способствуют гармоничному развитию личности ребят, адаптации в коллективе и в обществе.

Список использованной литературы

1. Федеральный закон от 01.12.2014 N 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов»
2. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 N 181-ФЗ (последняя редакция)
3. ГОСТ Р 53874-2010, Группа Т50, Национальный Стандарт РФ «Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг».

УДК 364.08

Кузьмина И.Е., Гордиевская Е.О., Кривенков С.Г., Старобина Е.М., Чукардин В.А.

ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ СУБЪЕКТОВ РФ В ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ КАДРОВ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ

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

Kuzmina I.E., Gordievskaya E.O., Krivenkov S.G., Starobina E.M., Chukardin V.A.

THE STUDY OF THE NEEDS OF RUSSIAN REGIONS IN THE DEVELOPMENT OF PERSONNEL IN THE SYSTEM OF SOCIAL PROTECTION OF THE POPULATION

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: повышение квалификации, программы повышения квалификации, реабилитация инвалидов и детей-инвалидов, социальная сфера

Keywords: training, program training, rehabilitation of disabled and children with disabilities, social services

Аннотация: статья посвящена освещению результатов исследования анализа опыта дополнительного профессионального образования, форм и видов повышения квалификации специалистов социальной сферы.

Abstract: the article is devoted to the results of the study analysis of the experience of additional professional education, forms and types of qualification of specialists of social sphere.

Современные темпы расширения информационного пространства, углубление научных представлений о реабилитации, появление инновационных реабилитационных технологий, методик, технических средств - все это требует от современного персонала, осуществляющего деятельность в области реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, постоянного и систематического повышения его профессиональной квалификации. В связи с этим возрастает актуальность системы дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) - во всем многообразии его структур, форм и видов.

Целью исследования явился анализа опыта дополнительного профессионального образования, форм и видов повышения квалификации специалистов социальной сферы.

В процессе исследования было осуществлено анкетирование представителей органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих функции социальной защиты населения, в целях изучения потребности субъектов Российской Федерации в повышении квалификации кадров социальной сферы по специально разработанной анкете.

Ответы, полученные из 74 регионов РФ, позволили провести статистическую обработку полученных результатов по следующим позициям:

- суммарное количество учреждений и организаций различных уровней подчиненности и форм собственности в сфере социального обслуживания населения;
- количество специалистов с высшим и средним профессиональным образованием, работающих в учреждениях социального обслуживания;
- объемы программ, в которых эти специалисты повышают квалификацию;
- ежегодные потребности в дополнительном профессиональном образовании специалистов органов и учреждений социальной защиты.

Всего по 54 позициям анкеты были вычислены как суммарные показатели по всем субъектам, так и средние показатели. Первые помогают лучше представить структуру учреждений и разнообразие специальностей. Последние позволяют, несмотря на очевидные региональные различия, предварительно оценить усредненные потребности регионов в повышении квалификации специалистов.

Кроме того, в анкете содержались вопросы качественного характера, имевшие целью оценить, имеются ли в субъекте РФ образовательные организации, осуществляющие повышение квалификации специалистов.

Проведенный анализ результатов эмпирического исследования посредством анкетирования органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих функции социальной защиты населения, подтвердил выводы, сделанные при теоретическом анализе опыта и форм повышения квалификации

специалистов учреждений, осуществляющих реабилитацию и абилитацию инвалидов и детей-инвалидов в РФ. Было установлено, что преобладающее число специалистов, занятых в реабилитации инвалидов и детей-инвалидов, представлено в основном социальными работниками и специалистами по социальной работе (46,2%), а также медицинскими кадрами (28,2%), из них преимущественно средним медицинским персоналом (23,2%). Педагогические работники составили 17,2%. В наименьшей степени количественно представлены специалисты-психологи (6,8%).

Этим обстоятельством, на наш взгляд, можно объяснить выявленную заниженную потребность в повышении квалификации по сравнению с другими специалистами именно у психологов. В данном случае необходимо учитывать, что психологическая реабилитация является не только существенной частью комплексной реабилитации, но и ее системообразующим компонентом, поскольку реабилитация направлена прежде всего на личность, человека, индивидуальность. Поэтому вполне закономерно встает вопрос не только об увеличении числа психологов, занятых в реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, но и о соответствующей подготовке специалистов психологов-реабилитологов по специально разработанным программам дополнительного профессионального образования.

Таким образом, результаты теоретического и эмпирического исследования потребности субъектов РФ в повышении квалификации кадров в системе социальной защиты населения в целом будут способствовать решению следующих задач:

- определения перечня специалистов, для которых необходимо составление примерных программ повышения квалификации, и потребности регионов в них;
- формулирование предложений по необходимости введения в номенклатуру специальностей в области реабилитации и абилитации детей-инвалидов с обоснованием функционала и компетенций, а также предложений по внесению изменений в компетенции уже существующих специалистов.

Разработка примерных программ повышения квалификации специалистов, осуществляющих деятельность в области комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, будет осуществляться по следующим направлениям: социология и социальная работа, образование и педагогические науки, культуроведение и социокультурные проекты, здравоохранение, медицинские и психологические науки объемом 16, 36, 72, 144 часов.

УДК 376.1

Рачина Г.Б.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К РЕШЕНИЮ ВОПРОСОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр», Санкт-Петербург

Rachina G. B.

THE IMPORTANCE OF A COMPREHENSIVE APPROACH TO THE ISSUES OF PROFESSIONAL REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE OF WORKING AGE

SPb GBU "Vocational rehabilitation center", Saint-Petersburg

Ключевые слова: инвалиды, комплексный подход, профессиональная ориентация, трудоспособный возраст, реабилитация, профессиональная реабилитация, профессионально-реабилитационный центр.

Key words: persons with disabilities, holistic approach, professional attitude, working age, rehabilitation, vocational rehabilitation, vocational rehabilitation center.

Аннотация. В данной статье представлен анализ комплексного подхода к решению вопросов профессиональной ориентации инвалидов трудоспособного возраста и его значение в профессиональной реабилитации. Целесообразность профессионального обучения и переобучения инвалидов должно учитывать объективные и субъективные критерии.

Abstract. This article presents an analysis of a comprehensive approach to the issues of professional orientation of disabled people of working age and its importance in vocational rehabilitation. The feasibility of vocational training and retraining of persons with disabilities must take into account the objective and subjective criteria.

В современном мире значительное число людей имеет так называемые – ограниченные возможности здоровья, которые в ряде случаев приводят к инвалидности, что вызывает необходимость социальной защиты и реабилитации этой категории граждан, направленных на восстановление социального статуса, достижения материальной независимости и социальной адаптации. Для достижения этой цели реабилитация должна вестись комплексно и включать в себя медицинскую, профессиональную и социальную составляющие.

В России разработаны национальные стандарты Российской Федерации, в том числе Федеральный закон РФ от 28.02.2013г. N 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», ГОСТ Р 53873-2010 – Реабилитация инвалидов «Услуги по профессиональной реабилитации инвалидов».

Услуги по профессиональной реабилитации определяются как комплекс услуг, направленных на восстановление трудоспособности инвалида в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда, на максимально возможное включение в трудовую деятельность с учетом имеющихся нарушений функций организма и ограничений к трудовой деятельности с целью достижения им конкурентоспособности на рынке труда, материальной независимости, самообеспечения и интеграции в общество и включают в себя профессиональную ориентацию, профессиональное образование, обучение, переобучение, содействие трудоустройству, производственную адаптацию.

Целесообразность профессионального обучения и переобучения инвалидов должна учитывать объективные и субъективные критерии. В первом случае подразумевается объективная целесообразность, перспективность предоставления инвалиду тех или иных образовательных услуг, во втором - личная заинтересованность в получении образования, а также экономические интересы личности и ее семьи. [3,4]

Согласно Федеральному закону от 29.12.2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» предусматривается в целях реализации права каждого человека на образование: создание необходимых условий для получения без дискриминации качественного образования лицами с ОВЗ, для коррекции нарушений развития и социальной адаптации, оказания ранней коррекционной помощи на основе специальных педагогических подходов и наиболее подходящих для этих лиц языков, методов и способов общения и условия, в способствующие получению образования, а также их социальному развитию этих лиц. [2,3]

Наибольшее внимание должно уделяться проведению мероприятий по профессиональной реабилитации. Однако не всегда достаточное внимание уделяется инвалидам трудоспособного возраста, получившим данный статус вследствие заболевания, травмы и т.п.

Взрослые люди в процессе своей жизнедеятельности, прилагают усилия для самоадаптации к условиям окружающего мира, стараются осознать и оценить значение своих действий, как до начала выполнения, так и по их завершению, их результаты и последствия. Система образования взрослых инвалидов должна помогать им в осознании стоящих перед ними проблем, способствовать их самостоятельному решению, преодолению потребительской позиции, в самоопределении и адаптации. Успешность профессиональной реабилитации оценивается количеством и качеством компетенций, отражающих способность качественно выполнять свои профессиональные функции и учитывающей особенности конкретного человека, способствующая достижению им желаемого результата. [1]

Основанием для начала профессиональной реабилитации в ПРЦ является рекомендация, разработанная специалистами медико-социальной экспертизы в индивидуальной программе реабилитации инвалидов (ИПРА). Однако отсутствие или, в некоторых случаях, не полнота записи в нуждаемости инвалида в конкретных видах профессиональной реабилитации в ИПР создает трудности при проведении профориентационных мероприятий для выбора направления и уровня возможного профессионального обучения.

На протяжении многих лет между учреждениями ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» и СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр» (далее – ПРЦ) происходит обмен информацией, проводятся совместные семинары, рабочие встречи с целью совершенствования межведомственного взаимодействия по вопросам профессиональной реабилитации инвалидов.

В 2014 году между ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» и СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр» заключено Соглашение о сотрудничестве, позволяющее организовать более тесное взаимодействие между двумя организациями. В настоящее время совместная деятельность позволяет достаточно оперативно решать конкретные вопросы, возникающие в процессе всех этапов профессиональной реабилитации, начиная с профориентации и заканчивая содействием трудоустройству, осуществлять мониторинг и оценку хода и результатов реабилитации. Отмечены хорошие результаты взаимодействия специалистов ПРЦ и ЦСРИиДИ по вопросам профессиональной и социальной реабилитации инвалидов. [4]

На этапе профессиональной ориентации закладывается основа успешности проводимых мероприятий по интеграции человека с ограниченными возможностями, построение этапности реабилитации, так называемой «лестницы реабилитации», определяющей те небольшие шаги, которые позволяют наиболее эффективно и последовательно решать поставленные перед индивидом задачи, направленные на выбор его будущей профессиональной деятельности.[1,4]

При проведении профориентационных мероприятий на базе ПРЦ выявлено, что примерно 20-25% обратившихся имеют твердые профессиональные намерения. Примерно столько же вообще не задумываются о своих профессиональных планах. Около 60% - не имеют четкой позиции, сомневаются в своем выборе, плохо ориентируется в мире профессий, не могут определиться в своих склонностях, неадекватно оценивают свои возможности и ограничения, не уверены в собственных силах, часто имеют установку на невозможность трудоустройства в связи с инвалидностью и искаженное представление о реальном положении дел на современном рынке труда. Отмечается достаточно низкий уровень их социальной адаптации и т.п.[3,4]

Применение личностно-ориентированного подхода к проблеме профориентации и профессиональной

реабилитации помогает людям с ограниченными возможностями понять свои желания и возможности. Как показывает практика, одной из наиболее часто встречаемых трудностей у лиц с ограниченными возможностями, является низкий уровень, а иногда и полное отсутствие мотивации к обучению и последующей трудовой деятельности.

Внедрение Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 июля 2015 г. N 528н «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» изменило годами сложившуюся схему работы с инвалидами. Так при реализации ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) обеспечиваются последовательность, комплексность и непрерывность в осуществлении реабилитационных или абилитационных мероприятий, динамическое наблюдение и контроль за эффективностью проведенных мероприятий. Выписка из ИПРА инвалида направляется для выполнения мероприятий по профессиональной реабилитации или абилитации - в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области содействия занятости населения, по психолого-педагогической реабилитации или абилитации - в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере образования, по социальной реабилитации или абилитации - в орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере социальной защиты населения.

В настоящее время для успешной работы в области профессиональной реабилитации отрабатывается новая система взаимодействия между ПРЦ, МСЭ и Агентствами по занятости населения. В настоящий переходный период достаточно сложно в некоторых случаях добиться оптимального решения вопросов профессиональной реабилитации.

Необходимо отметить, что антропоцентрический подход в современной профориентационной практике получил свое отражение в новых требованиях к описанию профессионально важных качества работника как субъекта труда. При их описании в профессиональной педагогике выделяют такое понятие как «ключевые квалификации», которые являются основой практически для всех профессий и не теряющих своего значения при изменении технологии производства и определяют продуктивность (производительность, качество, результативность и так далее) не только в рамках конкретной профессиональной деятельности.]

На современном этапе обучение базисным квалификациям рассматривается как одно из направлений профессионального образования и включает в них те знания и умения, способности, личностные качества, которые необходимы для работы в различных сферах профессиональной деятельности, в решении возникающих ситуаций в процессе трудовой деятельности и социальной жизни. Для индивида в условиях развитой рыночной экономики существует прямое соответствие между уровнями имеющихся базовых навыков и возможностью получения занятости. При обучении инвалидов в настоящее время ставится задача освоения специальности в соответствии с квалификационными требованиями, рассматривающими квалификацию как часть компетенции специалиста, включающей специальные знания и умения, индивидуальные способности, отношение к труду и социальному окружению, в том числе способность действовать самостоятельно и ответственно. [1,4]

Следует отметить, что эффективность профессиональной реабилитации инвалидов повышается при проведении профессиональной диагностики инвалидов для определения оптимального комплекса мероприятий, необходимых для успешного овладения выбранной профессией, повышения уровня социальной компетенции, уточнения ИПРА инвалида, коррекции профпланов и сопутствующий социально-психологической адаптации, на этапах профессиональной реабилитации.[3,4]

Основной целью деятельности отдела профотбора и профпробы ПРЦ является осуществление комплекса мероприятий по профориентации для определения оптимального пути профессиональной реабилитации на основании интересов, склонностей, способностей, профессионально важных качеств, а также потенциальных и компенсаторных возможностей инвалидов.

При решении вопросов профпригодности инвалида специалисты отдела исходят из требований антропоцентрического подхода, применяя системный подход, соединяющий методы, психологии, педагогики, социальной работы и медицины при проведении профдиагностических мероприятий.

Деятельность отдела профотбора и профпробы ПРЦ можно разделить на 3 основных направления:

приемная комиссия;

профессиональная ориентация и профессиональная диагностика;

реабилитационно-подготовительные курсы (РПК), выполняющие роль подготовки и адаптации к учебному процессу.

Для достижения конечной цели профессиональной реабилитации при проведении мероприятий по профдиагностике инвалидов решается целый комплекс задач:

осуществление профориентационного консультирования инвалидов;

осуществление профессионального отбора инвалидов;

определение прогноза обучения и трудоустройства;
проведение профподбора для инвалидов;
разработка индивидуального маршрута реабилитации в ПРЦ;
проведение комплекса мероприятий по повышению общеобразовательного уровня абитуриента и адаптации его к процессу профессионального обучения;

Данная технология реализуется как единый и комплексный подход, формирующий заключение о профессиональной пригодности инвалида. Модель мероприятий по профотбору включает в себя: первичное собеседование и прием документов, медицинское обследование, социальная диагностика, базовый этап, профессиональный этап, собеседование по пройденным этапам, итоговое заключение.

Социально-психологическое сопровождение во время прохождения профессионального тестирования снижает вероятность возникновения стрессового состояния, способствует самораскрытию, самовыражению оптанта, выявлению его потенциальных возможностей и способностей, социальная и психологическая адаптация к мероприятиям профотбора, успешному прохождению тестирования, адекватной оценке собственных возможностей, сознательному профессиональному выбору, эффективности дальнейшего обучения и становлению квалифицированного специалиста, конкурентоспособного на рынке труда.

Комплексный анализ результатов профориентационного, психологического и профессионального тестирования с использованием методов наблюдения, анализа продуктов деятельности, открытого интервью, данных медицинского и социального обследований проводится обсуждение и принимается решение о профессиональной пригодности инвалида к тому или иному виду деятельности, о возможности профессиональной подготовки, определяется наиболее результатов оптимальный путь профессиональной реабилитации, необходимость адаптационных мероприятий, определяется возможность и целесообразность обучения выбранной специальности.

Преимуществами данной модели проведения мероприятий по профессиональной диагностике являются: системный и комплексный подход к решению вопроса о профессиональной пригодности инвалида к тому или иному виду деятельности на основании заключений специалистов различных областей;

использование как индивидуальной, так и групповой форм работы;
индивидуальный и дифференцированный подход к оптантам;
возможность изменения продолжительности проведения тестирования в зависимости от контингента и применения этой методики к любому контингенту испытуемых и др.;

возможность проследить динамику изменения психического, физического, эмоционального состояния абитуриента, способность переносить нагрузки, наличие психокоррекционного эффекта, создание благоприятных условий для социально-психологической адаптации;

наличие медицинского, социального и психологического сопровождения профотбора;
возможность постоянного совершенствования данной модели исходя из требований различных профессий и профессионального обучения;

высокая степень объективности результатов тестирования
наличие обратной связи с различных этапов профессиональной реабилитации;
работа в тесном контакте с медико-социальной экспертизой.

Таким образом, эффективность профессиональной реабилитации взрослых инвалидов повышается при условии применения комплексной системы профдиагностики, в том числе моделирования элементов профессиональной деятельности, для определения реабилитационного потенциала, уровня развития профессионально-значимых качеств, необходимости проведения корректирующих мероприятий, адаптации рабочего места и поддерживающего трудоустройства на этапах профессиональной реабилитации, и, следовательно, полной или частичной интеграции инвалида в общество, как важной цели профессиональной реабилитации.

Критерием оценки эффективности проведенной реабилитации является социальная адаптация и интеграция инвалида в обществе путем его трудоустройства или дальнейшего обучения по программам более высокого профессионального уровня с учетом потребностей и индивидуального выбора инвалида.

Список литературы

Образование на протяжении всей жизни: разнообразие идей, концепций, форм, методов, технологий. В десяти домах. Том 7. Обучение лиц со специальными потребностями Международная монография по итогам акций ЮНЕСКО «Неделя образования взрослых» 2012-2013 г.г./ Под ред. С.С.Лебедевой, Г.Г.Иванова. – СПб: Изд-во «Политехника-сервис», 2013. - 252с

Профессиональная ориентация лиц с учетом ограниченных возможностей здоровья/ Е. М. Старобина, Е. О. Гордиевская, И. Е. Кузьмина. - [2-е изд.]. - Москва : Форум : ИНФРА-М, 2016. - 351 с. : табл.; 22 см.; ISBN 978-5-00091-138-9

Профессиональная ориентация инвалидов и лиц с ОВЗ в системе многоуровневого образования: организационные и методические аспекты: Всероссийская научно-практическая конференция, 18 ноября 2016 г. : в 3 т. / М-во образования и науки Российской Федерации, Московский гос. гуманитарно-экономический ун-т ; [сост.: В. Д. Байрамов, Н. А. Ореховская]. - Москва : МГГЭУ, 2016. - 25 см.; ISBN 978-5-9799-0082-7

Актуальные вопросы профессиональной ориентации, общего и профессионального обучения и занятости инвалидов: материалы

Международной научно-практической конференции, 21 апреля 2016 г., Санкт-Петербург / Ком. по социальной политике Санкт-Петербурга, Ком. по труду и занятости населения Санкт-Петербурга, СПб ГБУ «Проф.-реабилитационный центр» ; [редкол. : Иванов Г. Г. и др.]. - Санкт-Петербург : СПб ГБУ «Проф.-реабилитационный центр», 2016. - 189 с. : ил., табл.; 30 см.; ISBN 978-5-9907447-3-8 : 300 экз.

УДК 364.048.6

Сторожева Э.Р.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ В ЦЕНТРЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛОЖЕНИЙ МКФ

СПб ГБУСОИ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Невского района Санкт-Петербурга», Санкт-Петербург

Storozheva E.R.

EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF WORK OF THE INTERDISCIPLINARY BRIGADE IN THE CENTER OF SOCIAL REHABILITATION USING THE PROVISIONS OF THE ICF

St. Petersburg the Center of social rehabilitation of disabled people of Nevsky district, St. Petersburg

Ключевые слова: комплексная реабилитация, инвалид, Междисциплинарная бригада, Международная классификация функционирования, функциональный профиль, оценка эффективности реабилитации.

Keywords: comprehensive rehabilitation, invalid, Interdisciplinary team, International classification of functioning, functional profile, evaluation of rehabilitation effectiveness.

Аннотация. Центр социальной реабилитации инвалидов Невского района Санкт-Петербурга представляет собой инновационную модель организации работы учреждения по обеспечению комплексной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и детей-инвалидов. Работа Междисциплинарной бригады на базе учреждения позволяет совершенствовать и повышать качество реабилитации инвалидов. Применение положений МКФ в практике работы Междисциплинарной бригады позволяет оценить эффективность реабилитационных воздействий.

Abstract. The Center for Social Rehabilitation of Disabled People in the Nevsky District of St. Petersburg is an innovative model for the organization of the institution for providing comprehensive rehabilitation for disabled people of working age and disabled children. The work of the Interdisciplinary Brigade on the basis of the institution allows to improve and improve the quality of rehabilitation of disabled people. The application of the ICF provisions in the practice of the Interdisciplinary Brigade allows one to assess the effectiveness of rehabilitation effects.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение социального обслуживания населения «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Невского района Санкт-Петербурга» представляет собой инновационную модель организации работы учреждения по обеспечению комплексной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и детей-инвалидов [1]. С современных позиций в практике оказания помощи людям с ограниченными возможностями здоровья, включая реабилитацию, отмечается внедрение биопсихосоциального подхода к оценке состояния здоровья человека, планированию реабилитационных мероприятий и оценке эффективности воздействий. Такой подход базируется на положениях Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья [2], МКФ открывает широкие возможности для эффективного междисциплинарного взаимодействия на основе единой системы категорий для определения функционального профиля инвалида и составления индивидуального маршрута реабилитации.

На базе центра социальной реабилитации продолжает работу **Междисциплинарная бригада специалистов**, основная цель деятельности которой - совершенствование социально-реабилитационной помощи инвалидам трудоспособного возраста с нарушениями речи и других высших психических функций, возникших вследствие приобретенных заболеваний центральной нервной системы. В состав МДБ входят психолог, логопед, специалист по социальной работе, выполняющий функции эрготерапевта, инструктор по физической культуре.

Для оценки функционирования клиентов используются стандартизированные методики [3] и шкалы с последующим переводом полученных результатов в категории МКФ. На основе количественных данных выстраивался функциональный профиль клиента, который показывал степень нарушений функций организма, ограничений активности и возможности участия клиента в определенный временной период.

Функциональный профиль использовался в качестве основы для планирования и проведения реабилитационных мероприятий. При планировании реабилитационных мероприятий преимущественно используются категории разделов «активность и участие» и «факторы внешней среды».

Итоговая оценка эффективности реабилитации дается на основании сопоставления достигнутых результатов при выполнении целей реабилитации с начальными параметрами по основным категориям ограничений активности и участия клиента.

Список литературы.

Комплексная реабилитация инвалидов в условиях центра социальной реабилитации: сборник научных трудов, вып. 1 / СПб ГБУ «ЦСРИ-ДИ Невского района» [и др.]; под ред. З.Д. Щварцмана, Т.Н. Жуковой, В.В. Лорер – Санкт-Петербург: «Береста», 2013. – 128 с.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.

Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения (практическое руководство), Тернополь, «Обрій», 2004. – 168 с.

Раздел 3. Обеспечение доступности объектов и услуг

УДК 616-036.865

Драч Д.А., Трёкин С. В., Бессмертная О. Г.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ ИНФРАСТРУКТУРЫ И УСЛУГ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ НА БАЗЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО КАЗЁННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «ГЛАВНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Самара

Drach D. A., Trekin S. V., Bessmertnaya O. G.

GUARANTEE OF ACCESSIBILITY OF INFRASTRUCTURE AND SERVICES FOR DISABLED PERSONS AT THE FEDERAL GOVERNMENTAL INSTITUTION «THE HEAD BUREAU OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE IN SAMARA REGION» OF MINISTRY OF LABOR AND SOCIAL PROTECTION OF THE RUSSIAN FEDERATION

Federal Governmental Institution «The Head bureau of Medical and Social Expertise in Samara region» of Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, the city of Samara

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, инвалидность, доступная среда, социальная защита, инфраструктура.

Keywords: medical and social expertise, disability, accessible environment, social protection, infrastructure.

Аннотация. В 2016 году бюро и экспертные составы ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России, ранее располагавшиеся в различных арендованных помещениях, были переведены в единое здание, полностью доступное для лиц с ограниченными возможностями здоровья. На данной базе гражданам не только предоставляется государственная услуга по проведению медико-социальной экспертизы, но и дается возможность решить в день посещения другие вопросы социальной защиты: встать на учёт в центре занятости населения, зарегистрироваться в реестре нуждаемости на обеспечение техническими средствами реабилитации, получить консультацию специалиста фонда социального страхования.

Abstract. In 2016, bureaus and expert teams of the FGI «The Head bureau of Medical and Social Expertise in Samara region» of Mintrud of Russia moved to the united building that is completely accessible for disabled persons. They were located in leased premises before. Now, in the new building, people can not only undergo an expertise but also can solve other issues of social protection on the day of visit: register in the employment center, place an order for the technical equipment for rehabilitation, ask a social insurance specialist's advice.

В 2012 году Россия ратифицировала Конвенцию о правах инвалидов, принятую резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН в 2006 году [1]. Это свидетельствует о согласии нашей страны с принципами, на которых строится политика в отношении инвалидов, и намерении России соблюдать международные стандарты политических, экономических, социальных, юридических и иных жизненно важных прав инвалидов, в том числе обеспечивать условия доступности среды для маломобильных групп населения, к которым относятся инвалиды-колясочники, слабовидящие и слабослышащие лица с инвалидностью.

Во исполнение постановления Правительства РФ от 01.12.2015 №1297 «Об утверждении государственной программы РФ «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы» и закона Самарской области от 10.02.2009 №7-ГД «Об обеспечении беспрепятственного доступа маломобильных граждан к объектам социальной, транспортной и инженерной инфраструктур, информации и связи в Самарской области» ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России приняло решение об обеспечении доступности объекта единой базы Главного бюро в городе Самара [2, 3].

В связи с этим в сентябре 2016 года 29 бюро и 6 экспертных составов Главного бюро, ранее располагавшихся в различных арендованных помещениях городского округа Самара, переведены на единую базу в трёхэтажное здание общей площадью 6 000 квадратных метров, где создана полная доступность для маломобильных граждан и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Благодаря поддержке со стороны Администраций Губернатора Самарской области и городского округа Самара созданы удобные подъездные пути; напротив главного входа в здание установлена специализированная для маломобильных граждан остановка общественного транспорта. Во дворе здания оборудована бесплатная стоянка для автотранспорта инвалидов. Главное бюро расположено в зоне удобной транспортной развязки: на муниципальных автобусах и трамваях граждане могут попасть в любой район города без дополнительных пересадок. На информационном стенде представлены схемы проезда к железнодорожному и автовокзалу.

Через центральный вход с пандусом посетитель попадает в холл, где находится единая регистратура бюро

смешанного профиля и экспертных составов. Информация о работе Главного бюро идёт бегущей строкой на электронном табло. Рядом с регистратурой располагается тактильная мнемосхема - рельефный план помещения первого этажа Главного бюро, выполненный с применением шрифта Брайля.

На стеллажах представлены буклеты по различным вопросам медико-социальной экспертизы, пенсионирования, трудоустройства и обеспечения пострадавших вследствие профессионального заболевания и производственной травмы.

Регистратор фиксирует в электронной базе прибытие гражданина на освидетельствование и выдаёт талон с указанием времени и номера кабинета, где будет оказана услуга по проведению медико-социальной экспертизы. В соответствии с данным талоном тьютор (помощник) сопровождает гражданина до кабинета, где медицинская сестра его регистрирует. В случае тяжелого состояния пациента тьютор доставляет гражданина на освидетельствование в кресло-коляске.

Освидетельствование назначается на строго определенное время, однако если гражданин всё же прибыл ранее намеченного срока, он и его сопровождающие ожидают в холле, где можно ознакомиться с информационными стендами, найти сведения по социальной защите инвалидов на инфомате государственных услуг, посмотреть телевизор, выпить кофе, сок или напиток, а также пообедать в буфете, где представлено разнообразное меню (в том числе для лиц, страдающих сахарным диабетом).

Здание оснащено противоскользящими покрытиями, системой средств информации, оборудованием для людей с нарушением слуха (индукционной системой, передающей звуковой сигнал дистанционно на слуховой аппарат, переведенный в режим программы «Т»).

Специализированное офтальмологическое бюро располагается на первом этаже для удобства слабовидящих граждан. Пути следования оборудованы тактильными указателями и тактильной плиткой. Кроме того, для ознакомления данной категории освидетельствуемых лиц с порядком проведения медико-социальной экспертизы используются буклеты, напечатанные шрифтом Брайля.

Кроме того, для удобства инвалидов-колясочников на первом этаже расположены три бюро смешанного профиля, в которые доставка данной категории инвалидов не представляет никакой сложности.

Все три этажа здания связаны между собой специальными лифтами, которые чаще всего поднимают граждан на второй этаж, где расположена большая часть бюро медико-социальной экспертизы и все экспертные составы Главного бюро. Оборудование лифтов полностью соответствует стандартам доступности среды для маломобильных граждан. Лифты оборудованы звуковой сигнализацией, уведомляющей граждан, на какой этаж он прибыл.

На первом этаже имеются две санитарные комнаты для инвалидов-колясочников, одна из которых может использоваться, в том числе, для стомированных больных. Все биологические отходы утилизируются в специальные пакеты и бачки класса Б, что соответствует требованиям экологической безопасности.

На третьем этаже располагается администрация Главного бюро, а также малый конференц-зал на 30 мест, который служит местом проведения межведомственным совещаний. Первым мероприятием здесь был Круглый стол Общественного совета при ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России на тему «Проблемы интеграции в общество детей с инвалидностью вследствие тугоухости и глухоты», в котором приняла участие Уполномоченный по правам ребенка в Самарской области Т. В. Козлова. В настоящее время оборудуется актовый зал на 100 человек, его открытие связывается с первым на базе Главного бюро выездным заседанием Комитета по здравоохранению, демографии и социальной политике Самарской Губернской Думы шестого созыва, что говорит о высокой оценке деятельности нашего учреждения в деле социальной защиты граждан с инвалидностью.

Особое внимание уделено освидетельствованию детей. Для специализированных педиатрических бюро медико-социальной экспертизы выделено свое помещение, создана детская игровая комната, стены которой украшены сценами известных сказок. Сделано всё, чтобы не испугать ребенка, а превратить освидетельствование в игру. Это необходимо и врачам педиатрического бюро для более качественного проведения медико-социальной экспертизы. Врачи наблюдают за детьми через непрозрачное со стороны игровой комнаты стекло, определяя степень нарушения игровой деятельности ребенка.

Отдельное здание служит для освидетельствования граждан, страдающих психическими расстройствами. Для специализированных педиатрических и психиатрических бюро организованы собственные регистратуры, позволяющие разделить потоки освидетельствуемых, явившихся на медико-социальную экспертизу. В каждом из отделений имеются санитарные комнаты для инвалидов-колясочников.

Для обеспечения безопасности здание оснащено видеорекамерами, около главного входа расположен пункт охраны, у каждой регистратуры дежурит охранник, в регистратурах имеются «тревожные кнопки» для вызова наряда вневедомственной охраны.

На первом этаже здания расположен кабинет для личного приёма граждан руководителем – главным экспертом по медико-социальной экспертизе, в котором ведется видео- и аудиозапись.

После введения видеозаписи в помещениях Главного бюро перестали регистрироваться случаи нападения на сотрудников и оскорбления персонала со стороны явившихся на освидетельствование граждан.

Доступности инфраструктуры Главного бюро удалось добиться при участии Самарского протезно-ортопедического предприятия при непосредственном руководстве директора Е. Я. Никифорова. Все приспособления были изготовлены на производственной базе данного предприятия, старейшего в России, недавно отметившего столетие своего создания, с января 2017 года реорганизованного в Самарский филиал ФГУП «Московское протезно-ортопедическое предприятие» Минтруда России.

Проведенная с апреля по сентябрь 2016 года работа позволила создать на базе ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России единственное в Самарской области здание, отвечающее всем требованиям доступности для маломобильных граждан. Кроме того, организовано единственное в России «Единое окно» оказания государственных услуг гражданам, признанным инвалидами. Днём рождения «Единого окна» можно считать 5 сентября 2016 года, когда в торжественной обстановке было подписано соглашение о взаимодействии между ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России в лице руководителя – главного эксперта по медико-социальной экспертизе Д.А. Драча и государственным учреждением «Отделение Пенсионного Фонда Российской Федерации по Самарской области» в лице управляющего А. В. Зайцевой.

Ежедневно специалистами бюро медико-социальной экспертизы, расположенных на базе единого здания в городе Самара, признаются инвалидами около четырёхсот граждан, которым сразу в день установления инвалидности специалисты консультационного пункта помогают оформить документы на получение пенсий и пособий. Взаимодействие с Пенсионным Фондом послужило примером для начала плодотворной работы с другими учреждениями, оказывающими государственные услуги инвалидам.

В настоящее время гражданам не только предоставляется государственная услуга по проведению медико-социальной экспертизы, но и дается возможность решить в день посещения другие вопросы социальной защиты: встать на учёт в центре занятости населения, зарегистрироваться в реестре нуждаемости на обеспечение техническими средствами реабилитации, а пострадавшие на производстве могут получить консультацию специалиста фонда социального страхования.

С этой целью в здании работают представительства Самарского филиала ФГУП «Московское протезно-ортопедическое предприятие» Минтруда России, государственного учреждения «Самарское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации», Министерства социально-демографической и семейной политики Самарской области, УФПС Самарской области «Филиал ФГУП «Почта России». Главным бюро медико-социальной экспертизы работа с этими учреждениями всегда велась в тесном контакте, но сегодня их деятельность максимально приближена к населению Самарской области.

В связи с поручением заместителя Министра труда и социальной защиты Российской Федерации Г.Г. Лекарева от 22.08.2016 года об организации работы по информированию инвалидов по вопросам трудоустройства, проходящих освидетельствование в учреждениях медико-социальной экспертизы, особое внимание уделяется работе представительства ГКУ СО «Центр занятости населения городского округа Самара» Министерства труда, занятости и миграционной политики Самарской области, с директором которого И. Е. Сефединовой разработан план мероприятий совместной работы на 2017 год.

В соответствии со статистическими данными за I квартал 2017 года число обратившихся инвалидов в представительство Центра занятости населения составило 21,7%, то есть почти четверть признанных инвалидами граждан обратились за регистрацией в службу занятости населения в день установления инвалидности.

14 июня 2017 года совместно с Самарским центром занятости населения на базе ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России в Самаре впервые проведена ярмарка вакансий для трудоустройства инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Созданы все условия, чтобы помочь инвалиду стать экономически самостоятельным гражданином, обеспечивать себя и свою семью, быть активным членом общества.

Главное бюро служит площадкой для различных пилотных проектов. Так, при сотрудничестве ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России, Самарского филиала ФГУП «Московское протезно-ортопедическое предприятие» Минтруда России и АНО «Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов» воплощена на практике идея максимального сокращения срока обеспечения гражданина, признанного инвалидом, техническими средствами реабилитации в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида). С этой целью на базе представительства Протезно-ортопедического предприятия создан пункт проката технических средств реабилитации: за минимальную цену с инвалидом или его законным представителем заключается договор и сразу же выделяются необходимые технические средства реабилитации, которые возвращаются инвалидом после получения данных средств через органы социальной защиты Самарской области.

Определена позиция Главного бюро по участию в мероприятиях Чемпионата мира по футболу 2018 года. В связи с наличием опыта работы с маломобильными группами населения, которые могут оказаться в числе

болельщиков на матчах Чемпионата мира по футболу 2018 года в Самаре, ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России запланировано:

организация на базе единого здания медико-социальной экспертизы совместно с филиалом Московского Протезно-ортопедического предприятия круглосуточного пункта приема инвалидов по оказанию услуг по техническим средствам реабилитации (прокат ТСР и ремонт ТСР для инвалидов-болельщиков);

бесплатное предоставление автотранспорта, приспособленного для перевозки инвалидов-колясочников в целях повышения мобильности инвалидов-болельщиков;

бесплатное предоставление для болельщиков с ограниченными возможностями здоровья двух гостиничных номеров со всеми удобствами, расположенных в здании Главного бюро;

бесплатная парковка собственных автомобилей болельщиков-инвалидов, имеющих знак «инвалид», на специально приспособленной для инвалидов автостоянке во дворе здания Главного бюро.

По образцу самарского здания создана инфраструктура на базах ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России в городах Тольятти и Сызрань.

Проведенная работа служит примером для организации доступной среды на базах Главных бюро медико-социальной экспертизы субъектов РФ в целях повышения качества оказания государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, повышению качества жизни граждан с инвалидностью и снижению социальной напряженности в обществе.

Список литературы:

Федеральный закон от 03.05.2012 N 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов»

Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 №1297 «Об утверждении государственной программы РФ «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы»

Закон Самарской области от 10.02.2009 №7-ГД «Об обеспечении беспрепятственного доступа маломобильных граждан к объектам социальной, транспортной и инженерной инфраструктур, информации и связи в Самарской области»

УДК 004:378.14

Хорошева Т.А., Карабцев С.Н.

ФОРМИРОВАНИЕ ДОСТУПНОСТИ ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЫ ВУЗА ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет», Кемерово

Khorosheva T.A., Karabtcev S.N.

CREATING ACCESSIBLE INFORMATION ENVIRONMENT OF THE UNIVERSITY FOR STUDENTS WITH DISABILITIES

Kemerovo State University, Kemerovo

Ключевые слова: доступная среда, информационная среда, программный комплекс, специализированные технические средства.

Keywords: accessible environment, information environment, software suite, specialized hardware

Аннотация. В статье рассматривается опыт и перспективы развития информационной образовательной среды Кемеровского государственного университета с учетом индивидуальных потребностей студентов с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью на основе современных информационно-коммуникационных технологий. Описываются новые перспективные проекты аппаратно-программных комплексов, реализуемых студентами и преподавателями ВУЗа, позволяющие представлять информацию в доступной форме и повышающих информативность социально-образовательной среды учреждения.

Abstract. The article examines the experience and prospects for the development of the information educational environment of the Kemerovo State University, taking into account the individual needs of students with limited abilities and disabilities based on modern information and communication technologies. New promising projects of hardware and software complexes implemented by students and teachers of the university are described, which allow to present information in an accessible form and increase the informative value of the social and educational environment of the institution.

Введение. Реализация государственной программы «Доступная среда», целью которой является улучшение положения лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью в обществе, осуществляется и в образовательных учреждениях высшего образования. В Кемеровском государственном университете (КемГУ) ведутся работы и выделяются средства на организацию условий доступности образования для инвалидов. Немаловажное место в обеспечении их комфортного обучения, социализации и профессиональной ориентации занимают информационно-коммуникационные технологии. Использование в образовательной и социокультурной среде ВУЗа адаптивных информационно-коммуникационных средств и технологий обеспечивает разностороннюю возможность своевременного получения информации, что соответствует требованию информативности в государственных и муниципальных учреждениях [4].

Цель. Формирование информационной среды учреждения с учетом требования информативности, раз-

работка программных средств и прототипов устройств человеко-машинного взаимодействия и предоставление информации в удобной для человека форме, на основе имеющейся в организации информационной и аппаратной среды, а также на основе прикладных свободно распространяемых библиотек и средств, которые направлены на создание в КемГУ условий для обучения и профессионального определения людей с инвалидностью.

Материалы и методы. Можно выделить следующие основные направления работ по формированию доступной информационной среды:

- оснащение учебных аудиторий для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья специализированными техническими средствами и программным обеспечением компенсаторного характера;
- развитие средств и систем дистанционного обучения для обучающихся, не имеющих возможность посещать занятия;

- создание системы информирования обучающихся с инвалидностью и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

В КемГУ организованы учебные места для лиц с тремя видами нозологий – нарушением функций зрения, слуха и опорно-двигательного аппарата. В состав таких мест входят различные аппаратно-программные средства: персональный компьютер или ноутбук, индукционная петля, радиокласс, акустическая система, клавиатура с накладкой, клавиатура с выбором кнопки на световом поле с пультом и джойстиком, специализированный стол и кресло, портативный видеоувеличитель, портативный сканер для чтения печатной информации, программы речевого и экранного доступа, дисплей и принтер Брайля, программы синтеза голоса, другие аппаратно-программные средства. Для проведения занятий с обучающимися, не имеющими возможности добраться до учебного заведения, может использоваться система видеоконференцсвязи Avaya Scopia, установленная в мультимедийном классе. Кроме учебных аудиторий аппаратно-программными средствами оснащены научная библиотека и лаборатория обеспечения учебного процесса, в которых обучающиеся могут самостоятельно заниматься со специальным оборудованием и программами вне учебного времени. Учебное расписание составляется с учетом индивидуальных потребностей обучающихся с инвалидностью. Занятия учебных групп проводятся в аудиториях, оснащенных специальными рабочими местами. Так, например, в компьютерный класс, оснащенный рабочим местом для слабовидящего, приоритетно ставятся занятия группе, в которой учится данный студент. Также преподаватель может использовать переносные рабочие места. Использование таких рабочих мест позволяет обучающемуся с инвалидностью заниматься в обычной группе, реализует принципы инклюзивного образования.

Другим направлением работы по формированию доступной образовательной среды является адаптация электронных образовательных ресурсов (ЭОР) для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, в которых предполагается наличие возможностей настройки работы с ЭОР с учетом компенсаторных функций информационных технологий [3]. Адаптация ЭОР предполагает внедрение следующих специальных настроек:

- переключение текстографической части лабораторного практикума в режим для слабовидящих (специальный шрифт, выделение цветом и др);

- увеличение на весь экран кликом мыши графических материалов (рисунков, таблиц, графиков);

- сопровождение графических материалов текстом, описывающим их содержимое;

- сопровождение аудио и видеоматериалов бегущей строкой (субтитрами);

- возможность удаленной работы (при дистанционном обучении).

На данный момент разработка и использование в учебном процессе адаптированных учебных материалов не является обязательным, переработка материалов курса, настройка специальных возможностей, является трудоемким процессом, не все преподаватели владеют необходимыми навыками для создания готового информационного продукта. Для решения данной задачи под руководством преподавателей реализуется серия тем курсовых и выпускных квалификационных работ студентов, обучающихся по направлениям, связанным с информационными технологиями.

Кроме адаптации учебных материалов, реализуются совместные проекты преподавателей и студентов по созданию аппаратно-программных средств и адаптации электронной информационно-образовательной среды КемГУ для нужд людей с инвалидностью. В основе информационной среды Кемеровского государственного университета лежит электронная информационная образовательная среда (ЭИОС КемГУ), состоящая из четырнадцати компонентов, связанных единой управляющей системой [1]. Вход в ЭИОС осуществляется через веб-интерфейс. Функциональный набор доступных компонентов определяется ролью пользователя в системе. Система имеет документированный публичный интерфейс и доступна для расширения, что позволяет дополнять ее функционал, в том числе для использования ее студентами с инвалидностью в образовательном процессе. Примером таких работ являются «Доступный Информационный Обзорщик Данных» «ДИОД» [5]; сервис для озвучивания математических формул [6]; аппаратно-программный комплекс «Мой

проводник» для ориентирования в помещении общественного назначения, основанного на взаимодействии IBeacon маячков и мобильного устройства на базе Android по беспроводной персональной сети Bluetooth [2]. Примечательно, что в такой проектной работе задействованы студенты, имеющие инвалидность и обучающиеся на данных направлениях подготовки. Это помогает ребятам научиться работать в команде, адаптироваться в студенческой и профессиональной среде.

Результаты. За 2016-2017 год внедрены в образовательный процесс специализированные программно-аппаратные средства, которыми оснащены более 10 учебных аудиторий, научная библиотека. Разрабатываются адаптивные электронные образовательные ресурсы, реализуются инновационные проекты, повышающие информативность социальной и образовательной среды КемГУ. Работы по данному направлению были представлены на хакатоне «Cyber Garden» (г. Таганрог), в конкурсе «Лига юниоров ITSM» (г. Москва), в международном конкурсе ВКР «Молодые лидеры-2016» (г. Казань), в конкурсе «Инновационные идеи КемГУ» (г. Кемерово, 2016), на Региональном молодежном хакатоне «IT-прорыв» (г. Кемерово, 2016г), Молодежной научной студенческой конференции МНСК-2107 (г. Новосибирск) и др. Результатом работы является увеличение количества студентов с инвалидностью, обучающихся в КемГУ, повышение интереса к выбору направлений, связанных с информационными технологиями.

Заключение. Формирование доступной информационной среды включает разработку новых аппаратно-программных решений на основе информационно-коммуникационных технологий, которые повышают информативность процесса обучения для людей с инвалидностью и отвечают задачам инклюзии, позволяя им получать знания, профессиональные навыки наравне со всеми, иметь равные возможности для профессиональной самореализации.

Список литературы

- Гудов А.М., Завозкин С.Ю. Балльно-рейтинговая система оценки деятельности студентов как основа повышения качества образовательного процесса // Открытое и дистанционное образование. 2015. № 1(57). С. 52–59.
- Капков Н.Р., Конев Е.К. Мобильное приложение «Мой проводник» для ориентирования в помещении общественного назначения // Материалы 55-й Международной научной студенческой конференции МНСК-2017: Информационные технологии / Новосиб. гос. ун-т. – Новосибирск: ИПЦ НГУ, 2017. – С. 181.
- Мартынова Е.А., Романенкова Д.Ф. Подходы к разработке адаптированных образовательных программ для профессионального образования инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 3.; URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=13203> (дата обращения: 24.08.2017).
- Методическое пособие для обучения (инструктирования) сотрудников учреждений МСЭ и других организаций по вопросам обеспечения доступности для инвалидов услуг и объектов, на которых они предоставляются, оказания при этом необходимой помощи / Р.Н. Жаворонков, Н.В. Путило, О.Н. Владимирова и др.; Министерство труда и социальной защиты населения Российской Федерации. В 2-х ч. - М., 2015. - 555 с.
- Фокин Д.С., Карабцев С.Н. Программный комплекс «ДИОД» как среда для предоставления информации лицам с ограниченными функциями зрения // Молодые лидеры – 2016: Сборник материалов I Международного конкурса научно-исследовательских работ. Том III (Естественные и технические науки). – Казань: «Р кета Союз», 2016. – С. 161-167.
- Шатрова Е.К., Макарчук Р.С. Сервис озвучивания электронных учебных материалов по математике для лиц с нарушением зрения // Международная научно-практическая конференция «Реализация Конвенции ООН о правах инвалидов: опыт, проблемы, пути их решения»: сборник научных статей, материалов докладов и выступлений / отв. ред. Н.А. Волков. – Кемерово: Примула, 2017. – С. 101-105.

УДК 342.723

Демина Э. Н.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ВЫПОЛНЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ОРГАНАМИ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ, ОРГАНАМИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПЛАНОВ МЕРОПРИЯТИЙ («ДОРОЖНЫХ КАРТ») ПОВЫШЕНИЯ ЗНАЧЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДОСТУПНОСТИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ ОБЪЕКТОВ И УСЛУГ

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

Demina E.N.

THE RESULTS OF MONITORING OF THE FEDERAL BODIES OF EXECUTIVE POWER, BODIES OF STATE POWER OF SUBJECTS OF THE RUSSIAN FEDERATION OF PLANS OF MEASURES (“ROADMAPS”) OF INCREASING VALUES OF INDICATORS OF ACCESSIBILITY FOR PERSONS WITH DISABILITIES OF FACILITIES AND SERVICES

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: мониторинг, дорожная карта, показатели доступности для инвалидов

Аннотация. Мониторинг выполнения органами государственной власти Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг основан на информации федеральных органов исполнительной власти и органах государственной власти субъектов Российской Федерации, подготовленной в соответствии с рекомендациями Минтруда.

Key words: monitoring, roadmap, and indicators of accessibility for persons with disabilities

Abstract. Monitoring of implementation by state authorities of the Russian Federation of action plans (roadmaps) for increasing values of indicators of accessibility for persons with disabilities of facilities and services based on information from the Federal bodies of Executive power and bodies of state power of subjects of the Russian Federation, prepared in accordance with the recommendations of the Ministry of labor.

Обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к объектам и услугам и устранение барьеров являются приоритетной задачей государственной социальной политики Российской Федерации. Реализация плана мероприятий («дорожной карты») по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг призвана обеспечить доступность, повысить показатели доступности для инвалидов объектов и услуг в сферах социальной защиты населения, труда и занятости, здравоохранения, образования, культуры, транспортного обслуживания, связи и информации, физической культуры и спорта, торговли, жилищно-коммунального хозяйства и градостроительной политики в соответствии с полномочиями, определенными Федеральным законом от 06 октября 1999 г. N 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации». «Дорожная карта» направлена на обеспечение условий доступности для инвалидов объектов, находящихся в ведении исполнительных органов государственной власти. Основной целью «дорожной карты» является поэтапное обеспечение для инвалидов условий доступности объектов и услуг, установленных в статье 15 Федерального закона от 24 ноября 1995 года №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», а также иными федеральными законами, законами субъектов Российской Федерации, регулирующими вопросы предоставления услуг населению в соответствующих сферах деятельности с учетом потребностей отдельных категорий инвалидов: инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с нарушениями слуха, зрения, умственного развития. Решением Комиссии при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов от 12 апреля 2016г. №13 Минтруду России поручено проведение мониторинга реализации федеральных и региональных планов мероприятий («дорожных карт») повышения значений доступности для инвалидов объектов и услуг.

России по совершенствованию региональных планов мероприятий по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг, подготовленных основе на анализа передовых практик планирования в регионах действий по созданию для инвалидов доступной среды.

Представлены материалы 19 федеральных органов исполнительной власти и 80 органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

Мониторинг реализации федеральных и региональных планов мероприятий («дорожных карт») повышения значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг показал, что большинство как органов исполнительной власти реализуют распоряжение Правительства Российской Федерации. Так, в большинстве субъектов доработаны планы мероприятий по повышению значений доступности для инвалидов

объектов и услуг. Большинство субъектов публикуют информацию о ходе реализации плана мероприятий («дорожной карты») по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг.

УДК 159.9 + 316.6

Климашева С.Б., Костерина З.В.

ДОСТУПНАЯ СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ СРЕДА ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

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

Klimasheva S.B., Kosterina Z.V.

ACCESSIBLE SOCIO-CULTURAL ENVIRONMENT FOR PEOPLE WITH DISABILITIES

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: социальная реабилитация, социокультурная реабилитация, арттерапия.

Keywords: social rehabilitation, socio-cultural rehabilitation, arttherapy.

Анотация: Социокультурные технологии и механизмы социальной адаптации людей с ограниченными возможностями.

Abstract: Sociocultural technologies and mechanisms of social adaptation of people with disabilities.

Введение/цель: создание доступной социокультурной среды для людей с ограниченными возможностями.

Материалы и методы: арттерапевтические занятия методами музееетерапии.

Результаты: создание положительного психоэмоционального состояния, формирование социокультурной и досуговой деятельности, расширение кругозора и развитие творческого потенциала.

Заключение: применение инновационных технологий в комплексной реабилитации людей с ограниченными возможностями позволяет создать доступную социокультурную среду, способствующую их социальной адаптации и более полной интеграции в современное общество.

В настоящее время государственные программы для людей с ограниченными возможностями ориентированы не только на медицинское обслуживание, удовлетворение материальных и бытовых нужд, но и на создание условий для их полноценной независимой жизни и удовлетворения потребности в социальном развитии личности.

На отделении социальной и психологической реабилитации клиники Центра большое внимание уделяется новым социальным технологиям, в том числе технологиям социокультурной реабилитации. Социокультурные технологии обладают психолого-педагогическими и культурологическими характеристиками и выполняют функции механизмов социальной адаптации людей с ограниченными возможностями.

Социокультурная деятельность отделения, направленная на реабилитацию инвалидов, включает в себя изучение личности реабилитанта, его отношения и контактов с окружающей средой и, прежде всего, с семейной микросредой, знакомыми и друзьями. Специалисты отделения изучают формы и методы, позволяющие активно влиять на личность пациента в целях его социальной реабилитации и повышения статуса в обществе.

Творческие занятия наших пациентов мы рассматриваем как самостоятельную сферу их деятельности. Специалистами отделения проводится комплекс мероприятий, позволяющий реабилитантам адаптироваться в стандартных социокультурных ситуациях и достичь необходимого уровня культурных интересов и запросов. В процессе этого обеспечивается целостное творческое воспроизводство его личности. Именно занятия искусством в творческих мастерских играют важную роль в реабилитации.

Социальные технологии, реализуемые посредством культуры и творчества, – это один из способов приобщения людей с ограниченными возможностями к активной жизни общества и создания для них доступной среды, а также эффективный способ изменить позицию социума по отношению к инвалидам.

Специалистами отделения широко применяется программа по арт-терапии - терапии искусством. Это один из методов психологической работы, использующий возможности искусства, для достижения положительных изменений в интеллектуальном, эмоциональном и личностном развитии человека. Арт-терапия – это процесс осознания собственной личности и осознания себя в мире, это путь к установлению отношений и способ социальной адаптации, это творческий поиск.

На отделении социальной и психологической реабилитации разработана арттерапевтическая программа – Музееетерапия. Эта программа направлена на создание доступной среды для инвалидов в музейном пространстве. Первый совместный проект с Русским музеем состоялся в 1998 году. В основу легли реабилитационные программы, позволяющие людям с ограниченными возможностями адаптироваться в общепринятых социальных ситуациях, достичь необходимого уровня жизненных интересов и запросов, участвовать в культурной жизни города.

В 2009 года впервые в медицинском учреждении России - в Федеральном научном центре реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта состоялось открытие информационно-образовательного центра «Русский музей: виртуальный филиал». Это инновационный межрегиональный и международный проект Русского музея, цель которого - сделать доступными для наших пациентов шедевры из коллекции Русского музея. Впервые за время действия этого проекта Русский музей пришел к людям с ограниченными возможностями, к тем, для кого реальное посещение Русского музея практически невозможно. Открытие виртуального филиала в Центре им. Г.А. Альбрехта предоставило более широкие возможности социокультурной реабилитации пациентам клиники, создало доступную среду для использования музееотерапии как средства расширения кругозора и развития творческого потенциала.

Информационно-образовательный центр «Русский музей: виртуальный филиал» структурно состоит из информационно-образовательного класса с индивидуальными компьютерами и мультимедийного кинотеатра. Наполнением центра является Медиатека, включающая интерактивные мультимедийные программы, фильмы, печатные издания, созданные Русским музеем. В информационно-образовательном классе представлены интерактивные программы и печатные издания о коллекции Русского музея, истории русского искусства, истории дворцов и парков, входящих в состав музейного комплекса. В классе пациенты самостоятельно работают с входящими в Медиатеку программами и печатными изданиями Русского музея, посещают Портал проекта информационно образовательных центров «Русский музей: виртуальный филиал», сайт Русского музея и другие Интернет-ресурсы, связанные с культурным наследием России.

В мультимедийном кинотеатре для пациентов возможен просмотр фильмов и программ, созданных с применением последних достижений информационных технологий. Программа «Виртуальный мир Русского музея» дает возможность совершить виртуальную экскурсию по дворцам и паркам, входящим в комплекс Русского музея, познакомиться с экспозицией музея, увидеть исторические реконструкции утраченных интерьеров. Благодаря современным компьютерным технологиям зритель может осуществить «переход» из одной картины в другую при помощи специально сконструированного трехмерного пространства.

Пациентам, посещающим виртуальный филиал, доступны мультимедийные программы, видеофильмы, образовательные и игровые программы, каталоги и альбомы. Они могут познакомиться с различными темами - будь то коллекции Русского музея, крупные временные выставки, творчество выдающихся русских художников или стили и направления в искусстве. Им предоставлен свободный доступ к разнообразным ресурсам по русскому изобразительному искусству, музейному делу и культуре. Все это обеспечивает реабилитантам средства для позитивных изменений в образе жизни и наиболее полную интеграцию в общество за счет расширения рамок их независимости.

Таким образом, проведение мероприятий по социокультурной реабилитации, в том числе с применением инновационных технологий в арт-терапии, помогает не только достичь положительных изменений в эмоциональном, интеллектуальном и личностном состоянии людей с ограниченными возможностями, но и способствует их социальной адаптации в пространстве современного мегаполиса.

В связи с расширением информационно-образовательного пространства возникает необходимость включать инновационные технологии в комплексную реабилитацию пациентов отделения, предоставляющих равные возможности развития личности современного человека и применять на практике независимо от наличия или отсутствия у него ограничений физического здоровья. Этот процесс в настоящее время можно рассматривать как многокомпонентную систему социальной реабилитационной деятельности отделения социальной и психологической реабилитации, направленную на реализацию технологий по созданию доступной среды для людей с ограниченными возможностями.

Список литературы

Копытин А.И. Теория и практика арт-терапии – СПб.: Питер, 2002.-368 с.

Реан А.А. Психология изучения личности: Учебное пособие. – СПб., Изд-во Михайлова В.А., 1999. – 288 с.

Искусство для здоровья и социальных изменений: мат-лы международной научно-практической конференции (1-4 апреля 2005г). – СПб.: 2005 – 238с.

Раздел 4. Инновационные технологии реконструктивно-восстановительной хирургии

УДК 617.3

Шведовченко И.В., Кольцов А.А., Бардась А.А.

РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ КИСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С АКРОЦЕФАЛОСИНДАКТИЛИЕЙ

*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург**I. Schwedovchenko, A. Koltsov, A. Bardas*

THE SURGERY OF HAND ANOMALIES IN COMPLEX TREATMENT OF CHILDREN WITH ACROCEPHALOSYNDACTYLIA

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: дети, аномалии кисти, синдактилия, акроцефалия, комплексные пороки развития, самообслуживание.

Key words: children, hand anomalies, syndactyly, acrocephalia, multiple anomalies, self-service.

Аннотация. Акроцефалосиндактилия – группа редких наследственных синдромов с множественными пороками развития. Дети с этим заболеванием требуют наблюдения мультидисциплинарной бригадой специалистов, ортопедам принадлежит значимая роль в лечении. Представлен опыт лечения 53 детей с различными вариантами патологии.

Summary. Acrocephalosyndactylia – the group of infrequent hereditary syndromes with multiple malformations. Children with this disease need observation by multidisciplinary team of experts, orthopedists possess a significant role in treatment. Experience of treatment of 53 children with various options of pathology is presented.

Введение. Акроцефалосиндактилия (АЦС) – группа редких синдромов множественных пороков развития, наследуемых по аутосомно-доминантному и аутосомно-рецессивному типам, основными признаками которых является акроцефалия и синдактилия кистей и стоп. Описано более 10 вариантов патологии, которые формируют 2 основные группы синдромов – с полидактилией и без неё. Наиболее изученной и распространённой формой АЦС является синдром Апера (E. Apert, 1904), встречающийся в популяции с частотой 1:160000, наследуемый аутосомно-доминантно после возникновения мутации гена FGFR2, кодирующего один из рецепторов фактора роста фибробластов, в локусе 10q26 на длинном плече 10 хромосомы. Клинические проявления связаны с дефектом роста фибробластов и выражаются в синдактилии кистей и стоп в различных сочетаниях, синостозе и деформации костей дистальных отделов конечностей, типичных изменениях лица – гипертелоризме, экзофтальме, антимонголоидном разрезе глаз, возникающих вследствие раннего синостоза костей черепа и, соответственно, их деформации. Сопутствующими аномалиями являются пороки головного мозга (60%), сердца, нёба, почек (по 25%).

Цель. Восстановление функции и внешнего вида кисти у детей с акроцефалосиндактилией.

Материал и методы. Представлен опыт наблюдения и лечения 53 детей с различными формами АЦС, находившихся в 1984 – 2015 гг. в детской клинике ФГБУ СПб НЦЭР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России». Возраст детей составлял от 4 месяцев до 18 лет. У 90% детей имел место синдром Апера, реже – синдромы Пфайфера, Карпентера. У всех пациентов определялась синдактилия обеих кистей и стоп, при этом на кистях синдактилия была как простой мягкотканой, так и сложной костной, как базальной, так и тотальной, с вовлечением в сращение различного числа пальцев, в то время как синдактилия стоп практически во всех случаях была простой тотальной мягкотканной. Наиболее характерными деформациями пальцев кисти являлись сгибательные контрактуры 2-3-4 пальцев и радиальная клинодактилия 1-го пальца. Двухсторонний хват во всех случаях был ограничен или невозможен, больные использовали в основном боковой хват между 4-5 и 1-2 пальцами либо двуручный хват. Внешний вид кистей был значительно нарушен у всех пациентов.

Обсуждение. Подход к лечению был индивидуальным в зависимости от тяжести поражения кистей и возраста ребёнка, однако во всех случаях соблюдались основные принципы. Хирургическое лечение у всех больных было многоэтапным и начиналось, по-возможности, на 1-ом году жизни. Первым этапом всегда устраняли деформацию 1-го пальца и его сращение со 2-ым, выводя 1-й палец в положение отведения и противопоставления, тем самым обеспечивая 50% функции кисти за счёт двухстороннего хвата. Вторым этапом устраняли синдактилию 4-5 пальцев для получения возможности формообразующего хвата. В зависимости от возраста пациента, тяжести деформации и общего соматического статуса данные операции могли выполняться как поэтапно, так и одновременно на обеих кистях. Синдактилию 2-3 и 3-4 пальцев, которая обычно является сложной костной, устраняли во время следующих реконструктивных вмешательств.

Во всех случаях отмечено улучшение функции и внешнего вида кистей.

Заключение:

Хирургическое лечение пороков развития кистей у детей с акроцефалосиндактилией должно начинаться на первом году жизни;

Хирургическое лечение начинается с формирования первых пальцев кисти, является многоэтапным;

У всех пациентов возможно улучшить или восстановить функцию и внешний вид кистей.

УДК 616.28-008.14+616.28-76

Королева И.В.^{1,2}, Кузовков В.Е.¹, Янов Ю.К.¹

СЛУХОВАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ГЛУХИХ ЛЮДЕЙ – ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ

¹ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи МЗ РФ»

²РГПУ им.А.И.Герцена, Санкт-Петербург

Koroleva I.V.^{1,2}, Kuzovkov V.E.¹, Yanov Y.K.¹

AUDITORY IMPLANTATION IN REHABILITATION OF DEAF PATIENTS – ACHIEVEMENTS AND PROBLEMS

¹Saint-Petersburg's ENT and Speech Research Institute

²Herzen's State Pedagogical University, Saint-Petersburg

Ключевые слова: нарушения слуха, глухота, кохлеарная имплантация, реабилитация глухих пациентов.

Key words: hearing disorders, deafness, cochlear implantation, rehabilitation of deaf patients.

Аннотация. В настоящее время значительно расширились возможности реабилитации пациентов с нарушениями слуха благодаря внедрению инновационных технических средств – слуховых аппаратов, кохлеарных и стволомозговых имплантов. Обсуждаются последовательность решений правительства РФ в обеспечении доступности высокотехнологичных методов реабилитации людей с нарушением слуха, а также проблемы организации взаимодействия между медицинскими, социальными и образовательными учреждениями всех уровней, необходимого для повышения эффективности слухоречевой реабилитации пациентов.

Abstract. Today there are rich possibilities for rehabilitation of patients with hearing disorders owing to development of advanced hearing aids, cochlear and brain stem auditory implants. It is discussed the policy of government of Russian Federation for promotion of innovative hearing technology, problems of organization of interaction between medical, social and educational establishments at different levels to increase the efficacy of rehabilitation of deaf patients with hearing technology.

Согласно статистике 2-4% населения земного шара имеют снижение слуха. Среди них 5 млн. глухих людей, 350 млн. человек со снижением слуха умеренной и тяжелой степени (2,3,4 степень тугоухости), 750 млн. человек – со снижением слуха 1 степени [1,2]. Снижение слуха встречается у 1% людей в возрасте 20 лет. С возрастом число нарушений слуха удваивается каждые 10 лет. Среди лиц старше 65 лет нарушениями слуха страдают 24% населения.

Снижение слуха у взрослых приводит к нарушениям коммуникации с окружающими людьми и, как следствие, проблемам взаимодействия в семье и на работе, ограничению возможностей обучения и выполнения профессиональных обязанностей, а при значительной потере слуха – к инвалидности.

У детей снижение слуха часто является врожденным или происходит в раннем возрасте. В таких случаях даже небольшое снижение слуха приводит к нарушению развития речи, а при глубоком снижении слуха – немоте. Нарушение слуха и обусловленное этим нарушение речевого развития ребенка приводят к другим отклонениям в развитии – развитию мышления, внимания, памяти и других психических процессов, ограничивая возможности ребенка при обучении, а во взрослом возрасте получении профессии, трудоустройстве. При тяжелой степени тугоухости ребенок получает статус инвалида.

В настоящее время возможности помощи пациентам с нарушениями слуха принципиально изменились благодаря внедрению различных методов реабилитации, которые можно разделить на 3 группы [3]:

- технические методы,
- медицинские методы (консервативное и хирургическое лечение),
- психолого-педагогические методы.

Несомненно, что ведущий вклад в расширение возможностей реабилитации пациентов внесли технические методы, которые также стимулируют развитие медицинских и психолого-педагогических технологий.

Технические методы основаны на использовании различных устройств, которые можно разделить на 2 большие группы (рис.1).



Рис. 1. Технические средства реабилитации людей с нарушением слуха.

Техническим устройствам, которые обеспечивают возможность слухового восприятия звуков и речи у пациентов с разной степенью тугоухости принадлежит особая роль, поскольку реабилитация пациентов с нарушением слуха, прежде всего, предполагает частичное или полное восстановление у пациента слуховой функции. Сегодня используются разнообразные технические средства реабилитации, которые позволяют людям с разной степенью и типом нарушения слуха воспринимать окружающие звуки и речь. К ним относятся:

- Традиционные слуховые аппараты (СА)
- Имплантируемые слуховые аппараты
- Кохлеарные импланты (КИ)
- Стволотомозговые слуховые импланты (СМСИ)
- FM- системы

Современные СА не только способны компенсировать различные степени снижения слуха, но и снабжены дополнительными функциями, обеспечивающими пациентам всех возрастных групп комфортное восприятие звуков и речи в разных акустических условиях.

При глухоте и 4 степени тугоухости, когда у человека повреждена большая часть слуховых рецепторов, СА не эффективен. Таким пациентам рекомендуется проведение кохлеарной имплантации. В отличие от СА, который усиливает звуки, КИ заменяет погибшие рецепторы улитки и преобразует звуки в электрические импульсы, стимулирующие слуховой нерв. Эти импульсы передаются по слуховому нерву в мозг и вызывают там слуховые ощущения – человек слышит речь, окружающие звуки, музыку [2,3,4].

Стволотомозговые слуховые импланты предназначены для взрослых и детей, у которых глухота обусловлена двухсторонним повреждением или аномалией слуховых нервов, двухсторонней значительной оссификацией или аномалией строения улитки, не позволяющей ввести в нее цепочку электродов КИ. СМСИ устанавливается выше слухового нерва на кохлеарные ядра ствола мозга и передает звуковую информацию посредством их электрической стимуляции [3].

Методы реабилитации, связанные с использованием слуховых имплантов, по существу, являются комплексными медико-техничко-педагогическими технологиями реабилитации.

Они включают 3 составляющих:

- *предоперационное диагностическое обследование и отбор пациентов.* Проводится в региональных сурдологических центрах и центре кохлеарной имплантации, занимает 2-5 дней.

- *хирургическая операция.* Кохлеарная имплантация проводится в центре кохлеарной имплантации на базе лор-клиник, стволотомозговая имплантация – в нейрохирургической клинике.

- *послеоперационная слухоречевая реабилитация пациента с КИ/СМСИ.* Проводится в центре кохлеарной имплантации (начальный период), региональных сурдологических и реабилитационных центрах, образовательных учреждениях для детей с нарушением слуха. Включает настройку процессора КИ/СМСИ, занятия с сурдопедагогом по развитию слуха и речи, психологическую поддержку пациента и семьи. Длительность послеоперационной реабилитации для позднооглохших взрослых пациентов – 1-3 мес., для ранооглохших детей - до 5 лет. При этом все пациенты пожизненно наблюдаются в сурдологических центрах и центрах

кохлеарной имплантации, в которых проводится регулярная проверка, настройка и замена внешнего процессора КИ/ СМСИ.

Благодаря кохлеарной имплантации у взрослых глухих пациентов восстанавливается восприятие речи окружающих людей, коммуникация, они могут вернуться к трудовой и социальной деятельности. Раноголохшие дети с КИ способны научиться понимать речь и говорить. При этом наилучшие результаты достигаются у детей, проимплантированных в возрасте до 2-х лет. Уровень речевого развития ребенка, при правильно организованной послеоперационной слухоречевой реабилитации, приближается к нормальному, что позволяет ему учиться в общеобразовательной школе, получить любую профессию. У глухих детей с комплексными нарушениями благодаря кохлеарной имплантации расширяются возможности коммуникации, обучения. Использование КИ повышает не только качество жизни пациента, но и его семьи.

Правительство РФ проводит последовательную политику в развитии системы реабилитации детей и взрослых с нарушением слуха: 1) сурдологические центры оснащаются современным диагностическим оборудованием; 2) выделяются средства на слухопротезирование взрослых и детей, имеющих статус инвалида, а также плановую замену СА каждые 4 года; 3) ежегодно выделяются средства на проведение кохлеарной имплантации более 1000 пациентов, и сегодня этот метод лечения доступен всем пациентам, которым он показан; 4) разработаны порядок замены процессоров КИ и стандарт слухоречевой реабилитации пациентов с КИ в центрах имплантации; 5) выделяются средства на социальную помощь пациентам с нарушением слуха. Частью системы реабилитации детей с нарушением слуха является закон об инклюзивном образовании, позволяющий им обучаться в массовых образовательных учреждениях.

Несмотря на достижения в реабилитации пациентов с нарушениями слуха в РФ, в том числе и в области внедрения кохлеарной имплантации, эффект от нее реализуется в полном объеме не у всех пациентов. Это обусловлено отсутствием инфраструктуры психолого-педагогической реабилитации пациентов по месту жительства. Создание такой инфраструктуры требует реорганизации сурдологических и реабилитационных центров, коррекционных и общеобразовательных образовательных учреждений, что возможно только при взаимодействии представителей разных министерств на всех уровнях: 1) *Макроуровень* - министерства здравоохранения, социального обеспечения и образования, создающие соответствующие законодательные документы и их финансовое обеспечение; 2) *Мезоуровень* - медицинские и педагогические университеты, центры кохлеарной имплантации, которые разрабатывают и реализуют новые технологии, обучают специалистов современным технологиям, формулируют идеологию законодательных инициатив для правительственных органов. В частности, С.-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи, ведущий центр кохлеарной имплантации в РФ, является также лидером в области разработки методов слухоречевой реабилитации пациентов с СА, КИ и СМСИ, а также релевантных законодательных инициатив. 3) *Микроуровень* - территориальные сурдологические и реабилитационные центры, образовательные учреждения, которые осуществляют долговременную реабилитацию с использованием современных подходов, техническую и социальную поддержку таких пациентов. Частью этой системы должны быть, как и в других странах, ассоциации пациентов с нарушением слуха, а также ассоциации родителей детей с нарушенным слухом.

Список литературы.

Королева И.В. Введение в аудиологию и слухопротезирование. - СПб.: КАРО, 2012. - 400 с.

Stevens G., Flaxman S., Brunskill E., Mascarenhas M., Mathers C., Finucane M. Global and regional hearing impairment prevalence: an analysis of 42 studies in 29 countries // Eur. J. Public Health. - 2013. - Vol. 23. - N1. - P. 146-152.

Королева И.В. Реабилитация глухих и взрослых после кохлеарной и стволового имплантации. - СПб.: КАРО, 2016. - 872 с.

Таварткиладзе Г.А. Руководство по клинической аудиологии. -М.: Медицина, 2013. - 676 с.

УДК 616.72:617.58

Разуванов А.И., Чумакова Т.В.

ДИНАМИКА ИНВАЛИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ СУСТАВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»,
Городище, Республика Беларусь

Razuvanov, T. Chumakova

THE DYNAMICS OF DISABILITY IN PATIENTS WITH IMPLANTED JOINTS OF THE LOWER LIMBS

State institution «National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation», Gorodische, Republic of Belarus

Ключевые слова: имплантированные суставы, инвалидность, динамика.
Key words: implanted joints, disability, dynamics.

Аннотация: В статье рассмотрены данные обследования 121 пациента с имплантированными суставами нижних конечностей. Представлена динамика инвалидности у данной группы пациентов.

Abstract: This article examines the survey data 121 patients with the implanted joints of lower limbs. The disability trend for this group of patients is presented.

Введение. По данным одних исследователей остеоартрозом страдает от 10 до 12% населения земного шара [1,2], другие указывают на более высокие показатели – до 20% [3,4].

Самым эффективным средством хирургической реабилитации для пациентов с выраженными нарушениями является замена сустава. Эндопротезирование тазобедренного сустава в настоящее время является самой распространенной ортопедической операцией в мире. Второе место занимает эндопротезирование коленного сустава. Значительно реже заменяют плечевой, локтевой, лучезапястный и голеностопный суставы. Как ожидается, потребность в замене суставов будет только расти [5].

Цель – изучить динамику инвалидности у пациентов с имплантированными суставами нижних конечностей.

Материалы и методы. Была изучена динамика инвалидности у 121 пациента трудоспособного возраста с имплантированными суставами нижних конечностей (ИСНК), проходивших освидетельствование во МРЭК Минской области. Женщины составили 41,32±4,48% исследуемых лиц, мужчины 58,68±4,48%. Заболевания, послужившие причиной замены суставов, в основном были представлены М16 (коксартроз) – 82 (67,77±4,25%), М87 (остеонекроз) – 26 (21,49±3,73%), М17 (гонартроз) – 9 (7,44±2,39%).

Методы исследования включали рутинные стандартные ортопедические исследования и составляющие профессиографической диагностики. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel.

Результаты. Инвалидность до эндопротезирования имел 71 (58,68±4,48%) пациент с ИСНК, соответственно у 50 (41,32±4,48%) пациентов не была установлена ни одна из групп инвалидности.

Тяжесть инвалидности в дооперационном периоде была представлена пациентами с третьей (85,92±4,00%) и второй (14,08±4,00%) группами.

Продолжительность инвалидности до операции варьировала в диапазоне от 1 месяца до 18 лет. Большинство лиц до оперативного лечения имели инвалидность в течение 1-2 лет, 35 исследуемых (49,30±5,98%). Равное количество исследуемых, по 16 (22,86±4,99%), было в группах «до 1 года» и «от 2 до 5 лет». Самой малочисленной была группа лиц, имевших инвалидность более 5 лет – 4 пациента (5,63±2,76%). Средняя продолжительность инвалидности до операции составила около 2 лет.

В течение первого года после протезирования суставов нижних конечностей большинство исследуемых признавались ограничено трудоспособными в 87,60±3,00% случаев. После эндопротезирования в 67,77±4,25% случаев лица с ИСНК признавались инвалидами третьей группы, в 19,83±3,63% - второй. Инвалидность после протезирования устанавливалась преимущественно на определенный срок в 83,81 % случаев. Инвалидность определялась без срока переосвидетельствования в 16,19±3,35% случаях.

Относительно динамики инвалидности после эндопротезирования отмечался рост количества инвалидов третьей группы от 67,77% в течение первого года после эндопротезирования, до 69,37% и 72,55% через один и два года после замены сустава. Наблюдалось уменьшение количества инвалидов 2 группы с 19,83% до 5,88% за счет снижения степени выраженности функциональных нарушений.

В тоже время отмечаются случаи, когда лица после имплантации суставов нижних конечностей впервые освидетельствованы во МРЭК через несколько лет после эндопротезирования. Так, 38 лиц с ИСНК (76,00±3,88% случаев) были впервые освидетельствованы во МРЭК в течение первого года после эндопротезирования, 9 человек (18,00± 3,49%) – в течение первых 5 лет, через 6 и более лет – 3 человека (6,00±2,16%). Основной причиной такого позднего направления на МРЭК явилось проведение ревизионной операции или протезированием второго (контралатерального) сустава.

Заключение. Таким образом, по результатам проведенного анализа выявлено снижение инвалидности у тематических пациентов с 87,6% до 80,18% через год после протезирования и с 87,6% до 78,43% через два года. Отмечено снижение тяжести инвалидности в течение первых двух лет после протезирования с 19,83% до 10,81% через год после протезирования и до 5,88% через два года. Определен рост количества инвалидов третьей группы от 67,77% в течение первого года после эндопротезирования, до 69,37% и 72,55% через один и два года соответственно после замены сустава.

Список литературы

1. Матвеев Р.П. Актуальность проблемы остеоартроза коленного сустава с позиции врача-ортопеда (обзор литературы) / Р.П. Матвеев, С.В. Брагина // Вестник СПбГУ. – Серия 11. – Медицина. 2014. – №4. – С. 186-195.
2. Okoroa K.R. Patient Perceptions of Reimbursement for Arthroscopic Meniscectomy and Anterior Cruciate Ligament Reconstruction /

- K.R. Okoroa [et al.] // Orthopedics. – 2016. – Т. 39. – № 5. – С. 904-910.
3. Болезни суставов: руководство для врачей / под ред. В. И. Мазурова. СПб.: СпецЛит, 2008. – 397 с.
4. Насонова В.А. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в России: Динамика статистических показателей за 5 лет (1994–1998 гг.) / В.А. Насонова [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2000. – № 2. – С. 4-12.
5. Waddell J., Johnson K., Hein W., Raabe J., FitzGerald G., Turibio F. Orthopaedic practice in total hip arthroplasty and total knee arthroplasty: results from the Global Orthopaedic Registry (GLORY) // Am. J. Orthop. 2010. Vol. 39, Suppl. 9. P. 5–13.

УДК 617.3

Шведовченко И.В., Кольцов А.А., Юрченко А.Ю.

РОЛЬ ОПЕРАЦИИ КРУКЕНБЕРГА В ВОССТАНОВЛЕНИИ ФУНКЦИИ САМООБСЛУЖИВАНИЯ У ДЕТЕЙ

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

I. Schwedovchenko, A. Koltsov, A. Urchenko

THE ROLE OF KRUKENBERG PROCEDURE IN RESTORATION OF SELF-SERVICE IN CHILDREN

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: дети, ампутации, культы, расщепление предплечья, операция Крукенберга, самообслуживание, протезирование.

Key words: children, amputation, the stumps, forearm splitting, Krukenberg procedure, self-service, prosthetics.

Аннотация. Выполнены 27 операций Крукенберга, направленных на получение возможности схвата, у 22 детей кистями предплечья. Во всех случаях получен удовлетворительный или хороший функциональный результат, но при этом не утрачена возможность использования косметических протезов.

Summary. In practice of surgery rehabilitation of 22 children with upper limbs stumps we used 27 the Krukenberg's operation for the forearm level of amputation directed to forming pinch of the arm. In all cases we have got satisfactory or good functional results, in all cases we saved the possibility of prosthetics.

Цель исследования. Определение роли операции Крукенберга в повышении возможности самообслуживания у детей.

Материалы и методы. За период с 1960 по 2015 год было выполнено 27 операций 22 детям (20 мальчиков и 2 девочки), в возрасте от 2 до 18 лет, с кистями предплечья. Причинами ампутаций были травмы и инфекционные заболевания. У большинства пациентов отмечалось билатеральное поражение; многие больные неоднократно снабжались косметическими и/или активными протезами различных конструкций.

Техника операции подразумевала расположение послеоперационных рубцов вне зон нагрузок, а также использование собственных запасов кожи. Важной деталью операции являлось сохранение мышц, управляющих сформированными «пальцами»: плечелучевой мышцы, круглого пронатора, супинатора предплечья и других. В ряде случаев перед проведением операции Крукенберга требовалось выполнить другой подготовительный этап – удлинение кисти предплечья с использованием аппарата Илизарова.

Результаты. В результате операции во всех случаях были сформированы подвижные лучевая и локтевая бранши. Разработка движений начиналась на 2-й день после операции, в условиях перевязочной. Лечебная физкультура обеспечивала максимальный эффект работы бранш с возможностью их разведение в пределах 5-10 см. с силой схвата, обеспечивающей удержание тяжелых и объемных предметов и тонких манипуляций, при которых возможен захват листа бумаги или иголки с ниткой. Все пациенты после проведения курса или нескольких курсов реабилитации, а также адаптации себя в бытовых условиях осваивали работу сформированными браншами для самообслуживания и игровых манипуляций, предпочитали выполнять такие манипуляции с помощью своих конечностей. В определённых ситуациях многие больные использовали косметические протезы.

Заключение:

Операция Крукенберга, несмотря на спорные эстетический аспект, позволяет значительно повысить функциональные возможности ребёнка-инвалида.

Основными показаниями для проведения этой операции являются: мужской пол пациента, препубертатный или пубертатный возраст, двусторонние ампутационные дефекты на уровне предплечья или сочетание ампутационных дефектов предплечья и плеча, отказ от использования назначенных ранее протезов, слепота.

3. Операция Крукенберга не является препятствием для возможного протезирования.

УДК 617

Сокирко Е.Л., Колчанов Г.М., Абсава К.А., Александр А.М.,
Черных К.П., Гусев О.В., Прохватилов О.Г.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРЕХМЕРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ И 3D ПЕЧАТИ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

СПб ГБУЗ «Александровская больница», Санкт-Петербург.

Sokirko Ye.L., Kolchanov G.M., Absava K.A., Aleksandr A.M., Chernykh K.P., Gusev O.V., Prohvatilov O.G.

APPLICATION OF THREE-DIMENSIONAL MODELING AND 3D PRINTING IN THE RECONSTRUCTION OF DEFECTS IN THE MAXILLOFACIAL REGION.

Ключевые слова: реконструкция челюстно-лицевой области, 3D-принтер, моделирование малоберцового трансплантата.

Keywords: reconstruction of defects in the maxillofacial region, 3D printing, modeling of fibula flap.

Аннотация. Во многих статьях, трехмерная печать позиционируется, как «новая, будущая технология моделирования». Увеличиваются возможности использования этой технологии в медицине, в частности в челюстно-лицевой хирургии. Экономическая эффективность, а также простота в применении, делают эту область «горячей темой» в восстановительной и реконструктивной хирургии.

Abstract. Three-dimensional (3D) printing is cited as “a novel, future builder technology” in many papers and articles. Use of this technology in the field of medicine and especially maxillofacial surgery is expanding. The cost-effectiveness, and ease of use, make this field a “hot-topic” in reconstructive and regenerative surgery.

Введение. Замещение комбинированных дефектов челюстно-лицевой области - одна из наиболее сложных задач челюстно-лицевой хирургии. Дефекты данной локализации могут быть следствием злокачественных и доброкачественных опухолей, травм и костной атрофии. В зависимости от вида и протяженности дефекта, наличия сопутствующей патологии, наличия или отсутствия предшествующей лучевой терапии а так же предшествующих попыток реконструктивного лечения, показаны различные методы реконструкции. На сегодняшний день, предпочтительным способом реконструкции данного вида дефекта являются реваскуляризированные свободные сложные трансплантаты. Данные трансплантаты за счет автономности своего кровоснабжения практически не подвержены резорбции, что играет немаловажную роль в их способности к органотипичному регенерированию и последующей остеоинтеграции дентальных имплантатов с изготовлением несъемной ортопедической конструкции, что ведет не только к эстетической но и функциональной реабилитации данной группы пациентов.

В случае большой протяженности дефекта методом выбора является пересадка реваскуляризированного малоберцового трансплантата, но исход замещения дефекта малоберцовым трансплантатом зачастую бывает непредсказуем, а функциональный результат реабилитации далек от ожидаемого. В первую очередь это связано со сложностью моделирования трансплантата, особенно в условиях ремоделированной реципиентской области при отсроченной или вторичной реконструкции.

Материалы и методы. Моделирование малоберцового трансплантата по форме дефекта челюстно-лицевой области производится путем выполнения остеотомий костной части трансплантата по изготовленному на 3D-принтере моделировочному лекалу. Количество, направление, глубина и ширина остеотомий заданы согласно результатам анализа предоперационного МСКТ донорской зоны. Лекало является обратным отображением пересаживаемого участка малоберцовой кости изготовленного по МСКТ нижних конечностей пациента. На этапе компьютерного моделирования учитывается расположение малоберцового сосудистого пучка по отношению к малоберцовой кости, что исключает его повреждение в ходе моделирования трансплантата.

Заключение.

Коллективом авторов разработан способ моделирования малоберцового трансплантата по средствам изготовления на 3D принтере моделированного лекала с учетом результатов трехмерного моделирования что в значительной степени сокращает время аноксии лоскута, снижает вероятность повреждения источника осевого кровоснабжения трансплантата и улучшает эстетический и функциональный результат операции.

УДК 617.3

Кольцов А.А., Шведовченко И.В.

РОЛЬ ОРТОПЕДА В АБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПРОДОЛЬНОЙ РЕДУКЦИИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

A. Koltsov, I. Schwedovchenko

THE ORTHOPEDIC TREATMENT IN HABILITATION OF PATIENTS WITH LONGITUDINAL ECTROMELIA OF UPPER LIMBS

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: дети, редукция конечности, косорукость, плечелучевой синостоз, фокомелия, сгибательная контрактура, хирургия, протезирование.

Key words: children, limb reduction, club hand, humeroradial synostosis, phocomelia, elbow flexion, prosthetics, surgery.

Аннотация. Проведён анализ результатов абилитации 217 детей такими редукционными пороками развития верхней конечности, как проксимальные формы эктромелии, плечелучевой синостоз, врождённая сгибательная контрактура локтевого сустава. Выполнена детальная анатомо-функциональная оценка поражённых конечностей. Предложена классификация вариантов редукции. Проанализированы методы медицинской абилитации: основными методами являлись хирургия и протезирование. Представлены результаты медицинской абилитации.

Summary. The analysis of 217 patients, especially children, with some of more serious variants of congenital reduction of upper limbs are performed. Proximal forms of ectromelia, humeroradial synostosis, congenital flexion of elbow joint are presented. The detailed anatomical and functional estimation of affected extremities is performed. We offered the classification for all variants of reduction. The methods of medical habilitation were analysed. Operative treatment and prosthetics were the basis methods. The results of medical habilitation are presented.

Введение. В структуре деформаций верхних конечностей частота врождённых пороков развития составляет от 7 до 13 %, причём продольные формы редукции занимают значительную долю этой патологии. Наиболее редкими и максимально тяжёлыми в лечении являются проксимальные формы эктромелии, а также варианты «локтевого дефицита предплечья» - врождённый плечелучевой синостоз и врождённая сгибательная контрактура локтевого сустава.

Цель исследования. Разработка алгоритма медицинской абилитации детей, с указанными формами продольной редукции верхних конечностей.

Материал и методы. Проанализированы данные обследований и результаты медицинской абилитации, в том числе протезно-ортопедического снабжения, 217 пациентов (258 конечностей) в возрасте от 1 месяца до 46 лет с 1957 по 2015 годы.

В лечении использовались консервативные и оперативные методы, протезно-ортопедическое снабжение. Значимость хирургического лечения и протезирования для каждой из 3-х мальформаций значительно варьировала. Активно применялись такие высокотехнологичные методы, различные варианты кожной, сухожильно-мышечной и костной пластики, микрохирургия, компрессионно-дистракционный остеосинтез.

Результаты. Для оценки отдалённых результатов использовались: специально разработанные бальные схемы, учитывающие анатомические, функциональные и эстетические изменения конечности и пациента в целом, а также «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ). Несмотря на то, что 3 изученные нозологические единицы разительно отличались друг от друга анатомо-функциональными особенностями, принципами и конкретными методиками абилитации, результаты оказались очень похожими. В среднем хорошие результаты выявлены у 24,6%, удовлетворительные – у 52,7%, неудовлетворительные – у 22,7% пациентов.

Заключение:

Вне зависимости от формы патологии при продольных редукциях верхних конечностей показана комплексная максимально ранняя абилитация, основными элементами которой являются высокотехнологичные реконструктивно-пластические операции, сложное или атипичное протезирование.

Хирургическое лечение направлено на реконструкцию редуцированных или отсутствующих сегментов конечности, в первую очередь – 1-го пальца кисти, и невозможно без использования таких высокотехнологичных методик, как микрохирургическая аутотрансплантация комплексов тканей и компрессионно-дистракционный остеосинтез. Хирургическое лечение может представлять собой самодостаточный метод или быть подготовительным этапом к протезированию.

Протезирование является обязательным методом и направлено как на улучшение внешнего вида пациента, так и на повышение его функциональных возможностей.

УДК 612.821-615.832.9:616.127

Ишинова В.А., Митякова О.Н., Першин А.А.

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД: ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА

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

V. Ishinova, O. Mityakova, A. Pershin

PREOPERATIVE PERIOD: PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF SENIOR SCHOOL CHILDREN WITH ROUGH SPINE DEFORMITY

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: акцентуация характера, сколиоз, кифоз.

Key words: accentuations of character, scoliosis, kyphosis.

Аннотация. Результаты исследования показали зависимость выраженности клинических проявлений заболевания от эмоционально-характерологических особенностей личности. Полученные результаты могут быть полезны при создании программ оказания психологической помощи как в предоперационном, так и в послеоперационном периодах.

Abstract. The research of the psychological state of senior school age teenagers with spine deformity in the preoperative period showed the dependence of the clinical manifestations disease severity on their emotional-personal characteristics.

К одним из самых распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата относятся различные варианты деформаций позвоночника, внешние проявления которых варьируют от простого нарушения осанки до сложной деформации. Нередко они сопровождаются болевыми синдромами, нарушениями функций желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и формированием дезадаптационных расстройств. Для детей, страдающих сколиозом, характерны расстройства эмоциональной сферы. При этом, наиболее уязвимыми в эмоциональном и поведенческом планах являются дети старшего школьного возраста, у которых в связи с заболеванием снижается самооценка и формируется склонность к ограничению социальных контактов. Психологическое состояние таких детей, особенно при подготовке к операции, существенно отличается от такового их сверстников, находящихся в стационаре для консервативного лечения. Поэтому особое внимание необходимо уделять их психологической поддержке в предоперационный период.

Целью настоящей работы являлось исследование психологического состояния детей старшего школьного возраста с тяжелой деформацией позвоночника в предоперационном периоде.

Материалы и методы. В обследовании принимали участие 10 подростков (3 мальчика и 8 девочек) в возрасте от 14 до 17 лет, средний возраст составил $15,62 \pm 1,17$ лет: 8 пациентов с идиопатическим сколиозом, 1 девочка с нейромышечным сколиозом и 1 мальчик с юношеским кифозом (болезнь Шейермана). Пациенты поступили на 2-е детское отделение с целью оперативного лечения.

Для исследования психологического состояния подростков использованы шкалы опросника выраженности психопатологических симптомов SCL-90-R: ANX (тревожность), DEP (депрессия), HOS (враждебность), INX (межличностная чувствительность), GSI (индекс тяжести симптомов). Интенсивность боли определялась по шкале «Боль» из опросника Качества жизни SF-36 (при этом интенсивность боли была обратно пропорциональна выявленному показателю, то есть, чем выше показатель боли, тем меньше ее интенсивность). Для определения акцентуаций характера применялся опросник Шмишека.

Результаты и их обсуждение. Обнаружено, что на фоне боли умеренной степени интенсивности ($55,91 \pm 8,52$) у детей выявлены незначительно повышенные уровни ANX ($0,38 \pm 0,11$) и INX ($0,37 \pm 0,12$) при оптимальных уровнях DEP ($0,30 \pm 0,10$), HOS ($0,18 \pm 0,07$) и GSI ($0,25 \pm 0,06$). Тем не менее, в обследуемой группе обнаружено доминирующее число подростков с акцентуацией характера по астеническому типу (40%), для которого характерны: быстрая утомляемость, повышенная чувствительность, неуверенность, склонность к ипохондрии и раздражительности. Также выявлены акцентуации по возбудимому, замкнутому и гипертимному типам. К отличительным чертам этих акцентуаций относятся: неустойчивость настроения, раздражительность, склонность к ограничению социальных контактов, впечатлительность, ранимость, обидчивость, повышенная сензитивность в сфере межличностных контактов, эмоциональная лабильность.

Корреляционный анализ выявил положительную корреляцию между показателями депрессии, тревожности и общим индексом тяжести симптомов.

Таким образом, наличие боли и физического дискомфорта оказали негативное влияние на психологическое состояние подростков, что способствовало снижению их самооценки, ухудшению коммуникативных способностей. Полученные данные позволили выявить зависимость тяжести клинических проявлений у детей с тяжелой, приобретенной деформацией позвоночника от их эмоционального состояния. Результаты исследования представляют интерес для специалистов при разработке программ психологической поддержки

детей в предоперационном периоде и после оперативного лечения с целью поддержания их психологического комфорта и благополучного исхода лечения, предупреждения осложнений в послеоперационном периоде, а также сокращения пребывания детей в стационаре. Однако, в ходе проведенной работы обозначился круг вопросов, которые требуют дальнейшего уточнения и продолжения исследований.

УДК [616.71-001+617.3]-036.838

Губин А.В., Гончарук Э.В., Насыров М.З.

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ В ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

ФГБУ «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава России, Курган

Gubin A.V., Goncharuk E.V., Nasyrov M.Z.

ORGANIZATION OF REHABILITATION SERVICE IN TRAUMA AND ORTHOPAEDIC CLINIC

Federal State Budgetary Institution Russian Ilizarov Scientific Center for Restorative Traumatology and Orthopaedics, Ministry of Health of the Russian Federation, 6 ul.M.Ulianovoy, Kurgan

В травматологии-ортопедии необходимость реабилитации в узком смысле понимания – как комплекса мероприятий восстановительного лечения после оперативного вмешательства или методик, являющихся альтернативой или даже заменой хирургии в целом понятна как медикам, так и пациентам. При этом как в России, так и в мире системный подход к организации реабилитации у пациентов с поражением опорно-двигательного аппарата не вышел даже на уровень базовой концепции.

Цель. На примере крупнейшей в России клиники ортопедии и травматологии показать вариант выработки и внедрения концепции реабилитации после реконструктивно-восстановительных операций

Материал и методы. Проведен анализ развития реабилитационной службы центра Илизарова с 2010 по 2017 годы. Используются архивные данные и база документов, регламентирующих работу реабилитологов. Рассмотрено 3 возможных концепции развития службы, которые обозначены нами как «центр в центре», «хирургическая модель» и «интеграционная»

Результаты. Выработаны ключевые требования к функционированию реабилитационной службы: 100% охват всех пациентов, доказательность всех назначений, контроль на всех этапах. Учитывая наличие ограниченного кадрового и финансового ресурса, принята интеграционная модель, как максимально соответствующая этим требованиям. Проведен расчет сил и средств, дифференцированы подходы по основным нозологическим направлениям. Предложены схемы внутри и межцентрового взаимодействия. Получена минимально затратная схема с четким определением целей.

Выводы. Для организации реабилитационной службы необходим выбор оптимальной модели, учитывающий территориальные, экономические, а главное целевые параметры. Для обеспечения максимальной эффективности работы при наименьших затратах и безопасности пациента – интеграционная модель реабилитационной службы в ортопедических хирургических центрах России является вариантом выбора.

The need of rehabilitation in traumatology and orthopaedics as a series of restorative treatment actions, in a strict sense, produced after surgery or alternative/surgery replacement treatment is known to both doctors and patients. Systematic approach to rehabilitation for patients with disorders of locomotor apparatus has not come to a level of basic concept in Russia and other countries.

Objective. To show a developed and introduced concept of rehabilitation following reconstructive and restorative procedures through the example of the largest Russian hospital for trauma and orthopaedics.

Material and methods. Rehabilitation service of the Ilizarov Centre was reviewed from 2010 to 2017. Archive records and documents defining standards for the practice of rehabilitation therapists were used for the study. Three concepts of rehabilitation service termed as 'a centre in the centre', 'surgical model', 'integration' were considered.

Results. Keynote requirements were developed for rehabilitation service including 100% enrollment of the patients, evidence of all the prescriptions made, control at all stages be performed. With limited personnel and financial resources integration model was approved as the one adequately matching the requirements. Operating and support costs were estimated, approaches with major nosologic trends made. Patterns of intra- and intercentre relations were outlined. Cost effective scheme was developed, and goals clearly identified.

Conclusions. The choice for an optimal model including territorial, economical and target parameters, in particular, is to be made to organize rehabilitation service. Integration model of rehabilitation service arranged at an orthopaedic surgical centre is an option providing maximum efficacy with less costs involved and patient safety ensured.

УДК 159.942.5:616.711-044.342-089-036.8

Прудникова О.Г., Тertyshnaya М.С., Насыров М.З., Нестерова И.Н.

ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ РАННЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПОЗВОНОЧНИКЕ*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г.А. Илизарова» Министерства здравоохранения Российской Федерации*

O. Prudnikova, M. Tertyshnaya, M. Nasyrov, I. Nesterova

FORMATION OF POST OPERATIVE REHABILITATION SYSTEM IN PATIENTS AFTER SPINE SURGERIES*Federal State Budgetary Institution "Russian Ilizarov Scientific Center "Restorative Traumatology and Orthopaedics" Ministry of Healthcare Russian Federation, Kurgan, Russia**Ключевые слова: дегенеративные заболевания позвоночника, реабилитация больных после операций на позвоночнике.**Key word: degenerative disease of the spine. Rehabilitation of the patients after spinal operations**Аннотация. В течение последних лет активно изучается эффект реабилитационных программ для больных после декомпрессионно-стабилизирующих операций на позвоночнике.**Summary. Currently the effect of rehabilitation programs for the patients after decompression and stabilization surgeries in the spine is undergoing the intensive study.*

Материалы и методы. Исследование проведено у 222 пациентов, разделенных на 3 группы. 1 группа: 72 человека до проведения оперативного лечения, 2 группа: 69 больных после оперативного лечения и курса ЛФК в условиях стационара, 3 группа: 81 пациент после оперативного лечения с курсом ранней функциональной психомоторной реабилитации. Использовали методы: русскоязычная версия анкеты SRS-22, опросник Освестри (ODI), числовая рейтинговая шкала боли Вонга—Бэкера (2011). Психологическая оценка приспособительного поведения выполнена у 39 больных по методике исследования копинг-поведения Э.Хайма.

Изменение структуры и формы реабилитационных мероприятий через 3,2 мес. после операции позволило улучшить функциональный статус больных 3 группы: показатель ODI снизился на 8% относительно дооперационного уровня и на 12% относительно больных 2 группы. По шкале боли VAS уменьшился на 15% в сравнении с результатами 1 и 2 групп. На 5% увеличилась удовлетворенность больных от выполненного оперативного лечения. Косвенным показателем улучшения психоэмоционального статуса больных можно считать уменьшение корреляционных связей доменов самовосприятие и психическое здоровье с показателями функционального статуса больных.

Выводы. В срок 3,2 - 4 мес. после оперативного вмешательства на позвоночнике у больных сохраняется болевой синдром и ограничение жизнедеятельности.

Система ранней функциональной реабилитации пациентов после операций на позвоночнике разработана на основании выявленных изменений качества жизни и позволяет улучшить функциональный и психологический статус больных после выполненного вмешательства, тем самым обеспечив более раннюю социально-трудовую интеграцию пациента.

Materials and Methods. The study was performed in 222 patients divided into 3 groups. The 1st group included 72 individuals prior to operative treatment, the 2nd group involved 69 patients after operative treatment and exercise therapy course in in-patients conditions and the third group included 81 case after operative treatment with the course of early functional and psychomotor rehabilitation. The following methods were used: Russian version of SRS-22 questionnaire, Oswestry questionnaire (ODI) and Wong-Baker Pain Rating Scale (2011). Psychological assessment of adaptive behavior was performed in 39 patients according to the E.Heim technique of coping behavior study.

The changes of the structure and type of rehabilitation measures in 3.2 months after operation allowed improving functional status of the patients in the 3rd group – ODI index decreased by 8% comparing with pre-op level and by 12% comparing with the patients of the 2nd group. According to pain scale VAS was reduced by 15% in comparison with the results of the 1st and 2nd group. Satisfaction of the patients with the treatment results was up by 5%. The reduction of correlation relations of self-perception and mental health domains and criteria of the functional status of the patients can be considered as indirect criterion of psychoemotional state of the patients.

Conclusions. Within 3.2-4 months after operative invasion in the spine the pain syndrome and physical dysfunction were still observed.

The system of early functional rehabilitation of the patient after spinal operations is developed on the basis of the life quality changes and allows improving functional and psychological status of the patients after invasion providing earlier social and labor integration of the patient.

Введение. В течение последних лет активно изучается эффект различных упражнений и реабилитацион-

ных программ для больных после декомпрессивно-стабилизирующих операций на позвоночнике с целью уменьшения болевого синдрома и адаптации к измененному функциональному статусу [1, 2].

По результатам исследований, наиболее эффективной признана ранняя комплексная реабилитация [3, 4, 5]. Основопологающими моментами при этом являются комплексность и функциональность реабилитации [1, 3, 4, 6]. Утвержденные в 2015 году Федеральные клинические рекомендации «Послеоперационное ведение больных со спондилолистезом» не отражают тенденции современной восстановительной медицины [7].

Организация реабилитации травматолого-ортопедических больных требует активного внедрения системы: интегративная цель – ориентированная модель [6, 8].

Материалы и методы. Исследование проведено на базе отделения спинальной хирургии взрослых у 222 пациентов, разделенных на 3 группы. 1 группа: 72 человека до проведения оперативного лечения, 2 группа: 69 больных после оперативного лечения и курса ЛФК в условиях стационара, 3 группа: 81 пациент после оперативного лечения с курсом разработанной системы ранней функциональной психомоторной реабилитации.

Для самооценки применялась русскоязычная версия анкеты SRS-22 [9]. Ограничение жизнедеятельности оценивали опросником Освестри (ODI), болевой синдром – числовой рейтинговой шкалой боли Вонга—Бэкера (2011). Психологическая оценка приспособительного поведения выполнена у 39 больных по методике исследования копинг-поведения Э.Хайма [10].

Результаты и обсуждение. По результатам представляемой работы у пациентов с обычным комплексом ЛФК во время пребывания в стационаре при контрольном осмотре в среднем через 4 мес. после операции индекс ODI увеличился, а болевой синдром остался на предоперационном уровне. Анализ психологического статуса выявил умеренные изменения по доменам самовосприятие и психическое здоровье анкеты SRS-22 с низкой корреляционной зависимостью от функционального статуса и боли. Для определения направлений реабилитационной программы проведен анализ совладающего поведения, который показал преобладание относительно адаптивных и неадаптивных поведенческих копинг-стратегий. Таким образом, возник вопрос о необходимости изменения системы реабилитационных мероприятий у больных после декомпрессивно-стабилизирующих вмешательств на позвоночнике, с целью их наибольшей эффективности, доступности и адресности [11].

Направлениями системы ранней функциональной психомоторной реабилитации пациентов после хирургических вмешательств на позвоночнике определили:

- Раннее начало двигательной нагрузки.
- Функциональность и этапность – комплексы ЛФК для пояснично-тазовой стабилизации в сочетании с клиент-ориентированной эрготерапией с постепенным расширением объема и постепенной адаптации к измененному функциональному статусу
- Психологический аспект: коммуникация, мотивация и постановка целей, которые должны быть достигнуты в ходе совместной деятельности хирург-реабилитолог–психолог-пациент с учетом адаптивных поведенческих стратегий.

Изменение структуры и формы реабилитационных мероприятий через 3,2 мес. после операции позволило улучшить функциональный статус больных 3 группы: показатель ODI снизился на 8% относительно дооперационного уровня и на 12% относительно больных 2 группы. По шкале боли VAS уменьшился на 15% в сравнении с результатами 1 и 2 групп. На 5% увеличилась удовлетворенность больных от выполненного оперативного лечения. Косвенным показателем улучшения психоэмоционального статуса больных можно считать уменьшение корреляционных связей доменов самовосприятие и психическое здоровье с показателями функционального статуса больных.

Выводы. В срок 3,2 - 4 мес. после оперативного вмешательства на позвоночнике у больных сохраняется болевой синдром и ограничение жизнедеятельности.

Система ранней функциональной реабилитации пациентов после операций на позвоночнике разработана на основании выявленных изменений качества жизни и позволяет улучшить функциональный и психологический статус больных после выполненного вмешательства, тем самым обеспечив более раннюю социально-трудовую интеграцию пациента.

Список литературы

- Christensen F.B., Laurberg I., Bunger C.E. Importance of the back-cafe concept to rehabilitation after lumbar spinal fusion: a randomised clinical study with a 2-year follow-up. *Spine*. 2003(28):2561–2569.
- Theis J., Gerdhem P., Abbott A. Quality of life outcomes in surgically treated adult scoliosis patients: a systematic review. *Eur. Spine J.* 2015(24):1343–1355. DOI 10.1007/s00586-014-3593-3
- Abbott A.D., Tyni-Lenne R., Hedlund R. Early Rehabilitation Targeting Cognition, Behavior, and Motor Function After Lumbar Fusion. *A Randomized Controlled Trial*. *Spine*. 2010(35):848–857.
- McGregor A.H., Henley A., Morris T.P., Dore C.J. An evaluation of a postoperative rehabilitation program after spinal surgery and its impact on outcome. *Spine*. 2012(37):E417–E422.

- Monticone M., Ferrante S., Teli M., Rocca B., Foti C., Lovi F., Bruno M.B. Management of catastrophising and kinesiophobia improves rehabilitation after fusion for lumbar spondylolisthesis and stenosis. A randomised controlled trial. *Eur. Spine J.* 2014(3):87–95. DOI 10.1007/s00586-013-2889-z
- Иванова Г.Е., Аронов Д.М., Белкин А.А., Беляев А.Ф., Бодрова Р.А., Бубнова М.Г., Буйлова Т.В., Мельникова Е.В., Мишина И.Е., Проккопенко С.В., Сарана А.М., Стаховская Л.В., Суворов А.Ю., Хасанова Д.Р., Цыкунов М.Б., Шмонин А.А., Шамалов Н.А. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». *Вестник восстановительной медицины.* 2016(2):15-18.
- Федеральные клинические рекомендации «Послеоперационное ведение больных со спондилолистезом» Яшков А.В., Литвинов С.А., Мирошниченко А.П., Зацепина О.С. 2015. 32с.
- Губин А.В., Орешков А.Б., Насыров М.З., Корюков А.А., Резник А.В., Гончарук Э.В., Кобызов А.Е., Смелышева Л.Н., Чакушина И.В., Марченкова Л.О. Основные методологические подходы к организации службы реабилитации в ортопедотравматологическом центре. *Гений ортопедии.* 2016(1):18-27.
- Губин А.В., Прудникова О.Г., Камышева В.В., Коваленко П.И., Нестерова И.Н. Клиническая апробация русскоязычной версии анкеты SRS-22 у взрослых пациентов со сколиозом. *Хирургия позвоночника.* 2017; Т. 14(2): 31–40. DOI: <http://dx.doi.org/10.14531/ss2017.2.31-40>.
- Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А. Методика для психологической диагностики совладающего поведения в стрессовых и проблемных для личности ситуациях. СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2008. 35с.
- Прудникова О.Г., Тертышная М.С., Насыров М.З., Нестерова И.Н. Система ранней функциональной психомоторной реабилитации больных после оперативных вмешательств на позвоночнике. *Вестник восстановительной медицины.* 2017, №4(80).

УДК 617.3

Томов А.Д., Губина Е.Б., Попков Д.А.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОСТУРАЛЬНОГО МЕНЕДЖМЕНТА И РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ДЦП

ФГБУ «РНЦ «ВТО» имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава РФ, г.Курган, РФ

A. Tomov, E. Gubina, D. Popkov

POSSIBILITIES OF POSTURALNY MANAGEMENT AND RECONSTRUCTIVE SURGERY IN TREATMENT OF DISLOCATION OF A HIP AT CHILDREN WITH SEVERE FORMS OF A CEREBRAL PALSY

Iizarov Center, Kurgan, Russia

Ключевые слова: детский церебральный паралич, вывих бедра, ранняя реабилитация, постуральный менеджмент, многоуровневые одномоментные ортопедические вмешательства.

Key words: cerebral palsy, hip dislocation, early rehabilitation, posturalny management, single event multilevel orthopedic surgery.

Аннотация. Вывих бедра, как наиболее часто встречающаяся патология при тяжелых формах ДЦП, сопровождается снижением функциональных возможностей, потерей возможности пассивной вертикализации, отсутствием условий для комфортной позы сидя, предрасполагает к развитию раннего коксартроза с тяжелым болевым синдромом. Были исследованы результаты хирургического лечения у группы детей (50 человек). Всем выполнялась одномоментная реконструкция тазобедренного сустава и коррекция контрактур суставов и деформации стоп. В самый ближайший послеоперационный период проводились мероприятия постурального менеджмента, пассивной вертикализации, мобилизации тазобедренных суставов, ортезного сопровождения. Все рентгенологические показатели оставались в рамках нормальных значений в период наблюдения. Результатом таких вмешательств является не только достижение нормальных анатомических параметров, но и создание условия для проведения реабилитационных мероприятий, в особенности, постурального менеджмента.

Summary. Hip dislocation, as the most common pathology in severe forms of CCP, is associated with decrease of functional ability, loss of ability of passive verticalization, absence of conditions for comfortable sitting position; it predisposes for early coxarthrosis with severe pain. Outcomes of surgical treatment of the group of children (50 people) were studied. All of them underwent acute reconstruction of the hip joint and correction of joint contractures and foot deformities. In the earliest post-operative period postural management measures, passive verticalization, mobilization of hip joints, orthotic assistance were performed. All radiographic indices remained within the norm throughout the observation period. These interventions result not only in achievement of normal anatomic parameters, but also in creation of conditions for rehabilitation, especially, postural management.

Введение. Частота встречаемости вывиха бедра при спастических формах тяжелых степеней ДЦП (GMFCS IV, V) варьирует от 33% до 70% [2]. Данное состояние сопровождается снижением функциональных возможностей, потерей возможности пассивной вертикализации, отсутствием условий для комфортной позы сидя, предрасполагает к развитию раннего коксартроза с тяжелым болевым синдромом [3]. Ортопедические нарушения на уровне тазобедренных суставов сопровождаются выраженными контрактурами коленных и голеностопных суставов, деформациями стоп, что существенно снижает функциональные способности ребенка, затрудняет пассивную вертикализацию, использование обуви, что, в свою очередь, ухудшает качество жизни [1].

Цель. Изучить результаты реконструктивных операций при подвывихах и вывихах бедра у детей с тяжелыми формами ДЦП в рамках многоуровневых хирургических вмешательств в ближайшем и отдаленном

периоде наблюдения

Задачи. Выполнение многоуровневых одномоментных оперативных вмешательств, ранняя активизация, реабилитация, постуральный менеджмент, изучение результатов коррекции ортопедических нарушений, выполненной у пациентов с вывихом бедренной кости.

Материал и методы. Нами исследованы результаты применения многоуровневых вмешательств у 50 детей (спастическая диплегия, IV и V уровни по GMFCS, средний возраст $6,2 \pm 1,37$ лет) с ДЦП, осложненным вывихами бедер. Оперативные вмешательства были выполнены в период 2012-2015 гг. В данное исследование были включены только пациенты, клинические и рентгенологические результаты которых отслежены в период не менее 2 лет. Средний период наблюдения составил $2,8 \pm 1,7$ лет.

Всего было выполнено 91 оперативное вмешательство. Всем пациентам в самый ближайший послеоперационный период проводились мероприятия постурального менеджмента, пассивной вертикализации, мобилизации тазобедренных суставов, ортезного сопровождения. Вертикализировали пациентов с помощью отводящей ротационной системы, разработанную нами (приоритетная справка №2017104934 от 15.02.2017г.).

Результаты. Все рентгенологические показатели оставались в рамках нормальных значений в период наблюдения. Но наблюдалась слабая тенденция на снижение достигнутой гиперкоррекции, не выходящая за границы нормы.

Выводы. Результатом многоуровневых оперативных вмешательств является не только достижение нормальных анатомических параметров, но и создание условия для проведения реабилитационных мероприятий, в особенности, постурального менеджмента, что крайне важно для нормального развития тазобедренных суставов и предотвращения рецидива подвывихов и вывихов бедер у детей.

Список литературы.

1. Rosenbaum PL, Palisano RJ, Bartlett DJ, Galuppi BE, Russell DJ. 2008
2. Cooke PH, Cole WG, Carey RPL. 1989
3. Ackerly S, Vitzum C, Rockley B, Olney B. 2003

УДК 616.711-007.55

Федотова З.И., Першин А.А.

ИНТЕГРАЛЬНАЯ МЕТОДИКА ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОЗОВ

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

Z. Fedotova, A. Pershin

INTEGRAL EVALUATION OF SCOLIOSIS SURGICAL TREATMENT

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: сколиоз; хирургическое лечение сколиоза; компьютерно-оптическая топография; оценка результатов хирургического лечения сколиоза.

Key words: scoliosis; scoliosis surgical correction; trunk surface metric analysis, evaluation of scoliosis surgical treatment.

Abstract. It's important to create the integral evaluation methodology of the scoliosis surgical treatment results. 7 patients (2 boys and 5 girls) with scoliotic curves more than 45°, aged 14 to 17 yrs was tested. The instrumented spinal fusion was performed in all cases. All completed SRS-22 Patient Questionnaire, on X-rays the Cobb angles were measured pre-op and post-op, the trunk surface metric analysis. Surgical deformity correction ranged from 44.8 to 83,8% (mean 67.9%). SRS scores improved in 6 cases. Trunk surface metrics showed improvements in integral deformity index, mostly due to changes in frontal plane.

Аннотация. Мы обследовали 7 пациентов (2 мальчика и 5 девочек) с сколиотической деформацией более 45 градусов, в возрасте от 14 до 17 лет. Всем пациентам было выполнено оперативное лечение. Обследование до и после операции включало: анкетирование SRS-22, оптическую топографию, рентгенограмму в прямой проекции. Хирургическая коррекция в среднем составила 67,9%. Средние баллы по SRS улучшились во 6 случаях. Интегральный индекс деформации снизился во всех случаях.

Актуальность. Сколиотическая деформация позвоночника влияет на многие составляющие здоровья пациента. Попытки найти взаимосвязи между разными кластерами состояния здоровья пациента с деформированным позвоночником важны для предоперационного информирования пациентов и для составления плана лечения [1].

Цель. Разработать комплексную методику оценки результатов оперативного лечения сколиозов у подростков.

Материалы и методы. 7 пациентов (2 мальчика и 5 девочек) в возрасте от 14 до 17 лет со сколиотической деформацией. Всем пациентам выполнено оперативное лечение – задняя костно-пластическая и инструментальная фиксация современными спинальными имплантатами с коррекцией деформации позвоночника. Всем

пациентам выполнены рентгенограммы грудопоясничного отдела позвоночника в положении стоя до и после оперативного лечения. Всем пациентам выполнена компьютерно-оптическая топография на установке ТОДП до операции и через 3 недели после оперативного лечения. Оценивались следующие показатели:

PTI – общий интегральный индекс нарушений формы дорсальной поверхности туловища; PTI-DF – интегральный индекс деформации формы туловища во фронтальной плоскости; PTI-DG – интегральный индекс нарушения ориентации в горизонтальной плоскости; PTI-DS – интегральный индекс нарушения ориентации в сагиттальной плоскости; VS – асимметрия объема паравертебральных тканей (в мм); показатель ST, ° – угол наклона кпереди-кзади туловища в сагиттальной плоскости [3]. Все пациенты прошли анкетирование с помощью вопросника SRS-22, отражающего самооценку состояния пациента в нескольких доменах (боль, функция, самооценка, психическое здоровье, оценка результата лечения) до и после оперативного лечения [2].

Результаты. Величина сколиотической деформации до операции составляла от 45 до 84° Cobb, в среднем – 68,1° по Cobb. Средняя величина операционной коррекции составила 67.9% от исходной величины (от 44.8 до 83,8%). По результатам анкетирования SRS общие результаты по всем областям улучшились в 6 из 7 случаев (в 1 – не изменились) от 0.5 до 1.22 балла. Наиболее значимые улучшения пациенты отметили в области самооценки (1.22 б) и оценки результатов лечения (0.71 б). Минимальные улучшения выявлены в домене «Функция», при этом в 2 случаях из 7, пациенты отметили ухудшение.

По данным компьютерно-оптической топографии индекс PTI уменьшился (улучшение) во всех случаях. В наибольшей степени изменения происходили за счет PTI-DF – значения показателя также уменьшились во всех случаях. Менее значимо снизился PTI-DG, уменьшение индекса произошло в 6 из 8 случаев. И в наименьшей степени изменения затронули PTI-DS. Во всех случаях значимо уменьшилась асимметрия объема паравертебральных тканей. У 6 пациентов баланс тела в сагиттальной плоскости переместился в зону нормальных значений.

Выводы. Хирургическая коррекция сколиотической деформации влияет не только на положение позвоночного столба, но и значительно меняет баланс тела и улучшает форму дорсальной поверхности туловища. Результаты оперативного лечения позитивно оцениваются пациентами в большей степени в доменах «самооценка» и «оценка результата лечения».

Список литературы.

1. P.Patias, Th.B Grivas, A. Kaspiris, C.Aggouris, E.Drakoutos. A review of the trunk surface metrics used as Scoliosis and other deformities evaluation indices. - *Scoliosis*. 2010; 5: 12. doi: 10.1186/1748-7161-5-12.
2. Asher MA, Min Lai S, Burton DC. Further development and validation of the Scoliosis Research Society (SRS) outcomes instrument. - *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 Sep 15; 25(18):2381-6.
3. Сарнадский В.Н., Фомичев Н.Г. Мониторинг деформации позвоночника методом компьютерной оптической топографии. - Пособие для врачей МЗ РФ. - Новосибирск, НИИТО, 2001. - 44с.

Раздел 5. Инновационные технологии протезирования и ортезирования

УДК 617.58-77, 617.57-77

Аксенов А.Ю.¹, Клишковская Т.А.¹, Хит Г.Х.²

ИННОВАЦИИ В ОБЛАСТИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

¹Санкт-Петербургский государственный электротехнический университет «ЛЭТИ» им. В.И. Ульянова (Ленина), Санкт-Петербург²Салфордский университет, Великобритания, СалфордAksenov A. Yu.¹, Klishkovskaya T.A.¹, Heath G.H.²

INNOVATIVE TECHNOLOGIES FOR PROSTHETIC SOCKET DESIGN

¹Saint Petersburg Electrotechnical University "LETI", St. Petersburg²University of Salford, Salford, M5 4WT United Kingdom

Ключевые слова: приемная гильза протеза, протезирование, 3D сканирование, 3D печать, 3D моделирование, видеоанализ.

Keywords: prosthetic socket, 3D scanning, 3D modeling, motion analysis.

Аннотация. В тезисах рассматривается метод улучшения комплекса услуг по протезированию нижних конечностей, в частности использование новых технологий при изготовлении приемной гильзы.

Abstract. To design a socket for lower limb amputee takes more than a week. However, there are innovative technologies which can significantly speed up the process. This article investigates the potential use of those technologies in Russia.

С каждым годом растет число инвалидов, имеющих ампутации нижних и верхних конечностей. К числу причин можно отнести следующие: травмы (транспортные, производственные и бытовые), заболевания сосудов, приводящие к нарушению кровообращения (ишемия и гангрены), а также диабет. В России ежегодно на 10 миллионов жителей выполняется около 5000 операций по ампутации. При этом стоит отметить, что число высококвалифицированных специалистов, осуществляющих протезирование конечностей, очень мало. Процесс изготовления гильзы является довольно-таки сложной задачей, для выполнения которой требуется около недели. Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует производить замену гильзы каждый год, а фонды по социальному обеспечению в России имеют возможность оплачивать замену старого протеза только раз в два года. На сегодняшний день в нашей стране работает около 72 государственных протезно-ортопедических предприятий, и ежегодно из различных городов России на каждое из них обращается по 500-1000 человек.

Данная проблема давно привлекла к себе внимание зарубежных компаний, исследования и разработки которых в последние годы привели к повышению скорости изготовления гильзы в 5-6 раз и повышению ее качества. Современное изготовление гильзы можно разбить на следующие этапы: 1. С помощью сканеров высокого разрешения производится сканирование культи, после чего посредством специальных тензометрических датчиков рассчитываются ее стресс-нагрузки и строится модель с измеренной жесткостью тканей; 2. На основе полученных результатов печатается гильза из специально разработанных высокопрочных полимерных материалов, и далее устанавливается протез.

Данные технологии могут компенсировать недостаток специалистов по изготовлению гильз, ускорить процесс протезирования, снизить стоимость, уменьшить время проведения клиентов на протезных предприятиях и повысить качество продукции.

Инвалиды, имеющие дополнительные средства на комплексные услуги по протезированию, могут обращаться в протезно-ортопедические центры, оборудованные системами оптических инфракрасных камер (например, Qualisys, единственную, имеющую медицинскую сертификацию в России). Данная система позволяет построить математическую модель человека, рассчитать нагрузки на суставы, угловые изменения конечностей, энергетические затраты и моменты конечностей, центр и перекаты масс тела, баланс. На основе полученных кинематических и кинетических данных провести 3D симуляцию скелетно-мышечной системы для расчетов работы каждой мышцы (например, нагрузки на суставы при сжатии сухожилий и т.д.), что может помочь при изготовлении и подборе протеза. В Англии, например, использовали данную систему для подбора и настройки протеза для спортсмена, который выиграл золотую медаль по бегу на чемпионате мира. Также эти системы широко применяются для разработки бионических ног, рук и экзоскелетов.

Быстрое развитие технологий 3D моделирования и их удешевление дает возможность для открытия дополнительных удаленных точек сканирования в различных городах России, что может значительно снизить затраты пациентов на поездки на протезные предприятия для замены гильз. Это ведет к повышению пропускной способности предприятия, снижению цен и возможности предоставить протезы всем нуждающимся.

Также стоит отметить и другую проблему: например, при ампутации бедра или голени при ходьбе кости культей перемещается внутри гильзы, что усиливает нагрузку на различные зоны, увеличивает энергозатраты и тем самым уменьшает мобильность человека и повышает риск получения дополнительных травм мягких тканей. Поэтому рекомендуется использовать специальную гильзу с внутренними окнами, которые увеличивают свободу движения большеберцовой или бедренной кости. На сегодняшний день в России подобные технологии отсутствуют.

Для развития новых методов оказания услуг протезирования в нашей стране необходимо: во-первых, провести исследования по разработке прочных полимерных материалов, которые будут использоваться для печати гильзы протеза, во-вторых, разработать систему измерения жёсткости тканей (или использовать зарубежный аналог), в-третьих, приобрести 3D сканер и 3D принтер, при этом можно использовать бесплатную профессиональную программу по моделированию и печати 3D гильзы (Autodesk Meshmixer). Данный комплекс услуг был спонсирован в Уганде еще в 2015 году и успешно помогает протезистам, количество которых всего 12 на всю страну.

УДК: 608.3; 606; 604; 602; 617-7; 617.3

Иванюк Н.М., Понимаш З.А., Каримов В.Р.

СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ БИОНИЧЕСКИМИ КОНЕЧНОСТЯМИ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

ООО "Бионик Натали", г. Москва

Ivaniuk N.M., Ponimash Z.A., Karimov V.R.

CONTROL SYSTEMS OF BIONIC LIMBS OF THE NEW GENERATION

LLC Bionic Natali, Moscow

Ключевые слова бионические протезы рук, искусственные нейронные сети, электромиографический сигнал, система управления, ЭМГ, Бионик Натали, распознавание электромиографических сигналов, Искусственный интеллект, машинное обучение.

Keywords the bionic artificial limb, neuronal net, electromyographic signals, system of control, EMG, Bionic Natali, recognition the electromyographic signals, Artificial Intelligence, machine learning

Аннотация: Компания ООО "Бионик Натали" является стартапом, который занимается более 2 лет в создании бионического протеза руки. С первых моментов проект был направлен на решение проблемы разработки функционального бионического протеза руки на базе нейронной сети или аналогичных алгоритмов. В рамках проекта была создана и интегрирована функциональная система управления, система тактильной обратной связи, которая повышает контролируемость и управляемость бионическим протезом руки, и также функциональный бионический протез руки. На основе данной работы представлена и отражено практическое применение машинного обучения, применения нейронных сетей и аналогичных алгоритмов. В основе лежит технология распознавания жестов электромиографической активности на базе нейронной сети. Браслет надевается на руку (в случае инвалидов, культю) далее неинвазивные электроды снимают разность потенциалов нейромышечной активности, с помощью электрической схемы происходит обработка данных и передача их в процессор, где с помощью нейронной сети и аналогичных алгоритмов происходит распознавание схвата, далее данные передаются для управления бионической рукой. Данная технология также нашла пока по большей части теоретическое управление, но проходит проверку практическую, для управления коленным модулем бионического протеза нижней конечности.

Abstract. The LLC Bionic Natali company is a startup and has been engaging in creation of bionic artificial limbs of hands for more than 2 years. From the first steps, the project had been directed on the solution of a problem of development of the domestic bionic functional artificial limb of the hand based on neural network and others algorithms. In the project, it had been created the functional system of management, system of tactile feedback which has increased controllability of a functional artificial limb is already realized and integrated, and also the functional bionic artificial limb of the hand. Based on this work it had been done the general representations and practical application of machine training, neural network and others algorithms. The technology of recognition of gestures of electromyographic activity based on neural network or an analog of network is the cornerstone. The bracelet is put on a hand (in case of disabled people, a stump), further noninvasive electrodes remove potential difference of neuromuscular activity; by means of an electric circuit there is data handling and their transmission to the processor where by means of a neural network there is a recognition of a gripper, further data are transferred for control of a bionic hand. This technology has also found so far mostly theoretical management, but undergoes testing practical, for control of the knee module of a bionic artificial limb of the lower limb.

Головин М.А.

РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ 3D-ПЕЧАТИ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ

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

Golovin M.A.

TECHNOLOGICAL PROCESS AT 3D-PRINTING OF PROSTHETIC ORTHOPEDIC PRODUCTS

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: протезно-ортопедические изделия, аддитивные технологии, 3D-печать, технологический процесс.

Keywords: prosthesis orthopedic products, additive technologies, 3D-printing, technological process.

Аннотация. Разработан типовой технологический процесс изготовления протезно-ортопедического изделия по технологии 3D-печати на примере ортеза.

Abstract. A typical technological process for manufacturing a prosthetic-orthopedic product using 3D-printing technology was developed using the example of orthosis.

Для ускорения реабилитации, а также с целью компенсации ограниченных или утраченных функций применяются протезно-ортопедические изделия (ПОИ). Данные изделия могут как назначаться врачом, так и приобретаться в специализированных магазинах и аптеках.

ПОИ изготавливаются как серийно, так и индивидуально. К серийным изделиям относятся: малосложная ортопедическая обувь, бандажи, фиксаторы и др. К индивидуальным изделиям относятся: приемная гильза протеза, сложная ортопедическая обувь, корсет по типу Шено и др.

Как и в других отраслях промышленности, при изготовлении ПОИ используются различные технологии. Обработки требуют металлические полуфабрикаты, текстиль, каучуковые изделия. Процесс изготовления включает большое количество технологических операций.

В настоящий момент происходит активное распространение 3D-печати. Наиболее распространенные технологии: послойное спекание, послойное наплавление, выращивание из раствора. Наибольшее распространение в широких массах получила технология послойного наплавления.

Для 3D-печати изделий необходимо получить их 3D-модель, адаптировать ее для изготовления по технологии 3D-печати и перевести ее в набор команд для 3D-принтера. Для достижения этих целей может использоваться бесплатное программное обеспечение (ПО), такое как Autodesk Meshmixer, Tinkercad Beta и др. Указанное ПО имеет простой пользовательский интерфейс. Предварительный анализ деятельности детских кружков показал быстрое время обучения детей в возрасте от 7 лет навыкам работы в данном ПО. Моделирование происходит по скану, или путем редактирования готовой модели - она может быть получена из сети интернет путем поиска на интернет-порталах, таких как: Thingiverse, GrabCAD и др.

После моделирования при 3D-печати возникает вопрос о выборе материала. В настоящий момент в России существует 24 производителя пластика для 3D-печати по технологии послойного наплавления, который называется филамент. Филамент должен удовлетворять требованиям прочности, жесткости, пластичности, термопластичности и др., предъявляемым к конечному изделию [1]. Часть производителей представляет на поставляемую продукцию результаты испытаний образцов, изготовленных путем 3D-печати в разных плоскостях: плашмя, на ребре и вверх, что позволяет оценить прочность материалов, но не отражает информацию о других характеристиках филамента. Параметры печати конкретным филаментом сообщаются его производителем.

Пример технологической цепочки:

А) Работа врача:

пациент – 25 лет, мужчина, травма лучезапястного сустава правой руки;
постановка диагноза – перелом шиловидного отростка лучевой кости;
рецепт – фиксация лучезапястного сустава правой руки на срок 4 недели, посещение травматолога-ортопеда 1 раз в неделю.

Б) Работа специалиста по 3D-печати:

выбор объекта печати – ортез на лучезапястный сустав;
получение модели – поиск по базе данных интернет-портала Thingiverse готовой модели ортеза;
обмер лучезапястного сустава по шиловидному отростку лучевой кости и на 10 см проксимальнее и на 5 см дистальнее;

масштабирование модели ортеза в программе Autodesk Meshmixer;
адаптация 3D-модели для изготовления по технологии 3D-печати - не требуется, 3D-печать производится вертикально без поддержек;
выбор пластика – ASA, акрилонитрилстиролакрилатовый пластик;
подбор оборудования – для печати необходимы рабочая зона с минимальными размерами 100x60x150 мм, температура экструзии до 270 градусов, подогрев стола 3D-принтера в диапазоне 100 + минус 10 градусов;
подбор параметров 3D-печати: скорость подачи 40 мм/сек, без обдува, без закрытой камеры, толщина слоя – 0,2 мм; время печати 6 часов;
постобработка готового изделия отсутствует.
В) Работа врача:
установить пациенту ортез;
наблюдать пациента в период лечения.

Список литературы

1. Петров В. М. О влиянии структуры на прочность изделий из пластиков, получаемых методом 3D-печати / В. М. Петров, С. Н. Безпальчук, С. П. Яковлев // Вестник Государственного университета морского и речного флота имени адмирала С. О. Макарова. В печати

УДК 617-58; 616-71

Смирнова Л. М.

К ВОПРОСУ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ БИОМЕХАНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ И ОРТЕЗИРОВАНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Smirnova L. M.

TO THE QUESTION OF INCREASE IN EFFICIENCY OF APPLICATION OF INSTRUMENTAL BIOMECHANICAL ESTIMATE OF RESULTS THE LOWER EXTREMITIES PROSTHETICS AND ORTHOTICS

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: нижние конечности; протезирование; ортезирование; эффективность; оценка; измерительно-информационные системы.

Keywords: lower extremities; prosthetics; orthotics; estimate; measuring information systems.

Аннотация. Рассматриваются возможности и проблемы применения инструментальных методов оценки результатов протезирования и ортезирования нижних конечностей, пути повышения достоверности результатов такой оценки.

Abstract. The possibilities and problems of application of instrumental valuation methods of results of prosthetics and ortezirovaniye of the lower extremities, ways of increase in reliability of results of such assessment are considered.

Одним из условий повышения качества протезирования и ортезирования нижних конечностей (ПОНК) является достоверная оценка их результатов. В то же время, инструментальные методы для такой оценки применяются не столь широко, как это необходимо, что побуждает к анализу причин такой ситуации.

По итогам анкетирования предприятий отрасли, проведённого ФГБУ «Центра им Г.А. Альбрехта Минтруда России» в 2016–2017 гг., выявлено, что на этапах ПОНК наиболее часто из инструментальных методов применяются плантография, подометрия и внутриобувная динамометрия на программно-аппаратных комплексах (ПАК) «Скан»/«Скан мобильный» (рег. уд. № ФСР 2010/07441), «ДиаСлед»/«ДиаСлед-М» (рег. уд. № ФСР 2009/06416), «ДиаСлед-Скан». В связи с этим, анализ проблем и возможностей повышения эффективности инструментальной оценки результатов ПОНК был проведён именно для этих комплексов. В то же время, результаты этого анализа могут быть распространены на другие марки оборудования, подобного назначения.

Материалы исследования: научные источники с информацией о результатах применения ПАК указанных марок; электронные базы данных, накопленные в процессе биомеханических обследований на этих ПАК; результаты рабочего общения со специалистами ПрОП в процессе гарантийного и послегарантийного обслуживания данного оборудования и консультативной методической поддержки работы на нём.

Анализ ситуации помог определить основные из инструментальных погрешностей и методических ошибок, влияющих на достоверность результатов компьютерной плантографии, подометрии и внутриобувной динамометрии, а также предложить способы снижения этих погрешностей и ошибок за счёт

организации эргономичного рабочего места оператора ПАК, выполнения требований к их эксплуатации, разработки рационального алгоритма обследования пациента с учётом его состояния и цели обследования, корректной обработки первичных данных измерений.

Особые сложности возникают при трактовке результатов обследования. Прежде всего, они связаны с проблемой расстановки приоритетов показателей эффективности ПОНК и критериев их оценки. В условиях отсутствия автоматизированных экспертных систем для оценки результатов ПОНК, альтернативным доступным вариантом поддержки принятия решения специалиста (оператора диагностического комплекса) может быть база экспертных знаний, представленная в табличной форме и отражающая соответствие между симптомо-комплексами патологии, показателями функциональной эффективности ПОНК, объективными критериями их оценки.

Достоверность результатов оценки эффективности ПОНК зависит также от способности специалиста выявить и учесть компенсаторные реакции опорно-двигательной системы, которые могут маскировать ошибки протезирования или ортезирования. Для выявления таких реакций может потребоваться комплексное обследование пациента с применением не только плантографии, подометрии и внутриобувной динамометрии, но и дополнительных методов обследования опорно-двигательной системы, в частности видеоанализа, стабиллографии, электромиографии.

Применение инструментальных биомеханических методов обследования особенно эффективно в случаях уточнения функциональных требований к назначаемому ПОИ, контроля соответствия ПОИ этим требованиям, подгонки ортеза или настройки протеза. Таким образом достигается повышение качества ПОНК конкретного пациента. Сложнее и не всегда результативно применение таких обследований с целью оценки качества работы ортопеда или протезиста, т.к. из общей оценки результатов ПОНК сложно выделить ту составляющую, которая относится именно к работе этого специалиста. С подобной проблемой сталкиваются и при оценке отдаленных результатов использования ПОИ, т.к. за этот период на состояние нижней конечности могли влиять различные факторы, в т.ч. не относящиеся к протезированию и ортезированию.

Перспективы внедрения инструментальной оценки ПОНК зависят также от разрешения вопроса финансирования биомеханических обследований на этапах изготовления ПОИ, оплачиваемого за счёт средств ФСС.

УДК 617-7

Головин М.А.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ВНЕДРЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ АВТОМАТИЗАЦИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ

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

Golovin M.A

PERSPECTIVE DIRECTIONS OF INTRODUCTION OF ELEMENTS OF AUTOMATION THE MANUFACTURE OF PROSTHETIC-ORTHOPEDIC PRODUCTS

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: протезно-ортопедические изделия, аддитивные технологии, 3D-сканирование, технологический процесс.

Keywords: prosthesis orthopedic products, additive technologies, 3D-scanning, technological process.

Аннотация. Рассмотрены существующие технологии изготовления протезно-ортопедических изделий. Предложены направления автоматизации этапов технологических процессов.

Abstract. Existing technologies of manufacturing prosthetic and orthopedic products are considered. The directions of automation of the stages of technological processes are proposed.

Инвалиды проходят реабилитацию согласно перечню, указанному в их личной индивидуальной программе реабилитации. Реабилитация бывает медицинской, социальной и профессиональной.

Медицинская реабилитация может включать в себя: занятия лечебной физической культурой; механотерапию; протезирование/ортезирование и др.

Протезно-ортопедические изделия включают, но не ограничиваются: корсеты на туловище; ортезы, включая аппараты, туторы и др.; протезы нижних конечностей на различные уровни ампутации (включая повседневные, спортивные, плавательные и др.); протезы верхних конечностей на различные уровни ампутации (включая тяговые, с внешним источником энергии, и др.); вкладные ортопедические изделия (стельки, полустельки, вкладные башмачки); ортопедическую обувь; специальную одежду для инвалидов.

Одним из элементов протеза является приемная гильза – часть конструкции, которая закрепляется на

культе или теле инвалида. Приемные гильзы, как и детали корсетов, ортезов, тугоров, аппаратов изготавливаются по следующим технологиям:

1. гипсовая технология (классическая) – гипс используется для получения моделей (негатива, позитива). После доработки позитива по нему формируется нагретый до высокой температуры пластик;

2. безгипсовая технология индивидуальная – негатив получают путем 3D-сканирования тела или части тела инвалида. Полученный по нему позитив дорабатывается путем 3D-моделирования и изготавливается из вспененного материала на станке с числовым-программным управлением. После этого происходит формование по позитиву нагретого до высокой температуры пластика. Также возможно изготовление конечного изделия по технологии 3D-печати;

Безгипсовая технология устраняет недостатки гипсовой: вес позитива не превышает нескольких кг, появляется возможность повторения изделия, появляется возможность проведения анализа заложенных доработок и изменений, конструктивных решений [1]. Применение технологии смешанной реальности с обратной связью (MR) позволяет специалисту прочувствовать, как изменяется позитив в процессе моделирования. Недостатком данной технологии по-прежнему является человеческий фактор – специалисту необходим опыт работы для моделирования эргономичных ПОИ.

Проводимые исследования показали высокую трудность автоматизации процессов изготовления ПОИ. Изготавливаемое опытным специалистом ПОИ может подойти инвалиду со второй или третьей примерки.

В ходе изучения возможности автоматизации был определен факт изготовления индивидуальных ПОИ после предварительного ознакомления инвалида с устройством, которое он планирует использовать. Данный этап протезирования или ортезирования происходит как путем использования макета ПОИ (например, с целью оценки инвалидом веса изделия, эргономичности), так и с применением MR: инвалид погружается в смешанную реальность, где может использовать ПОИ (оценка инвалидом функциональных особенностей).

Этапы изготовления ПОИ, которые могут автоматизированы:

сканирование;

постановка диагноза с вероятностным соотношением;

моделирование позитива;

моделирование ПОИ;

изготовление ПОИ (несерийное).

Автоматизация сканирования включает разработку программно-аппаратного комплекса, который будет устанавливать пациента или часть тела пациента в необходимое положение в зависимости от результатов тестов, выполняемых перед сканированием, производить сканирование, регистрацию давления и др., обрабатывать скан.

При накоплении базы данных появится возможность алгоритмизации процессов моделирования позитивов и ПОИ, а также работа с системами глубокого машинного обучения.

Список литературы

1. Анализ применения 3D-технологий в протезно-ортопедической отрасли / М.А. Головин, Ю.Б. Голубева, Н.В. Марусин // Медицинская техника. В печати.

УДК 616-08-039.73 (615.468.293: 615.81)

Субботин Ф. А.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Академия терапевтического тейпирования, г. Москва.

Subbotin Fidel Aleksandrovich

THE THERAPEUTIC TAPING IN THE MEDICAL REHABILITATION OF DISEASES OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM

Academy of therapeutic taping, Moscow

Ключевые слова: ортезирование, терапевтическое тейпирование, медицинская реабилитация.

Аннотация: Статья посвящена новому методу динамического ортезирования – терапевтическому тейпированию и его применению в практике медицинской реабилитации. Описаны лечебные эффекты, показания, противопоказания и методики выполнения процедур, а также совместимость с другими лечебными факторами, возрастные ограничения и факторы, влияющие на эффективность метода. Главное достоинство нового лечебно-реабилитационного метода – простота и эффективность применения в медицинской реабилитации, высокая экономическая эффективность.

Key words: orthotics, therapeutic taping, medical rehabilitation.

Abstract: the article is devoted to the therapeutic taping as a new method of dynamic orthotics and its application in the

practice of medical rehabilitation. Therapeutic effects of therapeutic taping, indications, contraindications and techniques are described, as well as its compatibility with other medical factors, age limits and the factors influencing the effectiveness of the method. The main advantage of this new treatment and rehabilitation method is simplicity and effectiveness of medical rehabilitation, high economic efficiency.

Ортезирование – нефармакологический метод медицинской реабилитации при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, заключающийся в сохранении или восстановлении функции поражённых сегментов с помощью ортезов (ορθός – прямой, правильный). Ортезы можно разделить на статические и динамические. Статические ортезы выполняют стабилизирующую и корригирующую функцию в поражённом суставе. Динамические ортезы предотвращают избыточную подвижность суставов, сохраняют контролируемый объём движений при выполнении различных лечебных, бытовых и профессиональных действий. Основные эффекты применения ортезов в реабилитации заболеваний опорно-двигательного аппарата – уменьшение боли, улучшение проприоцепции (мышечно-суставного чувства), перераспределение нагрузки. Ортодинамическая коррекция динамическими ортезами применяется с целью разгрузки суставов и перераспределения биомеханических осей.

Терапевтическое тейпирование – лечебно-реабилитационный метод, применяемый в лечении и реабилитации заболеваний опорно-двигательного аппарата и нервной системы. Метод является вариантом динамического ортезирования, осуществляемого с помощью эластичных и жёстких лейкопластырей. Применяемая концепция ОРТОДИНАМИКА (ορθός – прямой, правильный; δύναμις – сила, мощь) и использование синдромно-патогенетического подхода позволяют унифицировать большинство методов терапевтического тейпирования.

Лечебные эффекты: увеличение межтканевого пространства над областью применения путём поднятия фасции и мягких тканей; активация микроциркуляции в коже и подкожной клетчатке; направление выпотов в лимфатические сосуды; уменьшение болевого синдрома; выравнивание фасциальных тканей; улучшение проприоцепции через усиление стимуляции кожных механорецепторов; нормализация функции суставов.

Основной принцип применения терапевтического тейпирования – нацеленность на отдельные, наиболее уязвимые для данных заболеваний синдромы.

Показания: острые, подострые и хронические воспалительные заболевания периферической нервной системы, в т.ч. неврологические проявления остеохондроза позвоночника, дегенеративно-дистрофические заболевания суставов и позвоночника в стадии обострения и нестойкой ремиссии (остеохондроз, бурсит, периартрит, тендовагинит, разрыв связок), посттравматические болевые синдромы, мышечно-фасциальные болевые синдромы, гематомы и отёки различного происхождения (травма, ХВН, лимфоэдема).

Противопоказания: индивидуальная непереносимость, аллергическая реакция на клей, заболевания кожи, в том числе онкологические, ксеродерма, открытые раны и трофические язвы в месте аппликации, первый триместр беременности, пациенты с системными заболеваниями кожи и ее травмами, склонность к образованию волдырей, микротравм, кровоподтеков, тромбоз глубоких вен нижних конечностей.

Параметры действующего фактора: применяют следующие техники коррекции: механическая, фасциальная, послабляющая, функциональная, лимфатическая, связочно-суставная. Используются эластичные и жёсткие лейкопластыри, что позволяет реализовать различные техники коррекции.

Аппаратура, реализующая метод: эластичные и жёсткие лейкопластыри, состоящие из следующих слоев: основы (хлопковой или синтетической ткани), эластичного слоя и гипоаллергенного клея, активизирующегося при температуре тела.

Методика выполнения процедур: эластичный лейкопластырь (тейп) можно наклеить в нерастянутом или растянутом виде; используют I, Y и X-образные полоски, веерообразные полоски и полоски с отверстием. При применении нерастянутого тейпа перед его наклеиванием поврежденная мышца и кожа над ней растягиваются, затем после наклеивания тейпа кожа, мышцы и связки укорачиваются, в результате этого образуются волнообразные складки комплекса «кожа + тейп». Применение жёстких тейпов позволяет создать «дубликатуру» повреждённых связок, тем самым поддерживая травмированный участок.

Дозирование процедур: воздействие дозируется как степенью натяжения тейпа, так и комбинацией жёстких и эластичных тейпов. Степень натяжения задается пространственным положением сегмента тела, на который выполняется аппликация тейпа. По времени воздействие дозируется от нескольких часов до нескольких суток в соответствии с клиническими задачами.

Совместимость с другими факторами: возможно совместное использование терапевтического тейпирования с медикаментозными и немедикаментозными методами лечения, преимущественно с кинезиотерапией, компрессионной терапией, криотерапией и т.д. Не следует рассматривать терапевтическое тейпирование как монотерапевтическую технику в лечении и реабилитации пациентов.

Возрастные ограничения: пожилой возраст с чувствительной, слабой кожей.

Факторы, влияющие на эффективность: эффективность возрастает с увеличением двигательной активности.

Осложнения: аллергическая реакция.

Список литературы

1. Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия. – К.: Куприянова О.О., 2004.- 384 с.
2. Пяйнаппел Г., Петер К., Руководство по медицинскому тейпированию // Verhaag печати из Нидерландов, 2012 г.
3. Субботин Ф. А. Пропедевтика функционального терапевтического кинезиотейпирования. Монография. - Н.- Новгород: «Ридо-Принт», 2014.- 191 стр. 232 ил.
4. Субботин Ф. А. Терапевтическое тейпирование в консервативном лечении миофасциального болевого синдрома. Монография. М.: ООО «БукиВеди», 2015, -286 стр.:
5. Физическая и реабилитационная медицина: национальное руководство / Под ред. Г. Н. Пономаренко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - (Серия «Национальные руководства»).
6. Djordjevic O.C., Vukicevic D., Katunac L., Jovic S. Mobilization with movement and kinesiotope compared with a supervised exercise program for painful shoulder: results of a clinical trial. J Manipulative PhysiolTher. 2012 Jul;35(6):454-63. clinical trial
7. Kalron A., Bar-Sela S. A systematic review of the effectiveness of Kinesio Taping: fact or fashion? European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 2013 Oct;49(5):699-709 systematic review

УДК 616.711:615.825.65.

Андрияшек Ю.И.

ИННОВАЦИОННАЯ МЕТОДИКА ВЫТЯЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ БАССЕЙНЕ ФГБУ ВС «КРЫМ» МО РФ

ФГБУ «Военный санаторий «Крым» Минобороны РФ, Республика Крым, г.Алушта

Andriyashchek Y.I.

INNOVATIVE METHOD OF TRACTION OF THE SPINE IN THERAPEUTIC POOL

Sanatorium "Krym", Republic of Crimea, Alushta

Ключевые слова: инновационная методика; аквапояс «Акваатонус»; подводное вытяжение позвоночника; люмбагия.

Keywords: innovative metho; aqua belt "Aquatonus"; underwater spine traction; low back pain.

Аннотация. Для проведения инновационной методики вытяжения позвоночника нами впервые был использован новый аквапояс «Акваатонус». Процедура у 45 пациентов с хронической люмбагией проводилась согласно Патенту РФ на изобретение №2541464 «Способ пассивного подводного вертикального вытяжения позвоночника». Анализ результатов комплексного санаторно-курортного лечения показал значительное улучшение самочувствия и выраженную положительную динамику клинических симптомов.

Abstract. For carrying out innovative methods of traction of the spine was first used a new aqua belt "Aquatonus". The procedure in 45 patients with chronic low back pain was conducted according with Russian Patent №2541464 "Method of passive underwater vertical traction of the spine". Analysis of the results of complex sanatorium treatment showed a significant improvement in health and positive dynamics of clinical symptoms.

Для проведения инновационной методики вытяжения позвоночника нами впервые был использован новый аквапояс «Акваатонус» (Россия, СПб), как современное средство гидрокинезотерапии для поддержания пациента в вертикальном положении на глубокой воде лечебного бассейна. Аквапояс «Акваатонус» сконструирован таким образом, что он, как корсет охватывает нижнюю часть грудной клетки и поддерживает позвоночник, а нижняя часть туловища и ноги пациента провисают, обеспечивая вытяжение в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Анатомический контур аквапояса обеспечивает широкую поддержку спины, что очень важно для пациентов с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника. Благодаря высокой спинке аквапояса «Акваатонус» постоянно наклоняет тело вперед из вертикального положения в воде, тем самым, повышая тонус и укрепляя мышцу, выпрямляющую позвоночник.

Процедура проводилась согласно Патенту РФ на изобретение №2541464 «Способ пассивного подводного вертикального вытяжения позвоночника», которым предусмотрено поддержание тела пациента в вертикальном положении, не касаясь дна ногами, на глубокой воде терапевтического бассейна с помощью аквапояса, позволяющего одновременно выполнять физические упражнения [1]. Разработанный нами метод подводного вертикального вытяжения позвоночника является пассивным, то есть осуществляется без грузов – под тяжестью собственного тела, благодаря чему исключаются осложнения при проведении процедур и расширяется круг пациентов среднего и старшего возраста.

Во время вытяжения позвоночника пациент выполняет специальные физические упражнения в воде лечебного бассейна, направленные на разгрузку позвоночника, а также для укрепления мышц, которые его поддерживают. Процедура проводится групповым методом в лечебном бассейне с температурой морской воды 28-30°C и длится 45-50 минут. Курс лечения составляет 8-12 процедур.

За апрель-май 2017 года нами было проведено лечение 45 больных с дорсопатией в виде синдрома хронической люмбалгии, обусловленной остеохондрозом позвоночника. Возраст пациентов составлял от 35 до 70 лет, из них 35 женщин и 10 мужчин. Анализ результатов комплексного санаторно-курортного лечения свидетельствует, что у больных, прошедших полный курс пассивного подводного вертикального вытяжения позвоночника по предложенной нами инновационной методике, отмечалась выраженная положительная динамика клинических симптомов. Непосредственные результаты лечения проявлялись в виде уменьшения выраженности болевого синдрома и объективной неврологической симптоматики, увеличения объема активных движений и улучшения двигательных показателей в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. У большинства пациентов наблюдалось снижение избыточного веса. Осложнений заболевания во время курса лечения отмечено не было.

Разработанная нами инновационная методика обеспечивает качественное повышение эффективности лечения и позволяет проводить не только подводное вытяжение позвоночника, но и укрепление «мышечного корсета позвоночника». За счет использования нового отечественного аквапояса «Акватонус» и группового метода проведения процедур достигается экономическая эффективность санаторно-курортного лечения пациентов с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника. В дальнейшем открывается перспектива использования данной инновационной методики в проведении реабилитации после операций удаления грыжи межпозвоночного диска.

Список литературы

Способ пассивного подводного вертикального вытяжения позвоночника/ Андрияшек Ю.И. – Патент РФ №2541464, 2014.

УДК 617-089

Разумовский М.И.¹, Разумовская А.М.², Кожушко Л.А.¹, Коровянский Ю.А.¹, Гашина О.В.¹

СОСТОЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ОФТАЛЬМОПРОТЕЗИРОВАНИЕ

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург

² ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, Санкт-Петербург

Razumovskiy M.I.¹, Razumovskaya A.M.², Kozhushko L.A.¹, Korovyanskiy YU.A.¹, Gashina O.V.¹

STATE OF MEDICO- SOCIAL STATUS OF THOSE, WHO TRANSFERRED OPHTHALMO-PROSTHETICS

¹ Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

² The Federal State Budgetary Institution «Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, Saint-Petersburg

Ключевые слова: офтальмопротезирование, медико-социальный статус.

Keywords: ophthalmoprosthesis, medico-social status.

Аннотация. Монокулярное зрение особенно при отсутствии глаза является тяжелой физической, психологической и моральной травмой. При этом значительно осложняется адаптация человека к окружающей среде, ограничивается и возможность выбора профессии, утрачиваются ранее приобретенные профессиональные навыки. В связи с этим, определение медико-социального статуса, ранняя профориентация, протезирование орбиты, психокоррекция имеют чрезвычайно важное значение для интеграции лиц с анофтальмом и остро возникшим монокулярным зрением, в общество.

Abstract. The monocular sight especially in the absence of eye is severe physical, psychological and moral injury. In this case the adaptation of man to the environment considerably is complicated, is limited the possibility of the selection of profession, they lose the earlier acquired professional habits. In connection with this, the determination of medico- social status, early professional orientation, prosthetics of orbit, psycho-correction have extremely important significance for the integration of the persons with the anophthalmus and sharply arisen by monocular sight, into the society.

В комплексном обследовании по изучению клинико-социальных факторов, влияющих на качество жизни лиц, перенесших офтальмопротезирование, приняли участие 56 человек с данной патологией [2,3].

В возрастной структуре преобладали лица трудоспособного возраста – 57,1%, из них от 18 до 29 лет – 17,9 %, от 30 до 39 лет – 7,2%, от 40 до 49 лет – 16,0 %, от 50 до 59 лет – 16,0%.

Гендерное распределение обследованных показало, что 60,7 % были лица мужского пола.

По уровню образования большинство обследованных лиц имели среднее и средне-специальное образование - 64,2%, высшее образование имели 19,7%, незаконченное среднее – 16,1%. 10,7% пациентов на момент обследования являлись учащимися средних и высших учебных учреждений.

Основной причиной потери глаза явились травмы органа зрения, в 25,0 % случаев - злокачественные опухоли, в 12,5 % - терминальная глаукома [1].

Исследование показало, что большинство обследованных 78,6 % были признаны инвалидами, при этом 37,5% имели III группу инвалидности, 28,6% - II группу, 7,1 % - I группу [4].

У 17,9% пациентов после энуклеации прошло менее 1 года, у 21,4% -от года до 3-х лет. Как показали исследования именно эти пациенты и предъявляли больше всего жалоб различного характера, что свидетельствует о неполной адаптации к дефекту и протезу .

Большую роль в плане компенсации косметического дефекта играло состояние после операционной культи. У 75% обследованных конъюнктивальная полость имела удовлетворительные параметры : полость орбиты с глубокими сводами была у 17,9 %, с мелкими у 7,1 %. У большинства обследованных 62,5 % культи располагалась центрально и имела равномерно-округлую форму. У 17,9 % культи была гладкая, но неравномерная, что затрудняло последующее протезирование орбиты. Почти у всех пациентов была достаточно выражена подвижность послеоперационной культи и только у 7,1 % подвижность ее была слабая. Птоз верхнего века различной степени выраженности обнаружен у 17,9 % обследованных. Необходимо отметить, что качеством проведенной хирургической операции были удовлетворены 78,6 % пациентов. Недовольны качеством операции оставались 7,1 % пациентов. Анализируя результаты протезирования, следует отметить, что более половины обследованных 58,9 % были протезированы в первые месяц, после удаления глазного яблока- 39,3 % в первые 6 месяцев и только 3,6 % пациентов протезированы в более поздние сроки. При этом 64,3 % обследованным пациентам были установлены стеклянные протезы, 32,1 % - пластмассовые. Наибольшее количество жалоб предъявляли пациенты, которым устанавливались протезы, изготовленные из пластмассы. Эти пациенты ощущали дискомфорт, чувство инородного тела вследствие возникающих аллергических реакций [5].

Приведенные данные будут полезны при формировании программ усовершенствования офтальмопротезирования.

Список литературы

- Чеглаков Ю.А., Лясковик А.Ц. Формирование опорно-двигательной культи с имплантацией эластичного эксплантовкладыша при энуклеации. Офтальмохирургия, N 1, 1997, С.62-66.
- Вериго Е.Н., Харлмпиди М.П., Пряхина И.А., Лаврентьева Н.В. Нормативно-правовые аспекты глазопротезирования. Офтальмология. М. Том 8. № 3, 2011, С.70-73.
- Гундорова Р.А., Вериго Е.Н., Садовская Е.П., Харлмпиди М.П. Вопросы эпидемиологии и реабилитации лиц с анофтальмом на территории РФ. Вестн. офтальмол. №3. 2007. С.42-43.
- Савченко Т.Н., Головина Г.М. Субъективное качество жизни: подходы, методы оценки, прикладные исследования. М.: Изд-во «Институт психологии РАН». 2006.
- Разумовский М.И. Кожушко Л.А., Колюка О.Е., Гашина О.В., Гордиевская Е.О., Суворова Т.К., Кузьмина И.Е. Качество жизни лиц перенесших офтальмопротезирование. Методическое пособие. СПб., Изд. «Знак». 2012. 67с.

УДК 617.3

Гайдук А. А.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ОДА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

Gaiduk A. A.

NON-RADIATION DIAGNOSTIC METHODS FOR REHABILITATION TREATMENT OF FUNCTIONAL DISORDERS OF ODA IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: оптическая топография, стабилотрия, опорно-двигательный аппарат, функциональные нарушения у детей и подростков.

Аннотация

Нелучевые технологии обследования являются неинвазивной, безопасной методикой диагностики нарушений опорно-двигательного аппарата (ОДА) у детей и подростков. Они дают возможность оценки эффективности лечебных мероприятий направленных на стабилизацию биомеханического баланса тела ребенка. К нелучевым диагностическим методам мы относим компьютерно-оптическую топографию и стабилотрию.

Key words: optical topography, stabilometry, musculoskeletal system, functional disorders in children and adolescents.

SUMMARY

The purpose of the study: to prove that non-radiation instrumental diagnostic technologies can detect and control the rehabilitation treatment of features of functional disorders of the spine, pelvis, foot and balance of the patient's posture.

Materials and methods.

The study involved 988 children and adolescents of school age (from 12 to 17 years), of which 372 boys and 616 girls. All patients had functional abnormalities of the OD (pelvic distortions, asymmetry of the "triangles" of the waist, spacing of the scapula, strengthening or smoothing of kyphosis and / or lordosis, longitudinal and (or) transverse flatfoot, displacement of the total body weight).

Annotation

Non-radiation survey technologies are a non-invasive, safe technique for diagnosing locomotor system disorders in children and adolescents. They provide an opportunity to assess the effectiveness of therapeutic measures aimed at stabilizing the biomechanical balance of the child's body.

Non-radiation diagnostic methods include computer-optical topography and stabilometry, which allow to objectively evaluate the effectiveness of rehabilitation measures, differentiate therapeutic gymnastics and manual methods of influence depending on the type of violation of posture in the frontal and (or) sagittal planes, longitudinal or transverse flatfoot.

Цель исследования: доказать, что с помощью нелучевых инструментальных диагностических технологий можно выявлять и контролировать реабилитационное лечение особенностей функциональных нарушений позвоночника, таза, стоп и баланса позы пациента.

Материалы и методы.

В исследовании приняли участие 988 детей и подростков школьного возраста (от 12 до 17 лет), из них 372 мальчика и 616 девочек. Все пациенты имели функциональные нарушения ОДА (перекосы таза, асимметрию «треугольников» талии, разностояние лопаток, усиление или сглаживание кифоза и (или) лордоза, продольное и (или) поперечное плоскостопие, смещение общего центра массы тела).

После проведения нелучевой диагностики с помощью компьютерной оптической топографии мы выбрали тактику дальнейшего реабилитационного лечения. Для этого мы оценивали пять наиболее значимых параметров нарушения осанки: перекося таза во фронтальной плоскости; максимальное боковое отклонение линии остистых отростков вправо или влево; максимальный угол кифоза и лордоза в сагиттальной плоскости.

Стабилометрия выполнялась в статическом положении, где мы так же, для выбора тактики дальнейшего реабилитационного лечения, оценивали четыре наиболее значимых параметра нарушения со стороны стоп и баланса тела подростков: опоропредпочтение во фронтальной и сагиттальной плоскости; точка максимального давления стопы (слева или справа); величину усредненного давления стопы (слева или справа).

Сканирование стоп позволяло визуально подтверждать нарушения со стороны рельефа подошвенной поверхности стоп, производить их измерения с пометками и комментариями к ним, а так же давало возможность заказывать, как разновысокие стельки-супинаторы, так и обычные стельки с учетом выявленных нарушений.

Мы выявили пациентов имеющих нарушения осанки в сочетании с функциональными нарушениями со стороны стоп на фоне перекося таза, бокового искривления позвоночника и нарушения баланса туловища во фронтальной плоскости:

Функциональный сколиоз 1-й степени на фоне перекося таза влево у 470 человек (216 мальчика, 254 девочки);

Функциональный сколиоз 1-й степени на фоне перекося таза вправо у 122 человек (58 мальчиков, 64 девочки)

Плоско-вальгусную установку стоп у 620 подростков (375 мальчиков, 414 девочки).

Специалисты (ортопеды, врачи ЛФК, бальнеологи, мануальные терапевты) принимавшие участие в реабилитационном лечении детей и подростков с нарушениями ОДА не только объединены полученным диагностическим результатом - паспортом осанки пациента, но могут оценить результативность проведенного ими лечения.

Данные нелучевые диагностические методики позволили нам своевременно принимать соответствующие меры по организации реабилитационного лечения нарушений ОДА у подростков.

Выводы:

Применение нелучевых инструментальных методик для диагностики состояния ОДА у детей и подростков информативно и не вызывает сомнений в их объективности. Они позволяют специалистам различного профиля подбирать реабилитационный алгоритм профилактики и лечения с учетом полученных инструментальных данных, а так же наблюдать за процессом восстановления нарушенной осанки ребенка в динамике в условиях амбулаторного центра.

УДК 617. 57-77, 617. 58-77

Белянин О.Л., Гордиевская Е.О.

МОДЕЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ)*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург*

Belyanin O.L., Gordievskaya E.O.

A COMPREHENSIVE ASSESSMENT MODEL OF THE UPPER EXTREMITY PROSTHETIC RESULTS BY USING INTERNATIONAL CLASSIFICATION ON FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF)*Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg**Ключевые слова: инвалид, протезы, МКФ, эффективность, верхние конечности, комплексная оценка.**Keywords: person with disabilities, upper extremity, prosthetics, efficiency, comprehensive assessment, ICF.**Аннотация: достаточно полное и правильное представление о качестве протезирования верхней конечности может быть получено только с использованием комплексного метода на основе МКФ.**Abstract: it is enough full and correct belief about quality of the prosthesis to upper limb can be received only with use the complex method on base ICF.*

Комплексная оценка результатов протезирования верхней конечности (ВК) необходима в силу роста разнообразия, сложности конструкций и функциональности протезов, что увеличивает также и сложность оценки их реабилитационной эффективности. Игнорирование мнений всех участников реабилитационного процесса (инженеров и техников, врачей-протезистов, биомехаников, физиологов, психологов, эргономистов, дизайнеров, экономистов, социологов) уменьшает его эффективность и не позволяет оценить протез ВК как биотехническую систему, а также совершенствовать его с учётом потенциала инвалида. Это обеспечивает его адаптацию к среде жизнедеятельности и ежедневное применение протеза. Поэтому необходима система комплексной оценки результатов протезирования, с учётом мнений всех участников на «жизненном цикле» протеза. Система обеспечивает применение новых «инструментов» исследования, показателей и критериев оценки, развивая технологии реабилитации, выявляя её трудности и предлагая способы их преодоления с оценкой качества жизни в социуме. Сюда входит технико-биомеханическое сопряжение и контроль соответствия возможности инвалида, информация о работе протеза в реальных условиях, подробный самоотчёт инвалидов о функциональности, комфортности, востребованности протеза в быту и труде и изменении качества жизни. В качестве системообразующего фактора целесообразно использовать МКФ [1]. Она позволяет осуществлять многофакторную междисциплинарную оценку эффективности протеза ВК и корректное сравнение данных от участников процесса реабилитации, центров и стран. Применение многих методов и их сочетаний, актуальных для этапной задачи реабилитации в каждом конкретном случае при индивидуальном подходе к пациенту является основным её принципом [2].

Например, базовыми биомеханическими свойствами системы «ВК-протез» являются: манёвренность, грузоподъёмность, скорость движений и точность позиционирования кисти к объекту; оптимальность и устойчивость траекторий движений в рабочей зоне, а также производительность системы по числу операций в единицу времени. Оценка проводится по динамике количественных и качественных показателей эффективности выполнения тестов манипулятивных задач. На последнем этапе оцениваются самоотчеты пациентов о качестве протезирования для быта и труда и качестве жизни.

Цель: определить валидность предлагаемой модели комплексной оценки результатов протезирования верхней конечности на базе МКФ. Исследования проведены у 26-ти инвалидов, использующих тяговые протезы, после ампутаций ВК на различных уровнях. Они разделены на 2 основные группы: с ампутациями на уровне предплечья и плеча вплоть до его вычленения, внутри которых выделены подгруппы уровней. Методы: модель представлена в форме набора опросниковых и инструментальных методов оценки всех показателей биотехнической системы «инвалид-протез ВК» в динамике её «жизни» (клинических, технических, эргономических, биомеханических, психологических, физиологических, социологических).

Показано, что этапное применение метода комплексной оценки результатов протезирования ВК на базе МКФ позволяет наиболее полно и точно определить все достоинства и недостатки протезирования, а также предложить «инструменты» их коррекции с повышением качества жизни.

Таким образом, оценка эффективности протезирования ВК должна производиться на основе комплексной многоэтапной процедуры диагностики с участием инвалида и различных специалистов в области реабилитации. При этом наиболее результативным является подход с использованием МКФ как системообразующего фактора.

Литература:

МКФ - Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. - Женева: ВОЗ, 2001. - 342 с.
Light, C. M., P. H. Chappell, and P. J. Kyberd. 2002. Establishing a standardized clinical assessment tool of pathologic and prosthetic hand function: Normative data, reliability, and validity. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 83 (6):776-83. Epub 2002/06/06.

УДК 611.738.3: 617. 3.587-77

Белянин О.Л., Бузов Г.Н., Большаков В.А.

**ФОРМИРОВАНИЕ ВХОДНОГО СИГНАЛА СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ
СТОПОЙ БИОНИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА ГОЛЕНИ**

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

O.L.Belyanin, G.N.Burov, V.A.Bolshakov

**SHAPING THE INPUT SIGNAL MANAGERIAL SYSTEM BY FOOT BIONICAL
PROSTHETIC DEVICE SHANK**

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: инвалид, протезы, стопа, суставы, углы сгибания.

Keywords: disabled, prosthetic devices, foot, knee joints, corners correlation.

Аннотация: для управления стопой протеза предлагается использовать сигналы о параметрах сгибания в коленном суставе.

Abstract: for governing foot prosthetic device is offered use the signals about flexion parameters in the knee joint.

Системы управления (СУ) искусственной стопой протезов голени, использующих биоэлектрические входные сигналы (БЭС) от её мышц являются наиболее естественными как бионическая модель. Структура БЭС мышц голени для различных режимов ходьбы сохраняется и после ампутаций до уровня верхней её трети (культи 8-10 см). Однако при высоких ампутациях голени (культи менее 5 см) получить надёжный входной БЭС в СУ стопой протеза обычно не удаётся. Это не позволяет выбрать должный клиренс переноса конечности в ходьбе, создавая риск зацепления стопы за грунт сложного рельефа, Компенсация же ограничений подвижности стопы создаётся гиперлюксацией в других суставах с развитием опорного перекося и хромоты. Поэтому нами рассматривается возможность формирования СУ ею через канал использования преобразованных в электросигнал угловых перемещений $[\pm\alpha^\circ(t)]$ в коленном суставе (КС), сопряжённых с движениями стопы в ходьбе. От датчика, расположенного в области сохранённого КС или коленного шарнира (КШ) протеза бедра, канал передаёт сигнал в СУ стопы.

Цель: определить возможность использования $[\alpha^\circ(t)]$ КС как входного сигнала в СУ стопой протеза голени при высоких ампутациях. Методы: синхронно регистрировались $[\pm\alpha^\circ(t)]$ в КС и ГСС (гониограммы) по фазам локомоторного цикла. Для анализа направления движений в суставах определялись «нейтральные» 0-положения КС при полном выпрямлении и ГСС при исходном $\alpha^\circ=90^\circ$. Регистрация сгибания в КС устанавливалась однонаправленно с тыльным сгибанием в ГСС. Фазы ходьбы определялись по электроподограмме. По синхронным сопоставлениям направления и объёма $[\pm\alpha^\circ(t)]$ в суставах строились кросскорреляционные функции $[\pm R(t)]$ по фазам за период локомоторного цикла. Задачи: проанализировать $[\pm R(t)]$ структур гониограмм КС и ГСС в различных режимах ходьбы в норме и их деформации при высокой ампутации голени; выявить соотношения $[\pm\alpha^\circ(t)]$ КС и ГСС по фазам активного и пассивного движения в ГСС. Исследовано 12 здоровых лиц и 18 инвалидов после ампутаций голени на уровне верхней трети с культёй не более 6 см. На фазо-временных диаграммах синхронно представлялись $[\pm\alpha^\circ(t)]$ КС и ГСС, $[\pm R(t)]$, фазы активного и пассивного движения стопы в ГСС и подограммы за период цикла шага.

Показано, что обе волны структуры $[\alpha^\circ(t)]$ КС однополярны и монотонны с различными амплитудами и периодами. Движения же в ГСС находятся в сложных фазовых отношениях с $[\alpha^\circ(t)]$ КС, что обусловлено семантикой движений голени и стопы в ходьбе. В начале опоры на пятку следует быстрая тыльная экстензия в ГСС до полного прислаивания стопы к опоре. Синхронно начинает развиваться противофазное амортизационное подгибание в КС с $R=-0,86$. Прислаивание стопы занимает 30% этой фазы в КС и быстро сменяется полярной пассивной тыльной флексией, которая занимает 70% фазы сгибания в КС с $R=0,83$ и всю фазу его распрямления с $R=-0,78$ до повторных полярных изменений направлений движений в суставах. Эта точка является кардинальной. После неё КС и ГСС вновь переходят в противофазы с активным тыльным разгибанием стопы и с развитием заднего опорного толчка до её отрыва от опоры. Это занимает 78% периода противофазного сгибания в КС с $R=-0,88$. В этой точке наблюдается вновь резкая активная тыльная флексия стопы и реверс с совпадением ($R=0,97$) направлений движений в КС до момента максимума его флексии. Это занимает 22% периода до начала разгибания. От этой точки направления движений в КС и ГСС вновь противоположны с $R=-0,87$, что занимает 52% периода разгибания в КС. Во второй половине

этого периода стопа достигает максимального тыльного сгибания в ГСС и удерживает его до конца периода переноса, в котором КС вновь полностью разгибается, снижая R до $R=0,08$. В период удержания R возрастает до $R=0,98$. Это позволяет, используя квантование гониограммы $[\alpha^{\circ}(t)]$ КС по минимальной амплитуде и по кардинальным точкам фаз цикла провести её обратное преобразование в гониограмму $[\alpha^{\circ}(t)]$ ГСС в соответствии с $R(t)$ для формирования входного сигнала в СУ стопой протеза. После ампутации голени структура гониограммы в КС хотя и модулируется в соответствии с видом протеза и режимом ходьбы, но сохраняет полностью свои элементы. В качестве датчика $[\pm\alpha^{\circ}(t)]$ КС используется тензорезистор в гибкой подпружиненной оболочке. СУ, приводы стопы и источник питания монтируются в гильзе протеза голени. Программа управления строится на основе нормативной $[\alpha^{\circ}(t)]$ КС с модуляциями по скорости и рельефу на основе следящих систем.

УДК 678+67.017+67.02+ 67.05+67.06+681.6-3+681.6-4+681.6-6

Бойко А.А.

АДДИТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОТЕЗИРОВАНИИ И ОРТЕЗИРОВАНИИ

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

Войко А.А.

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: аддитивные технологии, протезирование, ортезирование, реабилитация

Keywords: additive technologies, prosthetics, orthotics, rehabilitation

Аннотация.

В данной статье изложены преимущества методов аддитивного производства по отношению к традиционным методам изготовления ортезов и протезов. Так же в данной статье перечислены примеры успешного применения аддитивных технологий российскими и зарубежными компаниями и перспективные направления применения аддитивных технологий в ортезировании и протезировании.

Abstract.

This article describes the advantages of additive production methods in relation to traditional methods of manufacturing orthoses and prostheses. Also in this article are listed examples of successful application of additive technologies by Russian and foreign companies and promising areas of additive technologies application in orthotics and prosthetics.

История развития протезирования насчитывает около 3000 лет. Первым известным протезом считается протез первого пальца ноги, принадлежащий древнеегипетской дворянке, который был изготовлен в период 950-710 гг. до н.э. Почти все три тысячелетия протезы изготавливались из дерева, кожи и металла, зачастую вручную. Вместе с развитием технологий менялся и внешний вид протезов, появлялись более прочные и легкие материалы, развивалась металлургия, в середине 19 века были открыты производства первых пластмасс, развивалась промышленная химия, появлялись композитные материалы.

На ускорение и повышение качества производимой продукции повлияло создание и разработка станков с числовым программным управлением, а также автоматизация производства. До недавнего времени абсолютное большинство производственных технологий работало по принципу удаления лишнего материала из заготовки для придания ей необходимой формы.

Каждую деталь возможно изготовить двумя методами: либо удалить из заготовки лишний материал, либо добавить к существующему материалу новые части. Второй метод и называется аддитивным, от английского слова «add» — добавлять. С понимания альтернативного процесса создания деталей и началось развитие 3D печати.

Преимуществом аддитивных технологий является возможность изготовления уникальных деталей и структур, включающих в себя полости, поры, ячеистые структуры, облегченные, прочные, стерилизуемые, имеющие бионический дизайн, прозрачные. И это лишь небольшой список возможных свойств изготавливаемых изделий, которые может предложить 3D печать.

Аддитивные технологии нашли свое применение и в протезировании, и ортезировании. Развитие программного обеспечения и систем трехмерного сканирования, в том числе создания трехмерных образов КТ и МРТ, позволило создавать точные индивидуальные изделия.

Для понимания перспективных направлений рассмотрим уже реализованные в мире проекты по изготовлению ортопедических изделий аддитивными методами.

Компания Shaperecrunch выпускает индивидуальные ортопедические стельки, изготовленные по технологии FDM (технология послойного наплавления) с учетом индивидуальных особенностей пациента по 3D изображению стоп и назначению специалиста.

Компания Podfo производит полустельки, которые осуществляют коррекцию положения стопы в динамике. Технология изготовления – SLS - выборочное лазерное спекание полиамидных порошков.

Команда Cyber (Университет Мичигана, Stratasys, Altair Engineering) разработала ортез для стабилизации паралитической стопы.

Университет технологий Суинберна, Австралия, разработал напечатанный модуль стопы для протезирования нижней конечности.

Технологический институт Монтерей, Мексика, разработал технологию проектирования культеприемных гильз для различных уровней ампутации, которые изготавливаются по технологии SLS.

Компания UNIQ, Америка, разработала технологию проектирования корригирующих корсетов, облегченных и прочных, производство которых возможно благодаря все той же технологии SLS.

Открытый проект Dextrus позволяет любому желающему распечатать на бытовом 3D принтере тяговый протез кисти.

Медицинский центр Ноттингема, Англия, использует стереолитографическую печать для создания мастер-моделей отсутствующих частей мягких тканей лица для дальнейшего создания силиконовых косметических оболочек.

Компания Cranial Technologies изготавливает краниальные шлемы для коррекции асимметрии костей черепа у детей аддитивными методами.

Компания Frupp Design используя новейшую технологию HD3DP изготавливает косметические глазные яблоки.

Возможности аддитивных технологий открывают новые границы для специалистов в протезировании и ортезировании и способны помочь сократить время и стоимость изготовления сложных деталей, тем самым позволяя обеспечить качественным продуктом большее число нуждающихся.

УДК 617-7

Головин М.А., Голубева Ю.Б.

АНАЛИЗ ФИЗИКО-МЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ МАТЕРИАЛОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В АДДИТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ

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

Golovin M.A., Golubeva Ju.B.

ANALYSIS OF PHYSICO-MECHANICAL PROPERTIES OF MATERIALS USED IN ADDITIVE TECHNOLOGIES OF INDIVIDUAL ORTHOPEDIC PRODUCTS

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: протезно-ортопедические изделия, аддитивные технологии, 3D-печать, материал.

Keywords: prosthesis orthopedic products, additive technologies, 3D-printing, material.

Аннотация. Проведен анализ материалов, используемых при производстве ортопедических изделий по аддитивным технологиям. Определены их технические характеристики. Выбраны материалы, соответствующие требованиям нормативно-технической документации на протезно-ортопедические изделия по своим физико-механическим характеристикам.

Abstract. The analysis of materials used in the manufacture of orthopedic products in additive technologies is analyzed. Their technical characteristics are determined. Materials chosen that meet the requirements of the normative and technical documentation for prosthetic and orthopedic products for their physical and mechanical characteristics are selected.

В настоящий момент в практику реабилитационной индустрии активно внедряются аддитивные технологии, в которых используется широкий спектр материалов. При изготовлении элементов ортопедических изделий подбор этих материалов должен осуществляться с учетом медицинских показаний к назначению ортопедических изделий при деформациях опорно-двигательного аппарата.

Нашей задачей является подбор материалов деталей ортопедических изделий, соответствующих медицинским и техническим требованиям к ортопедическим изделиям.

Медицинские требования к ортопедическим изделиям предъявляются в зависимости от диагноза и варьируются в широких пределах [1].

При проектировании ортопедической обуви, как звена системы «стопа – ортопедическая обувь - окружающая среда», существует ряд задач, которые необходимо решить, а именно:

1) обеспечить компенсацию или восстановление нарушенной (утраченной) функции нижней конечности за счет использования материалов с определенными физико-механическими свойствами;

2) обеспечить комфортный микроклимат во внутриобувном пространстве применением материалов с регламентированными гигиеническими свойствами.

Материалы для аддитивных технологий по своим физико-механическим характеристикам и гигиеническим

качествам должны подбираться в соответствии с требованиями действующей нормативной документации на ортопедические изделия. То есть изделия из этих материалов должны выполнять свое функциональное назначение и не препятствовать нормальному функционированию стопы в обуви. Поэтому, при определении физико-механических показателей и их норм следует руководствоваться требованиями, изложенными в нормативно-технической документации на обувь, ортопедическую обувь и обувные ортопедические изделия. Данные требования предъявляются к изделиям, соответственно, значительную роль при выборе материала имеет конструкция элемента, выполненного из данного материала.

Для решения первой из поставленных задач были проведены статические и циклические испытания изделий на изгиб и остаточную деформацию. Для испытаний были выбраны пластики для 3D-печати – филаменты разных марок различных производителей. По результатам испытаний установлено, что часть материалов по своим свойствам не пригодна для изготовления элементов индивидуальных ортопедических изделий. Большая часть материалов, которые прошли испытания, относится к гибким пластикам, а именно: термопластический эластомер (термоэластопласт), термопластический полиуретан.

Выводы. Выбраны материалы, по своим свойствам соответствующие поставленной задаче. Они могут быть рекомендованы для аддитивных технологий ортопедических изделий. Данные материалы будут испытаны на соответствие медицинским и гигиеническим требованиям.

Список литературы

Конструирование и технология ортопедической обуви. Практическое пособие // ISBN 5-7443-00323-5 / Санкт-Петербург, 2016.

УДК 617-7

Головин М.А.

РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ 3D-ПЕЧАТИ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ

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

Golovin M.A.

TECHNOLOGICAL PROCESS AT 3D-PRINTING OF PROSTHETIC ORTHOPEDIC PRODUCTS

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: протезно-ортопедические изделия, аддитивные технологии, 3D-печать, технологический процесс.

Keywords: prosthesis orthopedic products, additive technologies, 3D-printing, technological process.

Аннотация. Разработан типовой технологический процесс изготовления протезно-ортопедического изделия по технологии 3D-печати на примере ортеза.

Abstract. A typical technological process for manufacturing a prosthetic-orthopedic product using 3D-printing technology was developed using the example of orthosis.

Для ускорения реабилитации, а также с целью компенсации ограниченных или утраченных функций применяются протезно-ортопедические изделия (ПОИ). Данные изделия могут как назначаться врачом, так и приобретаться в специализированных магазинах и аптеках.

ПОИ изготавливаются как серийно, так и индивидуально. К серийным изделиям относятся: малосложная ортопедическая обувь, бандажи, фиксаторы и др. К индивидуальным изделиям относятся: приемная гильза протеза, сложная ортопедическая обувь, корсет по типу Шено и др.

Как и в других отраслях промышленности, при изготовлении ПОИ используются различные технологии. Обработки требуют металлические полуфабрикаты, текстиль, каучуковые изделия. Процесс изготовления включает большое количество технологических операций.

В настоящий момент происходит активное распространение 3D-печати. Наиболее распространенные технологии: послойное спекание, послойное наплавление, выращивание из раствора. Наибольшее распространение в широких массах получила технология послойного наплавления.

Для 3D-печати изделий необходимо получить их 3D-модель, адаптировать ее для изготовления по технологии 3D-печати и перевести ее в набор команд для 3D-принтера. Для достижения этих целей может использоваться бесплатное программное обеспечение (ПО), такое как Autodesk Meshmixer, Tinkercad Beta и др. Указанное ПО имеет простой пользовательский интерфейс. Предварительный анализ деятельности детских кружков показал быстрое время обучения детей в возрасте от 7 лет навыкам работы в данном ПО. Моделирование происходит по скану, или путем редактирования готовой модели - она может быть получена из сети интернет путем поиска на интернет-порталах, таких как: Thingiverse, GrabCAD и др.

После моделирования при 3D-печати возникает вопрос о выборе материала. В настоящий момент в России существует 24 производителя пластика для 3D-печати по технологии послойного наплавления, который называется филамент. Филамент должен удовлетворять требованиям прочности, жесткости, пластичности, термопластичности и др., предъявляемым к конечному изделию [1]. Часть производителей представляет на поставляемую продукцию результаты испытаний образцов, изготовленных путем 3D-печати в разных плоскостях: плашмя, на ребре и вверх, что позволяет оценить прочность материалов, но не отражает информацию о других характеристиках филамента. Параметры печати конкретным филаментом сообщаются его производителем.

Пример технологической цепочки:

А) Работа врача:

пациент – 25 лет, мужчина, травма лучезапястного сустава правой руки;

постановка диагноза – перелом шиловидного отростка лучевой кости;

рецепт – фиксация лучезапястного сустава правой руки на срок 4 недели, посещение травматолога-ортопеда 1 раз в неделю.

Б) Работа специалиста по 3D-печати:

выбор объекта печати – ортез на лучезапястный сустав;

получение модели – поиск по базе данных интернет-портала Thingiverse готовой модели ортеза;

обмер лучезапястного сустава по шиловидному отростку лучевой кости и на 10 см проксимальнее и на 5 см дистальнее;

масштабирование модели ортеза в программе Autodesk Meshmixer;

адаптация 3D-модели для изготовления по технологии 3D-печати - не требуется, 3D-печать производится вертикально без поддержек;

выбор пластика – ASA, акрилонитрилстиролакрилатовый пластик;

подбор оборудования – для печати необходимы рабочая зона с минимальными размерами 100x60x150 мм, температура экструзии до 270 градусов, подогрев стола 3D-принтера в диапазоне 100 + минус 10 градусов;

подбор параметров 3D-печати: скорость подачи 40 мм/сек, без обдува, без закрытой камеры, толщина слоя – 0,2 мм; время печати 6 часов;

постобработка готового изделия отсутствует.

В) Работа врача:

установить пациенту ортез;

наблюдать пациента в период лечения.

Список литературы

- Петров В. М. О влиянии структуры на прочность изделий из пластиков, получаемых методом 3D-печати / В. М. Петров, С. Н. Безпальчук, С. П. Яковлев // Вестник Государственного университета морского и речного флота имени адмирала С. О. Макарова. В печати

УДК 617. 617.5, 617.58

Кантемирова Р.К.^{1,2,3}, Суслев В.Г.¹, Бурнос А.А.¹, Щербина К.К.¹,
Фидарова З.Д.¹, Синицын И.В.¹

ЭТАПЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург

² ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ России, Санкт-Петербург

³ Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Kantemirova R.K.^{1,2,3}, Suslyev V.G.¹, Burnos A.A.¹, Shcherbina K.K.¹, Fidarova Z.D.¹, Sinitsyn I.V.

STAGES OF MEDICAL-SOCIAL REHABILITATION IN PRIMARY PROSTHETICS OF DISABLED PERSONS WITHIN THE AMPUTATION OF THE LOWER END

¹ Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

² GBOU HPE SZGMU named after: I.I. Mechnikov, St. Petersburg

³ Saint Petersburg State University, St. Petersburg

Ключевые слова: протезирование конечностей, облитерирующий атеросклероз, сахарный диабет, ампутация нижней конечности

Keywords: legs prosthesis, arteriosclerosis obliterans, diabetes mellitus, amputation of lower limb

Аннотация. Проведен анализ эффективности протезно-ортопедической помощи на разных сроках после

ампутаций у 40 пациентов пожилого и старческого возраста: 11 женщин и 29 мужчин в возрасте от 61 до 87 лет. Из них группа пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей составила 32 человека (80%), сахарным диабетом.

Abstract. *The analysis of the effectiveness of prosthetic and orthopedic care at different times after amputation in 40 elderly and senile patients: 11 women and 29 men aged 61 to 87 years. Of these, a group of patients with obliterating atherosclerosis of the arteries of the lower limbs accounted for 32 people (80%), diabetes mellitus.*

Реабилитация инвалидов с ампутационным дефектом конечностей является актуальной медико-социальной задачей. Протезирование после ампутаций конечностей является составной неотъемлемой частью медико-социальной реабилитации. Для протезно-ортопедической помощи требуется наличие индивидуальной программы реабилитации (ИПРА) и абилитации, разработанной структурой бюро МСЭ.

Целью работы явилось изучение эффективности протезно-ортопедической помощи на ранних сроках после ампутаций, как этапа медико-социальной реабилитации инвалидов пожилого возраста.

Материал и метод исследования: Нами разработаны и внедрены в других реабилитационных центрах, на протезно-ортопедических предприятиях безгипсовые технологии первичного лечебно-тренировочного протезирования после ампутаций голени и бедра для лиц пожилого возраста. Данные конструкции регулируемых приемных гильз для модульных протезов голени и бедра отличаются удобством индивидуальной настройки формы культеприемника из термопластов с эластичными элементами, а также креплений протеза. Проведен анализ эффективности протезно-ортопедической помощи на разных сроках после ампутаций у 40 пациентов пожилого и старческого возраста: 11 женщин и 29 мужчин в возрасте от 61 до 87 лет. Из них группа пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей составила 32 человека (80%), сахарным диабетом – 8 человек (20%). Контрольную группу составили 20 пациентов сопоставимого возраста с ампутацией вследствие травмы. Выявлено, что сроки до начала протезирования после ампутаций нижних конечностей удлиняются до 12 месяцев и более. Даже при отсутствии противопоказаний и безболезненной культе отсутствовала возможность протезирования на ранних этапах, через 1-3 месяца после ампутации, что связано с необходимостью повторного обращения инвалидов для оформления ИПРА, а также с конкурсными механизмами с определением исполнителя протезно-ортопедической помощи и другими проблемами организационного характера. Получены данные во всех группах об усугублении тяжести психосоматического состояния пациентов пожилого возраста после перенесенной ампутации ввиду несвоевременной протезно-ортопедической помощи, в том числе со снижением компенсаторных физических ресурсов, детренированности при вынужденной гиподинамии.

Таким образом, наш опыт первичного лечебно-тренировочного протезирования пожилых пациентов показал целесообразность и эффективность протезно-ортопедической помощи на ранних сроках после ампутаций при отсутствии противопоказаний для благоприятного прогноза восстановления способности к передвижению и самообслуживанию.

Список литературных источников

1. Бурнос А.А., Сердюков С.В., Кантемирова Р.К. Анализ вариабельности сердечного ритма у пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших ампутацию нижних конечностей, на этапе подготовки к протезированию/Ж.: Клиническая геронтология. – СПб., №3-4, 2016. – С.23-28.
2. Золоев Г.К. Облитерирующие заболевания артерий: монография/ Г.К. Золоев. 2-е изд., перераб. и доп. - М.: изд-во «Литерра», 2015. – 480 с.
3. Подготовка и лечебно-тренировочное протезирование инвалидов пожилого возраста с культей голени и бедра. / В.Г. Суслиев, К.К. Щербина, С.Е. Соболев, Р.К. Кантемирова и др.//Методическое пособие. - СПб, 2017. С 75.
4. Подготовка и первичное протезирование инвалидов после ампутации голени и бедра вследствие облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей и сахарного диабета/ ФГБУ СПб НЦЭПР им.Г.А.Альбрехта Минтруда России. – СПб.: ООО «ЦИА-ЦАН», 2015. – 63 с.

УДК 615.1/4

Суслев В.Г., Смирнова Л. М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БЕЗГИПСОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЛЕЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

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

Suslyayev V.G., Smirnova L. M.

EFFICIENCY OF USING PLASTERLESS TECHNOLOGIES FOR PRIMARY PROSTHETICS IN EARLY PERIOD AFTER AMPUTATION OF LOWER LIMB EXTREMITIES

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: ампутация нижних конечностей; технология протезирования; качество реабилитации
Keywords: amputation of lower limb extremities; technology of prosthesis manufacturing and fitting; quality of rehabilitation

Аннотация. Рассматривается проблема сокращения сроков начала первичного протезирования пациентов после ампутации нижней конечности. Обсуждаются результаты применения разработанных нами безгипсовых технологий первичного лечебно-тренировочного протезирования.

Abstract. Discussed problems for shortening of time-period before prosthetics for patients after lower limb extremities amputation. Discussed results of using plasterless technologies for primary prosthetics of elderly disabled persons.

Проблемы первичного протезирования часто связаны с необоснованно длительным периодом начала протезирования и обучения ходьбе после ампутации нижней конечности даже при отсутствии противопоказаний и заживлении культи. Данные проблемы носят, прежде всего, организационный характер из-за многоэтапности и продолжительности оформления индивидуальной программы реабилитации и абилитации пациента [1]. Практическим решением этой проблемы является применение разработанных нами и внедряемых безгипсовых технологий лечебно-тренировочного протезирования, которые могут быть использованы для пациентов не только в условиях стационара, но и амбулаторно.

Одна из таких технологий заключается в изготовлении полноконтактной приёмной гильзы протеза из влагоотверждаемых пластиковых бинтов с использованием полимерного (силиконового) чехла, подобранного для пациента. При невозможности применения полимерных чехлов или использования полноконтактной гильзы для пациента (булавовидная форма культи, неспособность самостоятельного правильного надевания чехла, воспалительные поражения кожи культи, аллергические реакции и др.) мы рекомендуем другую технологию лечебно-тренировочного протезирования. Данная технология заключается в использовании разработанных нами разъемных регулируемых приёмных гильз протезов голени и бедра из термопластов (по типоразмерному ряду).

Для оценки результатов протезирования по этим технологиям пациентам проводились клинические и инструментальные обследования с использованием программно-аппаратных комплексов «ДиаСлед-Скан» и «ПОЗА» [2]. Результаты биомеханических обследований пациентов в начале пользования протезом и после его освоения показали повышение опороспособности протезированной конечности и быстрое формирование двигательного стереотипа ходьбы на протезе с постепенным снижением вынужденного опоропредпочтения на сохранную конечность и её перегрузок. Объективно это подтверждалось снижением дисбаланса нагрузок в опорном контуре стоп и в биокинематической цепи ОДА, а также другими биомеханическими параметрами.

Исследования показали, что существенное значение для успеха протезирования имел предварительный опыт пациента ходьбы с костылями без утраты навыков локомоций в вертикальном положении. В отличие от этого пациенты, которые до лечебно-тренировочного протезирования были вынуждены длительно пользоваться для передвижения только креслом-коляской, испытывали значительные трудности в обучении ходьбе на протезе из-за ухудшения координации позы и движений в вертикальном положении.

Выводы. Использование предложенных технологий позволяет восстановить у большинства пациентов, особенно пожилого возраста, в ранние сроки после ампутации восстановить способность к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, повысить их качество жизни и улучшить реабилитационный прогноз.

Безгипсовые технологии раннего протезирования предназначены для широкого применения в лечебно-профилактических учреждениях, на протезно-ортопедических предприятиях и в реабилитационно-технических центрах.

Список литературы:

Подготовка и первичное протезирование инвалидов после ампутации голени и бедра вследствие облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей и сахарного диабета / ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России [Суслев В.Г., Щер-

бина К.К., Соболев С.Е., Курдыбайло С.Ф., Герасимова Г.В., Янковский В.М., Струкова Н.В., Смирнова Л.М., Гусев М.Г., Крюков А.С.]. – СПб.: ООО «ЦИАЦАН», 2015. – 63 с.

Смирнова Л. М. Технология и системы инструментальной оценки эффективности протезирования и ортезирования нижних конечностей: учеб. пособие. СПб.: Изд-во СПбГЭТУ «ЛЭТИ», 2015. 102 с.

УДК 615.477.22:612.17

Кантемирова Р.К.^{1,2,3}, Бурнос А.А.¹, Поворинский А.А.¹,
Сусляев В.Г.¹, Фидарова З.Д.¹, Зальнова И.А.¹

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И АДАПТАЦИОННЫХ РЕЗЕРВОВ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ АМПУТАЦИЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ

¹ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А.Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург

²ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ России, Санкт-Петербург

³Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Kantemirova R.K.^{1,2,3}, Burnos A.A.¹, Povorinsky A.A.¹, Suslyayev V.G.¹, Fidarova Z.D.¹, Zalnova I.A.¹

EVALUATION OF THE PHYSICAL STATE AND ADAPTATION RESERVES OF THE DISABLED PERSONS OF THE SENIOR AND SENIOR AGE, RESERVED BY THE AMPUTATION OF THE LOWER LIMBS, AT THE STAGE OF PREPARATION FOR PROSTHETICS

¹ Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

² GBOU HPE SZGMU named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg

³ Saint Petersburg State University, St. Petersburg

Ключевые слова: протезирование конечностей, вариабельность сердечного ритма, ручная велоэргометрия, облитерирующий атеросклероз, сахарный диабет

Keywords: legs prosthesis, heart rate variability, manual veloergometry, arteriosclerosis obliterans, diabetes mellitus

Аннотация. На основании обследования пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей и сахарным диабетом приведены данные, основанные на применении функциональной пробы – ручной велоэргометрии с оценкой вариабельности сердечного ритма, для оценки резервных возможностей организма у больных с выполненной ампутацией нижних конечностей, проходящих подготовку к протезированию.

Abstract. The article is devoted to an actual problem in prosthetic disabled elderly people who underwent amputation at hip and thigh about diabetes mellitus and arteriosclerosis obliterans. In this study we perform approbation of a new functional test – manual veloergometry for determination of the main indicators of the exercise tolerance and evaluation of the reserve ability of the organism according to the analysis of heart rate variability for basic cardiovascular systems parameters determination and reserve organism ability assessment in elderly and old patients with legs amputation in stadium of prosthesis preparations.

Реабилитация инвалидов с ампутационным дефектом нижних конечностей (НК) является актуальной медико-социальной задачей. На этапе протезирования важной проблемой является оценка физического состояния инвалидов и их толерантности к нагрузке (ТФН). Отсутствие дозированных двигательных нагрузок, в том числе при обучении ходьбе с костылями, на протезах еще больше повышают риск тромбозов и других тяжелых осложнений основного заболевания. Вопросы протезирования, восстановления способности к самостоятельному передвижению данного контингента пациентов имеют особую актуальность и остроту на фоне полиморбидного состояния у лиц пожилого возраста (ПВ), снижения ТФН при освоении ходьбы на протезах, общей физической слабости.

Целью работы явилось изучение физического состояния и толерантности к нагрузке у инвалидов с ампутационным дефектом вследствие облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей (ОАСНК) и сахарного диабета (СД).

Материал и метод исследования: обследовано 40 пациентов ПВ с ОАСНК и СД: 11 женщин и 29 мужчин в возрасте от 61 до 87 лет. Контрольная группа - 20 пациентов сопоставимого возраста с ампутацией вследствие травмы. Всем пациентам выполнялась ручная велоэргометрия (ВЭМ) с оценкой показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР). Функциональная нагрузочная проба (НП) на основе методики «ручного педалирования» – мануальная ВЭМ была адаптирована для применения у пациентов с ампутированными НК. Для выявления характера адаптивных реакций организма прослеживались изменения физиологических и инструментальных параметров. Регистрацию ЭКГ и оценку ВСР проводили по стандартной методике в исходном состоянии: фоновая запись в течение 30 с. Затем проводилась НП в течение 6 мин с регистрацией ЭКГ и оценкой ВСР.

По результатам НП с оценкой ВСР в группе пациентов с ампутацией вследствие ОАСНК наблюдались существенно более низкие компенсаторные возможности сердечно-сосудистой системы (ССС), чем у группы пациентов с ампутацией по поводу осложнений СД. В покое у больных всех трех групп наблюдается сниже-

ние общей мощности спектра ВСР, что характерно в целом для пациентов ПВ. Однако, только у пациентов с СД выявлено резкое снижение ВСР за счет уменьшения амплитуд всех спектральных компонент. Снижение адаптационных резервов ССС подтверждается также недостаточным увеличением частоты сердечных сокращений (ЧСС) при нагрузке. Иными оказались результаты в группах пациентов с диабетической ангиопатией НК и контрольной группы. Полученные данные мы учитывали в комплексной оценке физического состояния пациентов как один из важных критериев, определяющих индивидуальный реабилитационный потенциал.

Таким образом, у пациентов ПВ, перенесших ампутацию тяжести основной и сочетанной патологии, их значение для процесса протезирования может существенно отличаться. Анализ variability сердечного ритма с НП в виде ручной ВЭМ позволяет более точно оценивать ТФН в условиях, когда необходимо оценить адаптационные резервы, построить тактику ведения пациента. С клинической точки зрения это влияет на выбор группы двигательной активности, сроки и сложность протезирования.

Список литературных источников

- Бокерия Л.А., Бокерия О.Л., Волковская И.В. Variability сердечного ритма: методы измерения, интерпретация, клиническое использование. *Анналы аритмологии*. 2009; 4: 21-32.
- 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.
- Глезер М.Г., Бойко Н.В., Абилюдинова А.Ж. Влияние пола и возраста на variability ритма и структурно- функциональные показатели сердца у больных с артериальной гипертонией. *Клиническая геронтология*. 2007;9: 9-15.
- Подготовка и лечебно-тренировочное протезирование инвалидов пожилого возраста с культей голени и бедра. / В.Г. Суляев, К.К. Щербина, С.Е. Соболев, Р.К. Кантемирова и др.//Методическое пособие. - СПб, 2017. С 75.
- Swaminathan A., Vemulapalli S., Patel M.R., Jones W.S. Lower extremity amputation in peripheral artery disease: improving patient outcomes. *Vasc Health Risk Manag*. 2014; 10: 417-424.

УДК 617-7

Пономаренко Г.Н.¹, Головин М.А.¹, Петров В.М.², Безпальчук С.Н.², Яковлев С.П.³

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРМОПЛАСТОВ ДЛЯ 3D-ПЕЧАТИ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ

¹ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда РФ,

²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный архитектурно-строительный университет»,

³ФГБОУ ВО «Балтийский государственный технический университет «ВОЕНМЕХ» им. Д.Ф. Устинова», Санкт-Петербург

Ponomarenko G.N.¹, Golovin M.A.¹, Petrov V.M.², Bezpal'chuk S.N.², Yakovlev S.P.³

FILAMENTS FOR 3D-PRINTING APPLICATION FOR PROTHESIC ORTHOPEDIC PRODUCTS MANUFACTURING PROSPECTS

¹ Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg,

² Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Saint Petersburg State University of Architecture and Civil Engineering",

³ Baltic State Technical University «VOENMEH» named after D.F. Ustinov, St. Petersburg

Ключевые слова: протезно-ортопедические изделия, материалы, термопласты, аддитивные технологии, прочность, долговечность.

Keywords: prosthesis orthopedic products, materials, thermoplastics, additive technologies, strength, durability.

Аннотация. Цель настоящей работы – сопоставление эксплуатационных характеристик протезно-ортопедических изделий из термопластичных материалов, изготавливаемых методом механо-вакуумного формования и аддитивным способом. Результаты сравнения можно считать основанием для вывода о пригодности применения в данной области технологии 3D-печати послойным наплавлением термопластов при нынешнем уровне её развития.

Abstract. In this work operational parameters of prosthesis and orthopedic products fabricated from thermoplastics by mechanical vacuum shaping and filaments such as ABS, SBS and PETG by fused deposition modeling 3D-printing technology are compared. We view results as basis for conclusion about filaments and 3D-printing technology applicability, and possible ways of its development.

В настоящее время для производства протезно-ортопедических изделий (ПОИ) используются различные полимеры, как термопласты, так и реактопласты. Актуально заменить аддитивными технологиями отдельные уже существующие технологические процессы [1].

Динамично развивающиеся современные аддитивные технологии можно считать универсальными; тем не менее, проведенные эксперименты [2] показывают существенное влияние:

- 1) физико-механических характеристик сырья полимерной проволоки (филамента);
- 2) технологических режимов и факторов самого процесса наращивания функциональных слоев, в конеч-

ном итоге определяющих эксплуатационные характеристики изделия.

Среди основных технологических факторов можно выделить:

плотность заполнения объёма;

геометрические формообразующие характеристики (толщины оболочки и внутренней структуры заполнения, особенности алгоритма построения сопряжений внутренней структуры с приповерхностным слоем);
теплофизические характеристики аддитивного процесса (температура подаваемого расплава, скорость подачи расплава и скорость перемещения печатающей головки);

влияние внешних параметров окружающей среды в зоне формирования изделия (в первую очередь, на затвердевание расплава), условия когезии и адгезии слоев, качества филамента и др.

Корректный, комплексный учет перечисленных факторов позволяет изготавливать изделия с заданными эксплуатационными свойствами, которые обладают необходимой несущей способностью, долговечностью как при статических, так и при динамических циклических нагрузках, а также способных работать в широком диапазоне температур, влажности, под влиянием широкого спектра солнечной радиации и т.д.

Проведенный анализ существующих научных исследований других авторов в области аддитивных технологий и собственные результаты исследований [2, 3] показывает, что технология изготовления изделий из термопластов нуждается в тщательной комплексном подходе, включающем в себя анализ закономерностей влияния различного рода технологических факторов на показатели качества изделий, разработку методов управления указанными показателями за счёт назначения рациональных режимов обработки, а также методов и методологии механических испытаний, стандартизации и метрологического обеспечения.

В рамках изложенного комплексного подхода предполагается проведение сравнительных экспериментов с целью сопоставления эксплуатационных характеристик изделий, изготавливаемых традиционными способами [4], и изделий, получаемых с помощью аддитивных технологий: шин для аппаратов и стелек, а также экспериментальное определение свойств материалов.

Список литературы

1. Анализ применения 3D-технологий в протезно-ортопедической отрасли / М.А. Головин, Ю.Б. Голубева, Н.В. Марусин // Медицинская техника. В печати.
2. Петров В. М. О влиянии структуры на прочность изделий из пластиков, получаемых методом 3D-печати / В. М. Петров, С. Н. Безпальчук, С. П. Яковлев // Вестник Государственного университета морского и речного флота имени адмирала С. О. Макарова. В печати
3. C. Lee Ventola. Medical Applications for 3D Printing: Current and Projected Uses //Pharmacy and Therapeutics. Vol. 39. № 10, 2014. Pp. 704 – 711
4. Конструирование и технология ортопедической обуви. Практическое пособие // ISBN 5-7443-00323-5 / Санкт-Петербург, 2016

УДК 617.58-77

Суслев В.Г., Янковский В.М., Щербина К.К.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ ГОЛЕНИ И БЕДРА

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

Suslyayev V.G, Yankovsky V.M. Shcherbina K.K.

ACTUAL QUESTIONS OF ORGANIZATION OF PRIMARY PROSTHETICS FOR DISABLED PERSONS AFTER AMPUTATION OF LOWER LIMB EXTREMITES

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: лечебно-тренировочный протез, раннее протезирование, программа реабилитации.

Keywords: therapeutic prosthesis, early prosthetics, program of rehabilitation .

Аннотация: тезисы посвящены проблемам первичного протезирования после ампутации нижних конечностей на ранних этапах. Предложена медицинская технология раннего протезирования после ампутации нижних конечностей.

Abstract: The theses are devoted to the problems of primary prosthetics after amputation of the lower limbs in the early stages. Presented medical technology of early prosthetics after amputation of the lower extremities.

Протезирование после ампутаций конечностей является составной неотъемлемой частью медико-социальной реабилитации, поэтому задачи первичного протезирования сравнимы с задачами оказания первичной медицинской специализированной помощи. Количество ампутаций нижних конечностей у инвалидов пожилого возраста вследствие осложнений облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей и сахарного диабета неуклонно растет. Вопросы восстановления способности к самостоятельному передвижению, протезирование данного контингента пациентов имеют особую актуальность и остроту на фоне полиморбидного состояния лиц пожилого возраста, осложнений основного и сопутствующих заболеваний,

снижения толерантности к физическим нагрузкам при освоении ходьбы на протезах, общей физической слабости, ишемии культи и сохранной конечности, психоэмоциональной лабильности, угнетения когнитивных функций и др. Для оказания протезно-ортопедической помощи требуется наличие разработанной структурой бюро МСЭ индивидуальной программы реабилитации и абилитации, включая лиц, имеющих инвалидность. Потребность повторного обращения инвалидов для оформления ИПРА, а также конкурсные механизмы с определением исполнителя протезно-ортопедической помощи и другие проблемы организационного характера делают невозможным протезирование на ранних этапах, через 1-3 месяца после ампутации, даже при отсутствии противопоказаний и безболезненной культе. Поэтому сроки до начала протезирования удлиняются до 12 месяцев и более, после ампутаций нижних конечностей. Тяжесть психосоматического состояния пациентов после перенесенной ампутации усугубляется и отсутствием протеза из-за несвоевременной протезно-ортопедической помощи, в том числе со снижением компенсаторных физических ресурсов, детренированности при вынужденной гиподинамии. Отсутствие дозированных двигательных нагрузок, в том числе при обучении ходьбе с костылями, на протезах еще больше повышают риск тромбозов и других тяжелых осложнений основного заболевания.

В нашем Центре используются разработанные нами и внедряемые в других реабилитационных центрах, на протезно-ортопедических предприятиях безгипсовые технологии первичного лечебно-тренировочного протезирования после ампутаций голени и бедра для лиц пожилого возраста. Данные конструкции регулируемых приемных гильз для модульных протезов голени и бедра отличаются удобством индивидуальной настройки для пациента формы культеприемника из термопластов с эластичными элементами, а также креплений протеза. В течение нескольких лет успешно используются изготовленные нами приемные гильзы в виде типоразмерного ряда. Наш опыт первичного лечебно-тренировочного протезирования пожилых пациентов показал целесообразность и эффективность протезно-ортопедической помощи на ранних сроках после ампутаций при отсутствии противопоказаний и заживлении культи для благоприятного прогноза восстановления способности к передвижению и самообслуживанию.

Список литературы:

В.Г.Суслев, В.М.Янковский, К.К.Щербина и др. Подготовка и лечебно-тренировочное протезирование инвалидов пожилого возраста с культей голени и бедра/ Метод. рекомендации – СПб, 2017. -87 с.

УДК 617.58-77

Суслев В.Г., Янковский В.М.

ИННОВАЦИОННЫЕ БЕЗГИПСОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПЕРВИЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЭКСПРЕСС-МЕТОДАМИ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ ГОЛЕНИ И БЕДРА

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

Suslyayev V.G., Yankovsky V.M.

INNOVATIVE PLASTERLESS TECHNOLOGIES OF PRIMARY PROSTHETICS BY EXPRESS METHODS AFTER AMPUTATION OF THE LOWER LIMB EXTREMITIES

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: лечебно-тренировочный протез, безгипсовая технология, программа реабилитации.

Key words: therapeutic prosthesis, gypsum technology, program of rehabilitation

Аннотация: Тезисы посвящены раннему протезированию пожилых пациентов с использованием современных безгипсовых технологий изготовления лечебно-тренировочных протезов.

Abstract: The theses are devoted to the early prosthetics of elderly patients with the use of modern plasterless technologies for the manufacture of therapeutic prostheses.

Традиционное изготовление протезов после ампутации нижних конечностей предусматривает определенный цикл технологических операций: изготовление гипсового негатива, позитива, приемной гильзы, сборка протеза. Одним из наиболее ответственных и сложных является этап изготовления гипсового негатива с культи конечности и дальнейшая обработка гипсовой модели или позитива. Данные операции являются трудоемкими, с большим расходом материалов и требует высокой квалификации техника-ортопеда. Кроме того, гипсотехнические работы плохо переносятся пациентами пожилого возраста, так как связаны с длительным нахождением в вынужденном вертикальном положении в момент гипсотехнических работ и примерок.

В связи с этим в ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А.Альбрехта разработаны и применяются две методики изготовления лечебно-тренировочных протезов нижних конечностей, при которых этап гипсотехнических работ отсутствует.

Суть первой методики заключается в использовании приемных гильз максимальной готовности с изменяющимися объемными размерами. За счет изменяющегося внутреннего периметра гильзы возможна достаточно точная подгонка культеприемника в соответствии с объемными размерами культи, что обеспечивает комфортное ношение протеза с возможностью самостоятельной регулировки пациентом.

При помощи регулировочно-соединительных устройств (РСУ) приемная гильза легко соединяется с любыми узлами протеза (коленный модуль, стопа). Время изготовления и настройки такого протеза занимает не более часа. При этом не требуется высокой квалификации персонала. Учитывая простоту и надежность предложенной технологии, ее можно применять в периоде раннего протезирования, непосредственно после заживления послеоперационной раны.

Суть второй методики заключается в использовании силиконовых чехлов и влагоотверждаемых полиуретановых бинтов для изготовления индивидуальной полноконтактной приемной гильзы. Первоначально пациенту подбирается силиконовый чехол в соответствии с размерами культи. Поверх него циркулярно, по типу колосовидной повязки, накладывают смоченный в воде влагоотверждаемый бинт. Одновременно производится моделирование формы будущей приемной гильзы. После отверждения бинтов негатив удаляется с культи, его края обрезаются ножницами по гипсу. После примерки полученной таким образом приемной гильзы выполняется сборка протеза по принятой технологии.

Предложенная технология также проста в применении и не требует особых трудозатрат и оборудованной мастерской

Принимая во внимание, что в раннем послеоперационном этапе у пациентов, как правило, еще не оформлена индивидуальная программа реабилитации, предложенные методики раннего лечебно-тренировочного протезирования могут стать альтернативой протезно-ортопедическим изделиям, которые изготавливаются за счет фондов социального страхования.

Список литературы:

1. Золоев. Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечностей/ М., Литтерра, 2015 – 480 с.
2. Лечебно-тренировочное протезирование на этапах реабилитации инвалидов с ампутированными дефектами голени и бедра: метод. пособие / ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А.Альбрехта Минтруда России. – СПб., Издательство «Знак». 2013 – 57 с.

УДК 617-7

Марусин Н.В., Скимонт Е.И.

МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ ОБУВНЫХ КОЛОДОК ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОБУВИ

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

Marusin N.V., Skirmont E.I.

METHODS OF CONTROL SHOE LASTS FOR ORTHOPAEDIC FOOTWEAR

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: 3D-сканирование, ортопедические колодки, протезно-ортопедические изделия, ортопедическая обувь.

Key words: 3D scanning, orthopedic lasts, prosthesis and orthopedic products, orthopedic shoes.

Аннотация. Цель работы – разработка метода контроля параметров ортопедических колодок и создание их электронной базы на протезно-ортопедических предприятиях.

Abstract. Development of a method monitoring parameters of an orthopedic lasts and the creation of an electronic database for prosthetic and orthopedic manufactory.

Актуальность: в связи с изменением структуры протезно-ортопедической отрасли и отсутствии кураторской деятельности, которую осуществлял Уфимский завод металлических и пластмассовых изделий в части производства ортопедических колодок, возникла необходимость в систематизации обувной оснастки и приведении её в соответствие с действующей нормативно-технической документацией. А также, в настоящее время отсутствует инструмент объективной оценки качества протезно-ортопедических изделий. Это позволяет специалистам протезно-ортопедической отрасли пренебрежительно относиться к вопросам рационального выбора конструкций ортопедической обуви, что ухудшает ортопедическое обеспечение пациентов с деформациями, дефектами и заболеваниями стоп.

Целью предлагаемой работы является создание электронного каталога ортопедических колодок посредством трехмерного сканирования и разработка методики построения контрольных шаблонов колодок, которые в дальнейшем могут быть использованы для оценки функциональных свойств обуви, изготавливаемой по этим колодкам.

Методы исследования: известно, что параметры колодок для пошива обуви на среднестатистическую стопу заложены в ГОСТ 3927 «Колодки обувные». При производстве обуви конкретному пациенту с параметрами стоп, не соответствующими норме, подбор колодок затруднен. Разрешить эту проблему поможет методика контроля параметров ортопедических колодок.

Математическое описание формы обувной колодки вне компьютерной среды трудоемко и включает в себя ряд интегральных исчислений. Однако, благодаря развитию трехмерного сканирования и 3D-моделирования необходимость в этих расчетах отпадает. Благодаря использованию средств вычислительной техники возможно получить контрольные шаблоны колодок, проверить их на соответствие ГОСТ и при необходимости откорректировать.

Выводы: проведенная работа позволит провести динамический анализ и оценку состояния парка ортопедических колодок, и сформулировать рекомендации по их применению в зависимости от вида и степени деформации стоп.

Создание единого электронного каталога ортопедических колодок послужит основанием для разработки алгоритма рационального выбора конструкции ортопедической обуви, включая оснастку для ее изготовления, рекомендуемую при конкретных деформациях стоп.

УДК: 617.3; 687.1; 004

Волкова В.М., Смирнова Л.М.

ДИСТАНТНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ НА МЕСТАХ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ОДЕЖДЫ: ОПЫТ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

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

Volkova V.M., Smirnova L.M.

DISTANT TECHNOLOGY OF PROVIDING DISABLED PEOPLE ON THE PLACES OF FUNCTIONAL-AESTHETIC CLOTHES: EXPERIENCE, PROBLEMS, PROSPECTS

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: реабилитация, инвалид, одежда, компьютерные технологии, интернет.

Keywords: rehabilitation, disabled, clothing, computer technology, Internet.

Аннотация. Представлена разработанная и апробированная на практике дистантная технология изготовления специальной одежды для инвалидов, живущих в различных регионах России.

Abstract. Presented developed and tested in practice, a distant technology of manufacture special clothing for disabled people living in various regions of Russia.

45 лет назад в Ленинградском НИИ протезирования (ныне – ФГБУ «ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России) было положено начало развитию нового научно-практического направления реабилитации инвалидов с помощью функционально-эстетической одежды (ФЭО). Это направление стало приоритетом нашей страны и получило признание как в России, так и за рубежом. Самостоятельное управление такой одеждой осуществляется либо за счет компенсаторных движений, выполняемых инвалидом взамен утраченных функций опорно-двигательного аппарата, либо за счет специальных приспособлений и конструктивных элементов одежды.

В 1991 г. ФЭО для безруких была впервые отнесена к протезно-ортопедическим изделиям, выдаваемым за счет средств из федерального бюджета. Однако лишь немногие пациенты могли воспользоваться ФЭО из-за отдаленности их проживания, существенных финансовых затрат для оплаты их приезда в центр изготовления одежды с сопровождающими лицами.

В 1990 г. для разрешения этой проблемы нами была предложена идея создания дистантной технологии: изготовления ФЭО на специализированном предприятии и обеспечения всех нуждающихся в ней инвалидов по месту их проживания. Такое решение поддержал «Департамент по вопросам реабилитации и социальной интеграции инвалидов Минтруда и соцзащиты РФ». Для реализации этой технологии было организовано сотрудничество между Центром им. Г.А. Альбрехта и малым предприятием - ООО «ДиаСервис» г. Санкт-Петербурга.

Уже к 2000 году в ООО «ДиаСервис» были разработаны и созданы два типа программно-аппаратных комплексов (ПАК) для дистантной технологии: ПАК «Сервис» - для измерения фигур инвалидов, формирования заказов на ФЭО, передачи их по интернет; ПАК «Дизайн» - для импорта этих заказов, проектирования по ним индивидуальных чертежей и лекал кроя одежды, по которым изделие изготавливается в виде полуфабриката максимальной готовности, чтобы потом его можно было отправить заказчику (на ПрОП) для его

окончательной подгонки по разработанной нами инструкции. Возможности ПАК позволяют создавать географически распределённую сеть кабинетов для приёма заказов на одежду от инвалидов. Для изготовления таких полуфабрикатов ФЭО на базе Центра им. Г.А. Альбрехта в 2004 г. был создан экспериментально-производственный (швейный) участок.

Апробация дистантной технологии проводилась с 2005 г. по 2008 г., на базе нашего Центра и ООО «Диа-Сервис» с участием трех ПрОП. Было изготовлено 50 изделий и подтверждена перспективность дальнейшего развития дистантной технологии. Применение такой технологии оправданно именно для инвалидов, тем более, в столь большой по территории стране, как Россия. Однако такие события прошлого, как реорганизация Минтруда России, вынужденный переход Центра им. Г.А. Альбрехта в ведение Минздрава России, стали преградой для дальнейшего внедрения этой технологии в жизнь.

В настоящее время производство ФЭО, к сожалению, не подлежит лицензированию, что провоцирует недобросовестных некомпетентных предпринимателей участвовать в государственных торгах и аукционах ради извлечения прибыли, производя для инвалидов вместо ФЭО обычную одежду.

Заключение. На наш взгляд, чтобы прекратить дискредитацию направления реабилитации инвалидов с помощью ФЭО и возродить его на должном уровне, следует:

- организовать Центр автоматизированного проектирования лекал кроя индивидуальных изделий ФЭО по электронным заказам на неё;
- в различных регионах страны создать и оснастить сеть кабинетов (например, на базе ПрОП) для приёма от пациентов заказов на изготовление ФЭО, оформления и передачи по сети интернет (в центр проектирования ФЭО) электронных заказов на неё с размерными признаками фигуры инвалида и выбранной им модели одежды;
- подготовить к работе по дистантной технологии соответствующих проектировщиков ФЭО и изготовителей её полуфабрикатов;
- организовать систему авторского надзора и контроля качества ФЭО по отдалённому доступу с участием Центра им. Г.А. Альбрехта – родоначальника создания ФЭО для инвалидов и держателя патентов на её конструкции.

Поднятая проблема, как нам представляется, может быть решена только при государственной поддержке.

УДК: 617.3; 687.1

Волкова В.М. *, Смирнова Л.М. *, Хит Г.Х. **

ПРИНЦИПЫ РАЗРЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПОМОЩЬЮ ОДЕЖДЫ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ: ИСТОРИЯ, ТЕОРИЯ, ПРАКТИКА

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

** Школа Протезирования и Ортезирования Университета г. Салфорда, У.К.

Volkova V.M., * Smirnova L.M., * Heath G.H. **

PRINCIPLES OF SOLVING THE PROBLEM OF REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE WITH THE HELP OF CLOTHES IN RUSSIA AND ABROAD: HISTORY, THEORY, PRACTICE

* Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

** Directorate of Prosthetics and Orthotics, University of Salford, U.K.

Ключевые слова: опорно-двигательная система, инвалид, реабилитация, адаптация, одежда, технические средства реабилитации.

Keywords: locomotive system, disabled, rehabilitation, adaptation, clothes, technical means.

Аннотация. В исторической ретроспективе представлены принципы разрешения проблемы социально-бытовой реабилитации физических инвалидов с помощью одежды в России и за рубежом на основе изучения материалов отечественных и зарубежных публикаций.

Abstract. In the historical retrospect, various principles of the approach to resolving the problem of household rehabilitation and social adaptation of various groups of people with disabilities through clothing in Russia and abroad are presented on the basis of studying the materials of domestic and foreign publications.

Введение / Цель. Во всем мире наблюдается тенденция к разработке различных технических средств реабилитации (ТСР) для лиц с дефектами и заболеваниями опорно-двигательного системы. Одним из таких ТСР является одежда. Однако не все специалисты обладают адекватным представлением о значимости такой одежды для инвалида, требованиях к её конструкции, существующих подходах к решению этой проблемы у нас и за рубежом. Считаем целесообразным кратко осветить данную проблему с позиции истории, теории

и накопленного нами опыта.

Результаты. Среди общего контингента инвалидов наиболее тяжелой категорией являются лица с врожденными или приобретенными дефектами рук, особенно в их проксимальных отделах. Недостаточная функциональность коротких культи, а тем более их отсутствие, не позволяют инвалидам, несмотря на их протезирование, эффективно пользоваться обычной одеждой, эксплуатация которой рассчитана на физические возможности здоровых людей.

Изучение истории вопроса показало, что только события первой (1914–1918 гг.) и второй (1939–1945 гг.) мировых войн, приведшие к появлению физической инвалидности массового масштаба, побудили врачей и инженеров выдвинуть идею реабилитации безруких с помощью одежды. Практическая реализация этой идеи включала 3 направления: 1 - модификация обычной одежды путем наделения ее различными приспособлениями для застегивания/расстегивания; 2 - разработка специальных устройств-вешалок для надевания/снятия одежды; 3 – применение специального мочеотводящего устройства, прикрепляемого к внутренней стороне брюк. Последнее предложение особо обозначило остроту данной проблемы и натолкнуло последователей на поиски более совершенных путей для ее разрешения.

Критическое осмысление этих подходов привело к иному - системному уровню понимания обсуждаемой проблемы и комплексному ее разрешению. Одежду стали не приспособлять, а создавать как часть биотехнической системы «инвалид – ТСП – одежда» с учетом возможностей каждой из составляющих этой системы для их согласованного взаимодействия.

Родоначальником нового научно-практического направления по разработке специальной одежды как функционального устройства для безруких, начиная с 1972 г., стал Ленинградский НИИ протезирования (ныне - ФГБУ «ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России). В итоге были сформулированы требования, предъявляемые к специальной одежде для безруких, и разработаны теоретические основы её создания. Она стала именоваться нами как функционально-эстетическая одежда (ФЭО). На базе теоретических изысканий были разработаны: ТУ 9396-049-53279025-2012 «Одежда специальная для инвалидов. Общие технические условия»; ГОСТ Р 54408-2011 «Одежда специальная для инвалидов. Общие технические условия»; ГОСТ Р 55639 – 2013 «Услуги по изготовлению специальной одежды для инвалидов. Требования безопасности». В результате для инвалидов (взрослых и детей) предложены разнообразные, не имеющие аналогов в мировой практике, конструкции ФЭО, прошедшие успешную апробацию в России, Англии (г. Салфорд) и США (г. Бостон). В нашей стране, в отличие от этих зарубежных стран, она выдается инвалидам бесплатно, начиная с 1991 г. (Приказ МСО РФ «35 от 15.02.1991 г.).

На данный момент как в России, так и за рубежом наибольшее внимание уделяется созданию специальной одежды для лиц с непропорциональным телосложением (дварфизм) и колясочников. Причём внимание уделяется преимущественно внешнему оформлению их одежды, нередко в ущерб её функциональности, что может быть даже опасным для инвалида. Что касается безруких, для них как и раньше пытаются лишь приспособлять одежду.

Заключение. На наш взгляд, при создании ФЭО следовало бы учитывать накопленный нами опыт в Центре им. Г.А. Альбрехта, чтобы избежать ошибок некомпетентности в этом вопросе и их негативных последствий для инвалидов.

УДК 617.3

Мезенцева Е.А.

МЕЖДУ АМПУТАЦИЕЙ И ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ: РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕШАЕТ ВСЁ

ООО «ОТТО БОКК - ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА», Москва

Mezentseva E.A.

BETWEEN AMPUTATION AND PROSTHETIC FITTING: REHABILITATION IS A KEY POINT

“ОТТОВОСК - ORTHOPEDIC TECHNIQUE” LLC, Moscow

Ключевые слова: ранняя реабилитация, ампутант, реабилитация, протезирование

Keywords: early rehabilitation, amputee, amputation, prosthetic fitting.

Аннотация. В данном докладе освещаются мероприятия по качественной и своевременной реабилитации пациентов и влияние данных факторов на скорость интеграции людей с инвалидностью в современное общество.

Abstract. This report highlights activities related to qualitative and timely rehabilitation of patients and the impact of these activities on the integration of people with disabilities into modern society.

Качественная и своевременная реабилитация пациентов после ампутации нижних конечностей, позволяет сократить сроки интеграции людей с инвалидностью в общество и способствует их скорейшему возвраще-

нию к работе и активной деятельности, в том числе:

1. Ранняя реабилитация после ампутации
2. Обучение ходьбе на протезе
3. Снятие психологических барьеров

По данным разных авторов, в России ежегодно проводится порядка 11–12 тысяч высоких ампутаций нижних конечностей. Ампутация конечности – крайняя мера оперативной хирургии, на которую врачи идут коллегиально ради спасения жизни пациента. После успешно проведенной операции пациент и хирург расстаются, чаще навсегда [1].

Рекомендации некоторых врачей о том, что протезироваться нужно не ранее, чем через 6 месяцев, а то и не ранее года, зачастую не оправданы и отнюдь не обоснованы. При отсутствии противопоказаний реабилитацию после ампутации нижней конечности – с прицелом на дальнейшее протезирование – необходимо начинать уже в ранний постоперационный период в стационаре.

В первую очередь, помимо основных медицинских мероприятий, нужно уменьшать отек культи, продолжать ее формирование, проводить профилактику контрактур суставов и гипотрофии мышц. Лечение положением, занятия лечебной гимнастикой, бинтование культи, организация двигательного режима дня в целом – уже на ранних сроках очень помогают в этих вопросах [2]. В настоящее время при выписке из стационара пациент получает некоторые рекомендации и переходит под наблюдение врачей по месту жительства. Однако ему полезнее было бы пройти реабилитацию в специализированном учреждении, занимающемся подготовкой таких пациентов к протезированию.

Для успешного пользования протезом и обучения правильной и красивой ходьбе на нем нужна достаточная сила всех крупных и средних мышечных групп. Особенно важно развивать мышцы спины, ягодиц, мышц здоровой и оперированной ног, брюшного пресса. Для каждого пациента необходимо разработать специальную программу тренировок, выполнять которую он должен ежедневно. Если реабилитационная программа была качественной и рекомендации добросовестно выполнялись пациентом, сроки освоения симметричной и ровной ходьбы на протезе заметно сокращаются.

Не стоит недооценивать и психологическую составляющую комфортного самоощущения пациента. Не секрет, что большинству людей не нравится избыточное внимание незнакомцев на улицах, обращенное на какую-либо их особенность. Поэтому, избавление от порочной походки – это важный момент психологической реабилитации. Многие пациенты с ампутацией нижней конечности теряют работу в связи с произошедшими в их жизни событиями. А при устройстве на новую сталкиваются с тем, что при собеседовании на хромоту обращают внимание чуть ли не в первую очередь.

Таким образом, ампутация и последующая реабилитация – весьма непростой процесс, требующий определенных временных затрат. Активное восстановление в первые два-три месяца после ампутации помогает хорошо подготовить пациента к протезированию и не позволяет ему снижать собственную активность. Именно этот период во многом определяет успешность той стороны протезирования, которая зависит от пациента.

Благодаря возможностям современного модульного протезирования, подкрепленным качественной программой реабилитации, пациенты с ампутациями нижних конечностей получают возможность вернуться к своему привычному образу жизни и любимым занятиям: они ходят на работу, водят автомобиль, занимаются физкультурой и спортом, воспитывают детей, ездят на велосипеде или мотоцикле, путешествуют по миру и просто радуются жизни.

Литература:

- [1]. Баумгартнер Р. Ампутация и протезирование нижних конечностей. / Р. Баумгартнер, П. Ботта // Пер. с нем. к. м. н. А. В. Низового; Под ред. А. Н. Кейера, М.: Медицина, 2002.
- [2]. Андриевская Д. О. Медицинская подготовка и протезирование после ампутации бедра в верхней трети / Д. О. Андриевская // Вестн. гильдии протезистов-ортопедов. 2003. — № 2(12).

УДК 61.378.048.2+46.04 +617.57-77+617-089.844

Помников В.Г., Андриевская А.О., Бесаев Г.М., Николаев В.Ф.,
Орешков А.Б., Владимирова О.Н.

КОНЦЕПЦИЯ ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ В ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ

ФГБУ ДПО «СПбИУВЭЖ» Минтруда России, С-Петербург, Россия

Pomnicov V.G., Andrievsky A.O., Besaev M. G., Nikolaev V. F., Oreshkov A.B., Vladimirova O. N.

THE CONCEPT OF LEARNING PROFESSIONALS WORKING IN PROSTHETIC AND ORTHOPEDIC INDUSTRY

FGBU DPO "SPb Institute for Advanced Training of Physician-experts" of the Ministry of labor of Russia", St. Petersburg, Russia

Ключевые слова: обучение, ортопедия, протезирование, реабилитация.

Keywords: education, orthopedics, prosthetics, orthotics, rehabilitation.

Аннотация. На основе почти 45 летнего опыта преподавания травматологии и ортопедии с основами протезирования и ортезирования специалистами СПбИУВЭЖ разработана современная концепция обучения травматологов-ортопедов, работающих в медицинских отделах и стационарах протезно-ортопедических предприятий, медицинских отделах фабрик ортопедической обуви, реабилитационных центрах.

Abstract. Based on nearly 45 years of experience in the teaching of traumatology and orthopedics with the basics of prosthetics and orthotics specialists SPb Institute for Advanced Training of Physician-experts developed the modern concept of training of traumatologists and orthopaedic surgeons working in medical departments and hospitals prosthetic and orthopedic enterprises, medical departments of factories orthopedic shoes, rehabilitation centers.

Введение. Врач ортопед-травматолог, работающий в медицинском отделе или стационаре протезно-ортопедического предприятия (далее – ПрОП), медицинском отделе фабрики ортопедической обуви, реабилитационного центра, как и специалист аналогичного профиля медицинской организации обладает профессиональными знаниями, умениями, навыками, владениями врача травматолога-ортопеда, и помимо этого дополнительными профессиональными компетенциями. Он владеет методами лечения, диагностическими манипуляциями и специальными методами исследований пациентов с травмами и их последствиями, заболеваниями опорно-двигательного аппарата, навыками диагностики состояния дефектов и реабилитационных возможностей у лиц, нуждающихся в протезно-ортопедической помощи, с целью определения объема, вида и характера указанной помощи и осуществления специальных мероприятий по подготовке к протезированию/ ортезированию, непосредственно протезированию/ ортезированию, подгонке и пользованию протезно-ортопедическими изделиями, ортопедической обувью и другими техническими средствами реабилитации; оказания реабилитационных услуг лицам, нуждающимся в протезно-ортопедической помощи, в том числе в клиниках и стационарах сложного протезирования ПрОП и других организаций.

Врач ортопед-травматолог, работающий в медицинском отделе или стационаре протезно-ортопедического предприятия, медицинском отделе фабрики ортопедической обуви, реабилитационного центра, ортопедического салона должен обладать широким кругом дополнительных теоретических знаний и практических навыков, которым он может быть обучен в профильных учреждениях.

Материал и методы. Проанализированы современные нормативно-правовые документы, касающиеся системы непрерывного медицинского образования врачей, специфики обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации, деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы-разработчиков индивидуальных программ реабилитации, протезно-ортопедических предприятий различной формы собственности, научная и методическая литература по протезированию и ортезированию, опыт педагогической деятельности по подготовке травматологов с углубленным знанием в области протезирования и ортезирования единственной на сегодняшний день кафедры травматологии, ортопедии, медико-социальной экспертизы (МСЭ), протезирования и реабилитации Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей-экспертов Минтруда России. На основе научных и аналитических данных разработана современная концепция обучения специалистов, работающих в протезно-ортопедической отрасли.

Результаты. В основе Концепции образования специалистов протезно-ортопедической отрасли представлены идеи об изменяющихся условиях взаимодействия человека и общества. Изменяются представления общества, расширяется научное знание и вслед за ними возникают новые взгляды на образование, его основания, цели и возможности. Время запрограммированных решений уходит в прошлое, возрастает неопределенность задач и ситуаций. Это влечет за собой пересмотр значимых психологических качеств специалиста, выдвигаются иные требования: не только обладание знаниями о медицинских и технических основах протезирования/ортезирования, но и способность быстро реагировать на изменения, быть инициативным, коммуникабельным и т. п.

Концепция обучения специалистов протезно-ортопедической отрасли имеет в своей основе следующие основные принципы:

– непрерывность и системность обучения, в т.ч. медицинского (начиная с ординатуры, модули, циклы, отдельные учебные мероприятия и др.);

– изучение идей и истории протезирования и ортезирования;

-изучение «своих корней». Созданию кафедры предшествовала организация в институте в 1973 году при кафедре ВТЭ при хирургических болезнях двух курсов: курса ВТЭ при травмах и болезнях костно-мышечной системы (руководитель - канд. мед. наук, доцент Смирнов, ассистентом на курсе был канд. мед. наук Б.М.Прокин) и курс ортопедов-протезистов (руководитель - кандидат мед. наук, доцент Г.П. Онохова). Курс ортопедов-протезистов с самого начала размещался на базе Ленинградского НИИ протезирования, который в последующем получил имя Г. А. Альбрехта. Он был первым директором института. Им была организована кафедра ортопедии и протезирования при институте и разработаны конструкции протезов, корсетов, ортопедической обуви, оригинальные методы остеопластических ампутаций. Сотрудники курса как бы явились продолжателями дела Альбрехта, уделявшего большое значение повышению квалификации врачей и технического персонала;

– практическая ориентированность; в 1984 году курс ортопедов-протезистов был преобразован в самостоятельное подразделение, в 1991 году была создана кафедра ВТЭ и протезирования при травмах и болезнях костно-мышечной системы. Возглавил вновь созданную кафедру профессор Кейер А.Н.. Создание кафедры под руководством специалиста высочайшей квалификации в области травматологии и ортопедии открыло перспективу ее успешного развития, создания условий для улучшения процесса преподавания и научно-исследовательской деятельности сотрудников кафедры. С 1998 года кафедра в полном составе стала размещаться на базе Санкт-Петербургского НИИ протезирования. Еще в 80-х годах прошлого века на кафедрах ЛИУВЭКа начали проводиться деловые игры, которые моделировали определенные профессиональных ситуации, позволяющие воссоздать в учебном процессе те или иные ситуации профессиональной деятельности и подготовить слушателей к отработке практических умений и навыков, необходимых для реализации профессиональных компетенций травматолога-ортопеда на практике.

В последние годы развивается симуляционное обучение специалистов с использованием муляжей, тренажеров и пр. На кафедре собран уникальный набор индивидуально изготовленных гипсовых муляжей деформаций стоп, врожденных пороков развития конечностей.

Для преподавания привлекаются ведущие специалисты ФГБУ СПбНЦЭПР им. Г.А.Альбрехта, имеющие огромный практический опыт к.т.н. Замилацкий Ю.И., к.м.н. Суляев В.Г., к.м.н. Янковский В.М., к.м.н. Герасимова Г.В. и мн. др. Для успешного протезирования и результативной реабилитации у постели инвалида необходимо соединить искусство хирургов, инженеров, техников-протезистов, тренеров по реабилитации и многих других специалистов. Поэтому для проведения ряда занятий со слушателями кафедры, врачами травматологами-ортопедами ФГУП ПрОП и реабилитационных центров привлекались и привлекаются private преподаватели - высоко квалифицированные сотрудники ФГБУ НПЦЭР им Г.А. Альбрехта Минтруда России. Это ведущий научный сотрудник д.м.н. Рожков А.В., к.т.н. Бакулев В.И., зам глав врача к.м.н. Кипецкий Ю.Л., руководитель отдела ортопедической обуви, ведущий научный сотрудник, заслуженный врач России к.м.н. Кудрявцев В.А., глав.врач клиники к.м.н. А.И. Болдырев, зав. ФТО М.П. Климовская, к.т.н. Заблоцкий Ю.П., ведущий научный сотрудник отдела биомеханических исследований д.т.н. Смирнова Л.М., руководитель отдела медико-технических проблем протезирования верхних конечностей и создания технических средств реабилитации д.м.н., профессор Курдыбайло С.Ф., ведущий научный сотрудник отдела к.т.н. Замилацкий Ю.И., руководитель отдела медико-технических проблем восстановления способности инвалидов к передвижению отдела протезирования нижних конечностей врач травматолог-ортопед, к.м.н. Суляев В.Г., старший научный сотрудник, к.м.н. Янковский ВМ, к.т.н. Беляев И.М.; инженеры-протезисты Андреева Е.П., Бунякин В.Н., Наумова Н.А., Григорьева Е.П., Корнильев Н. С.; заведующий ортопедическим отделением хирургической подготовки к первичному протезированию ортопедическое для хирургической подготовки и протезирования инвалидов военной службы, **заслуженный врач России, врач высшей категории**, к.м.н. Горчанинов О.Н., зав. ФТО Струкова Н.В., зав. отделением ЛФК врач высшей категории, к.м.н. Герасимова Г.В., сотрудники медицинских отделов ФГУП Санкт-Петербургского протезно-ортопедического предприятия (директор Прокопчук О.Н., зав. мед. отделом Родина В.В., Шелудченко А.А.) и ФГУП Санкт-Петербургской фабрики ортопедической обуви (зав. мед. отделом Коничева Л.К., затем Садикова С.Г.), НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, травматологических и общих бюро МСЭ.

– профессиональная и личная авторитетность, лидерство и высочайший профессионализм заведующих кафедрой/курсов, которые личным примером показывают гуманистические идеи и беззаветную преданность делу. В разные годы заведующими кафедрой были профессор Кейер А.Н., являвшийся одновременно директором Ленинградского НИИ протезирования им. Г.А.Альбрехта, доцент Р.В.Росков, под руководством

которого была создана методическая база экспертной травматологии и ортопедии, д.м.н. Корюков А.А., профессор Бесаев Г.М., заслуженный врач Российской Федерации, ведущий научный сотрудник государственного учреждения «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»;

– разумное совмещение возможностей обучения мануальным навыкам, так значимым в этой сфере медицинских знаний, так и электронного обучения и дистанционных образовательных технологий;

– сетевое взаимодействие образовательных и профессиональных общественных медицинских организаций: Важным событием в деле развития отрасли явилось учреждение в России в декабре 1997 года Гильдии ортопедов-протезистов. Президентом Гильдии был избран А.Н. Кейер, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, директор ЛНИИП им. Г.А. Альбрехта.

В декабре 2003 года Минюстом РФ Гильдия зарегистрирована как Всероссийская общественная организация. Организация осуществляет следующие виды деятельности:

- разрабатывает предложения, направленные на решение актуальных проблем оказания протезно-ортопедической помощи и улучшения ее состояния;

- содействует проведению общественных экспертиз по определению качества изготовления протезно-ортопедических изделий;

- участвует в проведении общественного контроля профессионального обучения, подготовки и усовершенствования специалистов в области протезно-ортопедической техники;

- организует проведение семинаров, конференций, конгрессов.

В работе Гильдии главное внимание уделяется повышению уровня профессиональных знаний и мастерства. С этой целью в 2001 году был создан и официально зарегистрирован профессиональный журнал «Вестник Гильдии ортопедов-протезистов», регулярно выпускаемый 4 раза в год. В редакционный совет журнала входят руководители крупных научно-исследовательских и производственных объединений, известные специалисты в области протезирования и протезостроения. На страницах журнала публикуются статьи о деятельности протезно-ортопедических предприятий, научно-практическая информация, официальные документы и исторические материалы по профессии.

Важным этапом в развитии протезно-ортопедической отрасли были проводимые ежегодно с 1996 года в Петербурге Российские национальные Конгрессы травматологов, ортопедов-протезистов и специалистов по бытовой, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов под девизом «Человек и его здоровье».

– учет наиболее актуальных проблем практического протезирования и ортезирования, изучение новейших способов и приемов экспертно-реабилитационной диагностики (в т.ч. с учетом положений Конвенции о правах инвалидов [1] и Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья [2]), протезирования и ортезирования, современных достижений отечественной и зарубежной медицины;

- результаты научно-исследовательской работы кафедры широко используются в учебном процессе. Более 270 научных работ опубликовано в сборниках научных трудов института, в материалах различных симпозиумов и конференций, в тематических журналах, получено 10 патентов, сделано более 50 докладов и выступлений, в том числе на международных конференциях и за рубежом.

– полноценное методическое обеспечение учебного процесса: с 1991г. по настоящее время опубликовано 60 руководств и учебных пособий;

– вовлечение слушателей в научно-практическую деятельность, занимаются в СНО. Многие выпускники кафедры, сохранив интерес к научной деятельности, продолжили обучение в клинической ординатуре и аспирантуре у в СПбИУВЭЖе или при ФГБУ СПбНЦЭПР им Альбрехта Минтруда России. Это д.м.н. Корюков А. А., кандидаты медицинских наук Кипецкий Ю.Л., Горчанинов О.Н., Шихмагомедов А.А., Биктимирова Ф.М., Суслиев В.Г., Андриевская А.О., Николаев В.Ф., Герасимова Г.В., Самойлов Д.Н., Минченко Н.Л., Иоффе Р.Я., Звонарева Е.В., Минькин А.В., Гусев М.Г., Гаевская О.Э. и многие другие.

- забота о здоровье слушателей (физкультурные паузы и др.).

Преподавателями была заложена основа преподавания указанных дисциплин, виды и формы учебных занятий, создана учебно-методическая документация (учебные планы и программы, тематические планы, план-конспекты большинства лекций и методические разработки практических занятий, планы семинарских занятий) и др.

Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия осуществляется с учетом Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.66 травматология и ортопедия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)[3].

Совершенствование профессиональных знаний и навыков в Институте осуществляется путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам, реализуемым в виде циклов повы-

шения квалификации и/или профессиональной переподготовки в соответствии с учебно-производственным планом Института.

В результате освоения программ ординатуры, циклов профессиональной переподготовки и повышения квалификации у выпускников формируются универсальные и профессиональные компетенции врача-специалиста овладевшего системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений.

Работа коллектива кафедры строится на основании календарного учебного плана, плана НИР, рекомендаций ученого совета института, учебно-методического совета. Все курсы кафедры обеспечены рабочими программами дисциплин (модулей), программами практики, учебно-методическим комплексом, фондом оценочных средств, обеспечивающим реализацию соответствующей образовательной технологии.

В процессе теоретического обучения используются лекция-визуализация, лекция-презентация, видео-лекции, дистанционное обучение. В программах циклов рассматриваются методы восстановительного лечения и реконструктивной хирургии при врожденных аномалиях развития и последствиях травм, при заболеваниях костно-мышечной системы у детей и взрослых с учетом планируемого протезирования и ортезирования. Специалисты получают знания о современных видах протезно-ортопедических изделий и разнообразных методах реконструктивной хирургии, физио-функциональном лечении при подготовке к обеспечению ТСР. Проводятся деловые игры. Практическая часть проводится на основе кейс-метода; в форме презентации; решении ситуационных задач; семинар-дискуссия, семинар-коллоквиум, в рамках симуляционных курсов. На занятиях слушатели отрабатывают ручные навыки хирургической техники (хирургический шов, элементы кожной пластики), обследования, снятия слепков приемных гильз протезов и ортезов и др. на моделях-тренажерах, муляжах. Процесс обучения осуществляется на различных клинических и производственных базах г. С.Петербурга (ФГУ СПбНЦЭПР им. Альбрехта, межрайонных травматологических бюро МСЭ; в многопрофильном научно-практическом центре «Орто», профессиональном реабилитационном центре и Функциональном доме, детском реабилитационно – восстановительном центре и др. Знакомятся и используют для обучения учебные пособия, монографии по травматологии, протезированию, ортезированию, деформациям стоп, ТСР, МСЭ, написанные сотрудниками кафедры самостоятельно и совместно с сотрудниками ФГБУ НЦЭПР им. Г.А.Альбрехта Минтруда России. Участвуют в научно-исследовательской работе – СНО; конгрессах, семинарах, конференциях. Выступают с докладами.

Выпускники кафедры после окончания клинической ординатуры по травматологии и ортопедии, курсов профессиональной переподготовки и повышения квалификации работают не только на протезно-ортопедических предприятиях РФ, но и филиалах фирмы Отто Воск; в поликлиниках, стационарах травматолого-ортопедического профиля, реабилитационных центрах; организуют акционерные общества и частные предприятия.

Заключение. Концепция обучения специалистов протезно-ортопедической отрасли, отработанная в Санкт-Петербургском институте усовершенствования врачей-экспертов на кафедре травматологии, ортопедии, МСЭ протезирования и реабилитации, создана для подготовки специалистов с высшим медицинским образованием. Слушатели могут приобрести многообразные знания и умения, необходимые врачу ортопеду-травматологу протезно-ортопедического предприятия, начиная с 2017 года в рамках клинической ординатуры, а также на циклах повышения квалификации и профессиональной переподготовки. Выпускники обладают профессиональными знаниями, умениями, навыками, владениями врача травматолога-ортопеда, и помимо этого дополнительными профессиональными компетенциями.

Список литературы:

- Конвенция о правах инвалидов [Электронный ресурс]: резолюция 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года. – Режим доступа: <http://www.un.org/russian/disabilities/convention/disabilitiesconv.pdf> (дата обращения 26.08.2017)
- Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: 54-й сессия ассамблеи Всемирной организации здравоохранения 22 мая 2001 года// Библиотечная служба ВОЗ. Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Министерства труда и социального развития Российской Федерации, 2003. - 228с.
- Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия (уровень подготовки кадров высшей квалификации): приказ Минобрнауки России от 26.08.2014 N 1109 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_170615/ (дата обращения 26.08.2017)

УДК 617.3; 617.58-77; 616-71

Трофимов А.А., Смирнова Л.М., Шведовченко И.В.

БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СТАТО-ДИНАМИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КУЛЬТЕЙ СТОПЫ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ВКЛАДНЫМИ ОБУВНЫМИ ИЗДЕЛИЯМИ*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург*

Trofimov A.A., Smirnova L.M., Shvedovchenko I.V.

BIOMECHANICAL SIGNS OF RESTORATION OF THE STATO-DYNAMIC FUNCTION IN PATIENTS WITH A FOOT STUMP IN ORTHOPEDIC SUPPORT BY SUPPLEMENTARY SHOE PRODUCTS*Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg***Ключевые слова:** культя стопы, ортопедическое обеспечение, биомеханическое нарушение**Keywords:** *stump of the foot, orthopedic support, biomechanical disorder***Аннотация.** *Обсуждаются результаты ортопедического обеспечения пациентов с культей стопы. Для оценки влияния вкладного обувного ортопедического изделия используется анализ взаимодействия стоп с опорой методом внутриобувной динамобароплантографии.***Abstract.** *The article discusses the results of orthopedic support of patients with stump of the foot. To assess the effect of the orthopedic shoe product, the analysis of the interaction of the feet with the support by the method of intra-dive dynamobaroplantography was used.*

Введение. Усечения стопы на различных уровнях составляют почти пятую часть (15-18 %) всех ампутаций конечностей [1]. Причём большинство таких инвалидов являются лицами трудоспособного возраста. В этой связи проблема их реабилитации с изготовлением протезно-ортопедических изделий (ПОИ) – вкладных туфельков, башмачков и сапожков приобретает особую актуальность. Очевидно, что достигнутый таким образом реабилитационный эффект должен быть зафиксирован применением объективных инструментальных методов. В то же время такие исследования данного контингента практически отсутствуют.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 20 пациентов (11 - мужчин и 9 женщин) в возрасте 18-70 лет, получивших ортопедическое обеспечение после ампутации культи стопы вследствие травмы.

Обследования проводились методами компьютерной плантографии, подометрии и динамобароплантографии на программно-аппаратном комплексе «ДиаСлед-М-Скан» в клинике ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. Исследовалась поза стоя и ходьба без и с ортопедическим изделием.

Результаты. Анатомическими особенностями стоп в исследуемой группе оказались: выраженное уменьшение опорной площади стопы, потертости, намины, порочные рубцы в области торца культи, участки гиперкератоза в местах избыточного давления, эквинусные и эквино-варусные деформации среднего и заднего отделов стопы разной степени фиксации. У всех пациентов наблюдались характерные для данной патологии нарушения статодинамической функции: снижение опороспособности усеченной конечности и опоропредпочтение сохранной, диагональный перекося опоры, локальные перегрузки плантарной поверхности культи. Объективно это подтвердилось методом динамобароплантографии. При использовании ПОИ эти нарушения частично компенсировались.

В позе стоя без ПОИ медиолатеральная децентрализация главного вектора нагрузки в опорном контуре стоп достигала 16% от ширины опорного контура и достоверно уменьшалась при использовании ПОИ - на 10%, т.е. до 6% ($p < 0,018$ при Т-тесте), что указывало на повышение опороспособности поражённой конечности. Такие результаты были связаны с увеличением площади и комфортности опоры на усеченную стопу. У многих пациентов наблюдалось компенсаторное увеличение амплитуды миграции ЦД под сохранной стопой из-за снижения устойчивости усеченной стопы. С ПОИ билатеральная асимметрия длины этой траектории снижалась в среднем по группе лишь на 2%. При ходьбе без ПОИ наблюдались биомеханические признаки выпадения из опоры переднего отдела усеченной стопы и локальные перегрузки её в других отделах. При использовании ПОИ наблюдалась умеренная нормализация данных показателей.

На снижение опороспособности культи при ходьбе указывало сокращение продолжительности переката через поражённую конечность по сравнению с сохранной. Этот биомеханический параметр - билатеральная асимметрия продолжительности опоры обычно является интегральным показателем нарушения статодинамической функции. Однако, к сожалению, мы увидели крайне незначительную нормализацию этого параметра при ходьбе с ПОИ, что побуждает к поиску новых решений повышения эффективности реабилитации пациентов с данной патологией.

Выводы. Инструментальные биомеханические исследования позволили получить объективные данные о характерных нарушениях статодинамической функции у пациентов с культиями стопы и частичной компенсации их, за счет использования ПОИ. Для повышения качества ПОИ и более углублённого понимания этой проблемы необходимо накопление базы данных обследований таких пациентов.

Список литературы.

Кудрявцев, В.А. Хирургическая подготовка к ортопедическому снабжению после ампутаций в пределах стопы: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук (14.00.22) / Кудрявцев Валерий Анатольевич; ЛНИИТО – Ленинград, 1986. – 30 с.

УДК 616-035.1

Шацкова М.О., Побута О.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОСМИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

ГАНУ города Москвы РЦ «Текстильщики», Москва

Shatskova M.O., Pobuta O.V.

EXPERIENCE OF SPACE TECHNOLOGY APPLICATION

State Autonomous Organization of the city of Moscow Rehabilitation Center "Tekstilshchiki", Moscow

Ключевые слова: космические технологии, реабилитация, двигательные нарушения.

Keywords: space technology, rehabilitation, motor disabilities.

Аннотация. Технологии космической медицины активно используются для реабилитации лиц с двигательными нарушениями, значительно повышая ее эффективность.

Abstract. Technology space medicine widely used for the rehabilitation of individuals with motor impairments, significantly increasing its efficiency.

Введение. Реабилитация – важная и одновременно сложная медико-социальная проблема, привлекающая с каждым годом все больше внимания. Одной из важнейших задач современной реабилитации является поиск эффективных методов коррекции двигательных нарушений. На сегодняшний день у нас имеется большой опыт применения технологий, опирающихся на научные исследования, проводимые много лет в интересах космической медицины. К ним относятся автоматизированный водно-иммерсионный комплекс «МЕДСИМ» (медицинская система имитации невесомости), имитатор опорной нагрузки (модель «КОРВИТ») и лечебный костюм «Регент» (лечебный костюм аксиального нагружения). Включение в комплекс реабилитационных мероприятий космических технологий существенно увеличивает возможности пациентов. В основе терапевтического воздействия лечебного костюма «Регент» лежит принцип создания дозированного афферентного проприоцептивного потока (принцип динамической проприокоррекции). Использование технологии «сухая иммерсия» позволяет направленно стимулировать адаптационные и компенсаторные механизмы различных систем организма за счет изменения гравитационной среды. В основе действия имитатора опорной нагрузки лежит процесс активации опорной афферентации с использованием принципа пневмомеханического давления на соответствующие опорные зоны стоп с помощью специальных, отдельных пневмокамер в режимах реальной ходьбы.

Цель исследования. Проанализировать эффективность применения космических технологий у лиц с двигательными нарушениями вследствие ДЦП.

Материалы и методы. Для оценки эффективности метода сухой иммерсии было обследовано 120 детей со спастическими формами ДЦП, получивших до 15 сеансов (продолжительность до 45 минут); метод опорной стимуляции - 49 детей с различными формами ДЦП, получивших до 15 процедур (продолжительность до 30 минут); лечебный костюм «Регент» - 56 детей с различными формами ДЦП, получивших до 15 занятий. Для оценки эффективности космических технологий использовали данные клинического осмотра пациента до и после проведения курса, данные инструментальной оценки мышечного тонуса, анализа биомеханической структуры ходьбы, стабилотрии с использованием методики универсального американского теста Ромберга.

Результаты. Метод сухой иммерсии воздействовал на патогенетические особенности поддержания вертикальной позы, привел к снижению показателя спастичности, изменению патологического стереотипа ходьбы (повышение средней скорости передвижения, увеличение длины шага, нарастание темпа ходьбы), восстановлению вегетативных реакций. Курс опорной стимуляции привел к улучшению мышечного тонуса, изменился патологический стереотип ходьбы, уменьшились проявления пареза, вырос объём движений в голеностопном и коленном суставах паретичной конечности, улучшилась координация движений, уменьшились проявления двигательной атаксии и моторной неловкости. Курс занятий в лечебном костюме привел к коррекции нарушений походки и позы, уменьшению степени пареза, увеличению объема, разнообразию и точности движений, уменьшению патологических двигательных стереотипов, повышению толерантности к физическим нагрузкам.

Закключение. Таким образом, технология сухой иммерсии способствует нормализации мышечного тонуса и активности вегетативной и соматической нервной системы, воздействует на патогенетические особенности поддержания вертикальной позы. Данный метод является базовым компонентом для комплексной реабилитации больных с ДЦП. Включение метода опорной стимуляции в комплексную реабилитацию приводит к сокращению сроков появления результатов реабилитации, при этом, очевидно за счёт стимуляции процессов нейропластичности, происходит изменение имеющегося патологического двигательного стереотипа и приближение его к физиологическому, а также уменьшается выраженность вторичных патологических изменений в суставах. Применение лечебного костюма позволяет значительно повысить эффективность реабилитации лиц с двигательными нарушениями, способствует более полному восстановлению нарушенных функций и улучшению качества жизни.

УДК 619

Хит Г.Х.¹, Аксенов А.Ю.², Райли Г.¹

ДОСТИЖЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ВЕТЕРИНАРИИ

¹Салфордский университет, Великобритания, Салфорд²Санкт-Петербургский государственный электротехнический университет «ЛЭТИ» им. В.И. Ульянова (Ленина), Санкт-ПетербургHeath G.H.¹, Aksenov. A. Yu.², Riley. G.¹

ADVANCES IN PROSTHETIC RESTORATION FOR VETERINARY APPLICATIONS

¹University of Salford, Salford, M5 4WT United Kingdom.²Saint Petersburg Electrotechnical University "LETI", St. Petersburg*Ключевые слова: протезирование, ветеринария, собаки, оссеоинтеграция**Keywords: Prosthesis, Veterinary, Dog, Osseointegration**Аннотация.*

Последние десятилетия использование протезов и ортезов стало широко применяться в области восстановительной ветеринарии, при этом прогресс в развитии протезирования опорно-двигательного аппарата человека также стимулирует развитию данного направления. Начиная с 2007 года университет Салфорд в Великобритании проводит операции по протезированию собак и других животных. Благодаря данным протезам значительно улучшилось качество жизни не только домашних животных, но и их владельцев. В данной статье представлено несколько примеров с описанием проблем, которые возникают при использовании различных протезов со стандартными гильзами и оссеоинтеграции.

Abstract.

The use of prostheses and orthoses is becoming more widespread in veterinary applications over the past decade with advances in the development of human prostheses and orthoses also being applied to the veterinary field. The University of Salford in the UK has provided prostheses for many dogs and other animals since 2007. Such prostheses have successfully improved the quality of lives for both the pets and their owners. Specific case studies are described explaining the challenges of a variety of prosthetic applications using standard sockets and osseointegration implants.

Introduction

Since 2007 the University of Salford has provided a clinical service enabling prosthetic and orthotic restoration for animals suffering amputation or physiological deficit in any of their limbs. Using five case studies, this presentation explains the basic principles of prosthetic restoration in maintaining a comfortable interface between the residual limb and the prosthesis; as well as ensuring the prostheses is aligned to allow the body weight to pass through the prosthesis, allowing stability during stance [1]. This study also explains how further complex issues are overcome, using in some cases technology derived from treating humans and in other cases developing new technology specific for treating particular animals. The issues addressed range from prosthetising a double amputee, using adaptations of traditional methods used in human prosthetic restoration to providing specialist prosthesis for two canine patients, so as to connect prostheses to their osseointegration implants. The last case study addresses those issues associated with manufacturing a very small prosthesis for a Honey Buzzard (*Pernis apivorus*)

Methods

Five case studies from the "Lacerta Rehabilitation Veterinary Clinic at Salford University are selected. Cases 1, 2, 3 and 4, indicate the principle of technology transfer from human to veterinary applications in prosthetic practice. Cases 3, 4 and 5, clearly show how technology was developed specifically for veterinary applications.

Case 1. Double Amputee Jack Russel Terrier. The distal ends of both the rear limbs had been eaten by the mother when the patient was a puppy [2]. Ethylene vinyl acetate (EVA) closed cell foam was used for the interface between the residual limb and the prosthesis. Traditionally EVA is used for orthotic insoles in humans; but its toughness makes it an ideal interface material for dogs, as it is resistant to abrasion and puncturing by the claws. One of the prostheses was made using standard acrylic resin matrix with glass fibre reinforced cotton stockinet substrate used

as the substrate. The other prosthesis was made by drape moulding a polyethylene/polypropylene copolymer shell as traditionally made for human orthoses of the same material. Ambulation was greatly improved in terms of comfort, distance walked and speed. Previously without the prostheses, the Jack Russel's gait was very slow and antalgic; but after prosthetic restoration, the dog could both canter and gallop as well as walk in excess of 2 km.

Case 2 Labradoodle. The labradoodle, presented with a shortening of the forelimb caused by the mother eating the distal end, whilst it was a puppy. The shortening of the residual limb needed restoring as the reduced length of the residual limb would not allow quadrupedal gait. The labradoodle was very active and it was decided that a self suspending socket would be designed that would support weight through the distal end. It was noticed that cross sectional area of the leg changed distally, as is similar to a Symes' amputation or a through-knee amputation in a human, such that in the case of the labradoodle, the limb could self support proximal to the carpal joints. So as to facilitate easy application and removal of the prosthesis, a window was made enabling the owner to insert the residual limb into the socket of the prosthesis. A panel then covered the window and this was secured firmly with Velcro®. Once the prosthesis was fitted, the labradoodle quickly adapted to quadrupedal gait and was cantering and galloping after its first fitting, with walking distances in excess of 2 km.

Case 3 American Bull Terrier. This bull terrier was recovering from amputation surgery to remove cancerous tissue (osteosarcoma). The owner requested an Interosseous Transcutaneous Amputation Prosthesis (ITAP) implant [3]. The problem was that no canine prosthetic foot and ankle prosthesis had been designed for such an implant, which is also very rarely used in humans in the UK. With 60% of the dog's weight borne through the fore limbs, the prosthesis had to adapt to single forelimb stance during gait as well as to deform over uneven ground. Previously a prosthesis had been made but this could not re-align between stance and ambulating, creating a large and disabling lateral moment at the elbow. The choice of new prosthetic device made at the University of Salford, was a compliant foot section which internally used a gimbal mechanism, akin to a ship's compass mechanism but dampened down so as to provide resistance to the weight of the dog. The gimbal provided two degrees of freedom and enabled the dog to stand and ambulate over most terrains, with relative ease. The lateral moment at the elbow was reduced considerably allowing the dog to walk, run canter, and gallop without discomfort.

Case 4. English Bull Mastiff. This Mastiff was recovering from amputation surgery to remove cancerous tissue (osteosarcoma) from the hind limb, so that the limb distal to the hock joint was removed. The owner requested an Interosseous Transcutaneous Amputation Prosthesis (ITAP) implant, the problem was that no canine prosthetic foot and ankle prosthesis had been designed for such an application and the Bull Mastiff was initially walking on an adapted Ilizarov frame until intervention from the University of Salford. With 40% of the dog's weight borne through the hind limbs, the prosthesis had only to support the weight of a large dog with an alignment that is similar during both double stance and single hind limb stance during gait. This prosthesis was made from a carbon fibre acrylic composite and attached directly to the ITAP implant, allowing the Mastiff to ambulate confidently.

Case 5. Honey Buzzard (*Pernis apivornis*). This patient was seen in Malta during a seven-day holiday. It had lost its foot after being entangled in netting. It was taken in as a pet but of course was unable to perch effectively with a single leg. The prosthetic restoration was to increase the length of the leg and provide a surface of sufficient friction to support the bird whilst perching. The main issue here was the diameter of the residual leg being extremely small. The cast was made using agar with the bird hypnotised by farm worker, who had fortuitously acquired such a skill! Subduing the bird enabled measurements and a cast of acceptable quality to be taken without damage being caused to the bird and the prosthetist. The cast was sent to the UK, where the prosthesis was urgently made in the workshops at the University of Salford and returned to Malta within a few days. The prosthesis had a liner of 2mm EVA, a glass fibre reinforced stockinet socket and a wire-framed EVA covered foot. The prosthesis had a firm fit and supported the amputated side whilst perching and the bird soon allowed the prosthesis to be attached, without hypnosis! The buzzard could take flight and alight and the prosthesis maintained its position, whilst perching for long periods.

Results

All four dogs were able to attain quadrupedal gait. Three of the four dogs were capable of cantering or galloping and could ambulate for substantial distances. At least four of the five prostheses provided, lasted over a year or to the remaining life span of the animal. Previously functional gait of all the four dogs was slow and uncomfortable or in the case of the Mastiff probably impossible. The Honey Buzzard would have had to have been euthanised if the amputated side could not have been stabilised with a prosthesis and lived, with the capacity to fly off and alight; as well as perch comfortably for almost a year after amputation.

Conclusions

Despite differences in anatomy, parallels can be drawn between the technology applied in human prosthetics and the potential for such to be used in veterinary applications. With more and more pet owners being aware of the technology available in human prosthetics and more recently veterinary prosthetic restoration, there is increased interest in the use of prostheses (and orthoses) in the rehabilitation of animals. Maintaining the quality of life

of a pet is also an important aspect of the care regime undertaken by their human owners. Caring for pets also provide therapeutic value [4] for humans of all ages [5] and the improvements in technology will undoubtedly be linked to an increase in awareness of options available for treatment. Indeed one could argue strongly that access to prosthetic and orthotic restoration for pets and the improvements in their pets' quality of life, reinforces such positive therapeutic benefits.

References

- Tobias K.M, Spencer A. J. *Veterinary Surgery: Small Animal*. – 2012. – Vol 1 (Section IV) – Ch 45. – P.644-646.
- Heath. G.H, Riley. G. Canine limb prosthetics and orthotics // *Design & outcome, Proceedings of the European Society of Veterinary Orthopaedics and Traumatology (ESVOT)*, München, Federal Republic of Germany, 10-14th September 2008. – P.90-92.
- Pendergrass. C.J, Goodship. A. E, Price. J.S, Blunn. G.W. Nature's answer to breaching the skin barrier: an innovative answer for amputees // *Journal of Anatomy*. – 2006. – Vol. Jul 209 (1). – P.59-67.
- Hodgson K, Barton L, Darling M, Antao. V, Florence A. K, Monavari. A. Pets' Impact on Your Patients' Health: Leveraging Benefits and Mitigating Risk // *Journal of the American Board of Family Medicine*. – 2015. – Vol. 28(4). – P. 526-534.
- Cherniack. P. E, Cherniack. A.R. The Benefit of Pets and Animal-Assisted Therapy to the Health of Older Individuals // *Current Gerontology and Geriatrics Research*. – Vol. 2014 (Article ID 623203). – P.9.

Раздел 6. Медицинская реабилитация. Санаторно-курортный этап реабилитации

УДК 615.8:616.7-036.838

Насыров М.З., Губин А.В.

ПРИКЛАДНЫЕ РЕШЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В УСЛОВИЯХ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОРЫВА В ОПЕРАТИВНОЙ ОРТОПЕДИИ

ФГБУ «РНЦ «ВТО» имени акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России, г. Курган, Россия

Nasyrov M.Z., Gubin A.V.

APPLIED SOLUTIONS OF REHABILITATION MEDICINE WITHIN THE CONDITIONS OF TECHNOLOGICAL BREAKTHROUGH IN OPERATIVE ORTHOPAEDICS

Russian Ilizarov Scientific Center for Restorative Traumatology and Orthopaedics, Kurgan, Russia

Ключевые слова: реабилитация, физическая и реабилитационная медицина, нормативно-правовая база
Keywords: rehabilitation, physical and rehabilitation medicine, legal framework

Аннотация. Цель: на основе анализа опыта реформирования системы реабилитации в Центре Илизарова выявить причины возникающих проблем и предложить пути их решения. Организации и развитию реабилитации в России исторически не хватает системности и последовательности. Отсутствие идеологии и несовершенство нормативно-правовой базы формируют ряд проблем в прикладной медицине, часть которых успешно решается на уровне лечебного учреждения. Однако остаётся востребованность в системных решениях на государственном уровне.

Annotation. Purpose: To expose the sources of evolving problems and find the solutions, based on the analysis of experience of rehabilitation system reformation in Ilizarov Center. In Russia historically systematicity and subsequence of organization and development of rehabilitation are insufficient. Absence of ideology and imperfection of legal framework form the number of problems in applied medicine, part of them is successfully resolving within the conditions of medical institution. However the demand for system solutions at the national level is keeping.

Введение. Создание в первой половине XX века института реабилитации пациентов и инвалидов как эволюционно развивающейся системы стало важнейшим фактором повышения качества жизни населения Европы. Главной задачей реабилитации изначально были «защита и уход», с 50-х годов развивалась концепция интеграции больных и инвалидов в общество, а в 70-80-е годы реализуется идея адаптации окружающей среды под нужды больных и инвалидов [1]. В качестве идейной основы современной реабилитации ВОЗ в 2002 году предложила ориентироваться на удовлетворённость пациента результатом лечения.

Реабилитация в странах Европы, не теряя национальные традиции [2], базируется на принципах, заложенных одним из основателей медицинской реабилитации К. Ренкером: непрерывность и основательность, комплексность, доступность и гибкость [1], и на основополагающих методологических документах, разработанных экспертами ВОЗ: МКБ-10 и МКФ [3, 4].

Развитие здравоохранения и реабилитации в России не отличается системностью и последовательностью. Специфика её на современном этапе обусловлена эффективным опытом Советского периода и социально-экономическими потерями 90-х годов [1, 5, 6]. Действующие в настоящее время законодательные акты создают предпосылки благоприятного развития медицинской реабилитации [7, 8, 9, 10, 11]. Очевидно, что в такой масштабной стране, как Россия, где существенно различаются уровни социально-экономического благополучия регионов, отдельных слоёв общества и менталитет населения, даже «правильные» законы не обеспечивают желаемого уровня организации реабилитации. Поэтому в необходимости непрерывной оптимизации реабилитационного процесса указывают большинство ответственных специалистов [12, 13, 14]. Оптимизирующие механизмы можно сформировать через мониторинг деятельности лечебных учреждений в части организации реабилитации, интегрирующим критерием которой является систематизация процесса на основе анализа удовлетворённости пациента качеством жизни в конечной точке [15, 16, 17, 18, 19, 20]. Ключевыми звеньями системы специалисты указывают: совершенствование законодательной базы, квалификация кадров, специализация по нозологии, мультидисциплинарный командный подход, средства реабилитации, унифицированные критерии и формы оценки результатов лечения.

Цель. На основе анализа опыта реформирования реабилитации в Центре Илизарова сделать некоторые выводы о причинах проблем, сформулировать задачи и предложить пути их решения. **Задачи:** 1. Выявить взаимно обуславливающие проблемы здравоохранения и реабилитации. 2. Установить комплекс прикладных задач и способы их решения в организации и осуществлении реабилитации в клинике. **Материал исследования:** Нормативно-правовая документация, годовые отчёты работы учреждения, результаты анкетирования.

Методы: клинико-статистический, эмпирический, аналитический.

Характер задач, возникающих при реализации мероприятий медицинской реабилитации, обусловлен двумя взаимосвязанными уровнями структурных и сущностных проблем. Основополагающий уровень – идеологический. В советские времена основной идеей здравоохранения было сохранение трудовых ресурсов, а главным субъектом – здоровый человек. Отсюда профилактическая направленность медицины, обязательная диспансеризация, а в лечении взаимная ответственность специалиста и пациента. Идеология современной российской медицины, вероятно, формируется, но по существу вынужденная – восстановление численности населения, которая в 90-е годы катастрофически упала. Основные мероприятия направлены на увеличение продолжительности жизни и повышение рождаемости. Потенциала и ресурсов для улучшения качества здоровья пока не достаточно. Главный субъект деятельности Российской медицины – пациент с закреплённым за ним бюджетом. Экономически целесообразная форма финансирования болезни и больного подсознательно формирует идеологию материальной заинтересованности медицинских работников в нездоровом гражданине, который является основным потребителем «медицинских услуг».

Значительное, но слабо контролируемое с точки зрения адресного обоснования финансирование привело к выраженному дисбалансу в развитии здравоохранения. Хирургические технологии, пришедшие преимущественно из Европейских стран, а зачастую навязываемые западными корпорациями, являясь финансово ёмкими, на практике обескровили в т.ч. реабилитационную составляющую, которая понесла финансовые потери вследствие перманентных кризисов в экономике уже в начале реализации Программы [9].

Следующий уровень проблем – структурно-организационные, в основе которых лежит юридический аспект. В нормативно-правовых документах, принятых до 2001 года, посвященных организации медицинской помощи, используются понятия «восстановительное лечение», «долечивание», «медико-социальная реабилитация» и «реабилитация». Начиная с 2001 года, в документах появляется термин «восстановительная медицина» и формируется комплекс отраслевых приказов, регламентирующих медицинскую помощь по восстановительной медицине. Некоторые из них, например, Приказ Минздравсоцразвития РФ от 09.03.2007 N156 «О Порядке организации медицинской помощи по восстановительной медицине», противоречат Порядку организации медицинской реабилитации [7]. Существующие формы федерального статистического наблюдения не отражают вопросы медицинской реабилитации. Более того, в настоящее время не определены юридические основания для приема на должность врача по медицинской реабилитации в связи с отсутствием специальности «медицинская реабилитация» и квалификационных требований к специальности «врач по медицинской реабилитации».

Результаты. Отражением указанных проблем, становится прикладная медицина. Динамика показателей работы клиники Центра показывает глубину перемен. За 10 лет количество операций удвоилось, преодолев цифру 12 тысяч в год, оперативная активность достигла 95% (в 2007 году – 67%). Показатель койко-дня уменьшился до 27. Расширился возрастной диапазон пациентов от 1 года и старше 90 лет. Две трети наших пациентов – жители других регионов.

Ежегодно на 50-80 единиц увеличивается перечень осваиваемых технологий. В ортопедии – это эндопротезирование, артроскопия, погружной металлоостеосинтез. В нейроортопедии: многоуровневые комбинированные операции на костях и мягких тканях. Серьёзный прорыв произошёл в освоении технологий нейрохирургии и вертебологии от малоинвазивных с применением эндоскопии и до расширенных реконструктивных вмешательств. По существу Клиника стала центром оперативной ортопедии, что вполне оправдано как с медицинской точки зрения, так и с экономической с учётом опыта и традиций. Однако перед реабилитационной службой сформировался комплекс задач.

Обеспечить 100% охват медицинской реабилитацией.

Сохранить эффективный уровень реабилитационных мероприятий.

Обеспечить непрерывность и преемственность реабилитации.

Необходимость выполнения задачи №1 обусловила концентрацию реабилитационной медицины на мероприятиях первого этапа с использованием средств реабилитации с высокой степенью доказательности на принципах приоритетности: послеоперационная интенсивная терапия с целью восстановления исходных физиологических параметров, обезболивание, профилактика и лечение инфекционных осложнений и ранняя мобилизация. Из средств реабилитационной медицины помимо фармакотерапии в обязательном порядке применяем лечебную физкультуру. В отдельных случаях используем медицинский массаж, электростимуляцию, термотерапию и светотерапию.

Для решения задачи №2 проведены многоплановые мероприятия.

1. Создание мультидисциплинарных бригад с обязательным участием оперирующего врача, врача реабилитолога и инструктора-методиста ЛФК. При необходимости участниками становятся реаниматолог, невролог, психолог.

2. Специализация реабилитологов: ортопедическая реабилитация, нейро-ортопедическая и нейрореабилитация.

3. Непрерывное профессиональное образование с целью углубления специализации и расширения компетенций.

4. Мониторинг процесса реабилитации врачами-реабилитологами посредством rehab-карт, руководствуясь клиническими протоколами.

5. Раннее в первые часы после операции начало функциональной реабилитации.

Непрерывность и преемственность в стационаре реализуется деятельностью мультидисциплинарной бригады и структурированием реабилитации по двигательным режимам: палатный, режим реабилитационной зоны отделения и режим залов ЛФК и игровой зоны. Однако эта задача требует более сложных решений на этапе выписки пациента из стационара.

С целью оценки обеспеченности наших больных реабилитационной помощью по месту жительства нами проведён опрос 300 пациентов. Из них 79% пациентов болеют 5 и более лет, четверть пациентов (23%) не лечились до операции. Лишь 30% имели возможность лечиться 2 и более раз в год. Указали на отсутствие возможностей послеоперационной реабилитации 28% опрошенных, а 26% не информированы. Долечиваться самостоятельно планируют 38%, 10% об этом не задумывались. Только у 8,6% пациентов имеются необходимые специалисты по месту жительства, при этом 5,2% опрошенных указали на отсутствие медработников. Наличие восстановительных процедур в медучреждении отрицают 5,2% больных. Почти половина опрошенных (48%) рассчитывают при долечивании только на свои средства. Таким образом, доступность медицинской реабилитации на местах крайне низкая.

С учётом этого нами разработаны следующие мероприятия.

Школа для пациентов. Проводится в групповой и индивидуальной формах лечащим врачом, специалистом-реабилитологом, психологом.

Помимо общих рекомендаций при выписке пациенту выдаётся памятка с комплексами упражнений по лечебной гимнастике.

Разработано 5 видео продуктов с комплексом ЛФК по различным категориям заболеваний и оперативных вмешательств.

Информационные стенды в отделениях, информация каждого отделения на сайте на тему восстановительных мероприятий.

Всем пациентам при выписке рекомендуется очная или заочная консультации для корректировки реабилитационных мероприятий.

Проведение второго этапа медицинской реабилитации за счёт средств ФОМС для некоторых пациентов нейро-ортопедического профиля.

Возможность реабилитации на коммерческой основе.

Заключение. Центр имени академика Г.А. Илизарова имеет уникальный опыт системной организации лечебного процесса в условиях создания и развития новой технологии – метода чрескостного остеосинтеза. Данный опыт позволяет успешно решать проблемы, возникающие перед реабилитационной медициной в условиях технологического прорыва в оперативной ортопедии. Тем не менее, остаются задачи, решение которых не возможно без глубоких системных реформ в здравоохранении и реабилитации в частности.

Клиническая целесообразность, а не экономическая должна лежать в основе построения системы медицинской реабилитации.

Необходим неформализованный документ, отражающий морально-этические аспекты деятельности медработников, призванный к улучшению качества медицинской помощи и оздоровлению пациентов

В качестве дополнительной формы стимулирования хирурга должны быть доплаты или штрафы за результат в отдалённом периоде.

Должно быть обязательным наличие стационарного отделения реабилитации в составе крупных ортопедических центров с адекватным финансированием и стандартизированным по специализации реабилитационным оснащением.

Необходимы чёткие критерии для дифференцированного отбора пациентов на оперативное лечение и на реабилитацию.

Дальнейшее совершенствование нормативно-правовой базы по медицинской реабилитации.

Список литературы

Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями: в 2-х т. / под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. М., 1998. Т. I. 224 с.

Юнусов Ф.А., Гайгер Г., Микус Э. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом. М., 2007. URL: <http://www.narcom.ru/publ/info/807>

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

International Classification of Functioning? Disability and Health, Geneva, WHO, 2001.

- Медицинская реабилитация : в 3-х т. / под ред. В.М. Боголюбова. М.: Издательство БИНОМ, 2010. Т. I. 416 с.: ил.
- Физическая и реабилитационная медицина : нац. руководство / под ред. Г.Н. Пономаренко. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 688 с.
- О порядке организации медицинской реабилитации : приказ Минздрава России [принят 29.12.2012] // Консоциум КОДЕКС : эл. фонд прав. и норматив.-техн. документации. URL: <http://docs.cntd.ru/document/902396529>
- Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федер. закон : [принят Гос. Думой 21.11.2011] // Официальный интернет-портал правовой информации. URL : <http://www.pravo.gov.ru/>
- Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения до 2020 года» : постановление Правительства РФ [принято 15.04.2014] // Официальный интернет-портал правовой информации. URL : <http://www.pravo.gov.ru/> [Подпрограмма № 5 «Развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в т.ч. детям»]
- Иванова Г.Е., Стаховская Л.В., Репьев А.П. Правовые основы оказания помощи по медицинской реабилитации // Вестн. восстанов. медицины. 2014. №1.С. 2-5.
- Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития // Вестн. восстанов. медицины. 2013. № 5. С. 2-13.
- Буйлова Т.В. Методологические основы проектирования и организации деятельности реабилитационного учреждения // Вестн. восстанов. медицины. 2014. № 3. С. 1-7.
- Горелик С.Г., Савушкина Т.В., Бардакова А.В. Современное состояние и перспективы развития стационарного этапа реабилитации больных старческого возраста хирургического профиля в Российской Федерации (на примере г. Белгорода) // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. 2014. №4. С. 19-23.
- Прилипко Н.С., Бантьева М.Н. Потребность взрослого населения России в медицинской реабилитации в стационарных условиях // Здравоохранение РФ. 2014. № 1. С. 11-16.
- Системообразующие влияния на процесс функциональной реабилитации при черепно-мозговом остеосинтезе [Электронный ресурс] / М.З. Насыров, М.С. Тертышная, И.В. Чакушина, С.Л. Домрачева // Илизаровские чтения : материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием : эл. опт. диск. Курган, 2015. С. 171-172. [Прил. к журн. Гений ортопедии / Журн. клинич. и эксперимент. ортопедии им. акад. Г.А. Илизарова. 2015. № 2.]
- Николаев Н.С., Андреева В.Э. Опыт организации восстановительного лечения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи профилю «Травматология и ортопедия» // Здравоохранение Чувашии. 2013. № 1. С. 84-88.
- Концепция медицинской нейро-когнитивной и психолого-социальной реабилитации детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями / А.Г. Румянцев, Н.Н. Володин, В.Н. Касаткин, Н.Н. Митраков // Вестн. восстанов. медицины. 2015. № 1. С. 65-70.
- Организация ранней реабилитации пациентов в условиях регионального центра высокотехнологичной медицинской помощи / С.В. Семеникова, А.Б. Строганов, А.Г. Сулов, М.В. Хазов // Мед. альманах. 2013. № 2. С. 127-129.
- Анализ динамики деятельности мобильного реабилитационного отделения многофункционального реабилитационного центра / Б.А. Сырникова, В.С. Ларионова, Д.В. Стороженко, В.Г. Базирашвили // Вестн. восстанов. медицины. 2015. № 1. С. 2-7.
- Шаповаленко Т.В. Мониторинг мнения пациентов о качестве и доступности организации реабилитации в современных условиях // Саратов. науч.-мед. журнал. 2013. Т. 9, № 4. С. 1004-1008.

УДК 616.831-009.11+085.2/3

Пономаренко Ю.Н.², Каладзе Н.Н.¹, Мошкова Е.Д.¹,

ОПТИМИЗАЦИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО САНАТОРИЯ.

¹Медицинская академия им. С.И.Георгиевского Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского, Симферополь, Республика Крым, РФ

²Федеральное государственное учреждение «Евпаторийский военный детский клинический санаторий имени Е.П. Глинки» Министерства обороны Российской Федерации, Евпатория, Республика Крым, РФ

Ponomarenko U.N.², Kaladze N.N.¹, Moshkova E.D.¹

IMMUNE ADAPTATION IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY WITHIN SANATORIUM REHABILITATION AND DIRECTIONS OF ITS OPTIMISATION

¹ Medical Academy n. S.I. Georgievsky of Crimean Federal University n.V. I. Vernadsky, Simferopol, Crimea

² Yevpatoriya Central Children's Clinical Sanatorium of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Evpatoria, Crimea

Ключевые слова: детский церебральный паралич, иммунитет, реабилитация

Keywords: cerebral palsy, immune system, rehabilitation

РЕЗЮМЕ

Достаточно часто в процессе санаторно-курортного лечения у детей с ДЦП развиваются различные острые состояния и обострения хронических коморбидных заболеваний, что прерывает или делает невозможным дальнейшее проведение реабилитационных мероприятий в условиях курорта. В связи с чем, целью нашего исследования было выявление особенностей иммунной адаптации у детей с ДЦП в зависимости от тяжести двигательных нарушений. Обследовано 120 детей с ДЦП. Была проведена оценка по шкале GMFCS, анализ коморбидных заболеваний. Проведено лабораторное исследование CD3, CD4, CD8, CD4/CD8, CD16, CD20, CD95, уровень иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG и цитокинов INF-γ, TNF-α, IL-1β, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10. Дети с ДЦП получали препарат «Имупрет» в течение 14 дней. Получено увеличение некоторых показателей клеточного и гуморального иммунитета, отсутствие реакции на лечение по показателям цитокинового спектра. Иммуномодулирующая терапия может рассматриваться как метод подготовки детей с ДЦП к санаторно-курортному лечению, в особенности, детей с средне-тяжелыми и тяжелыми двигательными нарушениями, и должна проводиться накануне запланированного санаторно-курортного лечения.

ABSTRACT

Quite often, in the course of spa treatment for children with cerebral palsy develop various acute conditions and exacerbation of chronic comorbid disease that interrupts or makes it impossible to carry out rehabilitation measures in the resort. In this connection, the aim of our study was to determine the characteristics of the immune adaptation in children with cerebral palsy, depending on the severity of motor disorders. The study involved 120 children with cerebral palsy. It was evaluated on a scale GMFCS, analysis of comorbid diseases. A laboratory study of CD3, CD4, CD8, CD4 / CD8, CD16, CD20, CD95, levels of immunoglobulins IgA, IgM, IgG and cytokine INF- γ , TNF- α , IL-1 β , IL-4, IL-6, IL-8, IL-10. Children with cerebral palsy received «Imupret» within 14 days. An increase in some parameters of cellular and humoral immunity, lack of response to therapy in terms of cytokine spectrum. Immune therapy may be considered as a method of preparation of children with cerebral palsy to the sanatorium treatment and should be carried out on the eve of a scheduled spa treatment.

Последние годы построение программы реабилитации детей с ДЦП традиционно строиться на основе оценки двигательных нарушений согласно шкалы GMFCS. Система классификации больших моторных функций при церебральных параличах основывается на оценке самостоятельных движений. Обозначая пяти-уровневую классификацию, первоочередным критерием было создание такого деления моторных функций, которое бы имело клиническое значение [10].

Достаточно часто в процессе санаторно-курортного лечения у детей с ДЦП развиваются различные острые состояния и обострения хронических коморбидных заболеваний [3], связанных с наличием у этой категории пациентов парезов и параличей, что прерывает или делает невозможным дальнейшее проведение реабилитационных мероприятий в условиях курорта. В связи с чем, целью нашего исследования было выявление особенностей иммунной адаптации у детей с ДЦП в зависимости от тяжести двигательных нарушений.

Дизайн исследования:

Обследованию подлежало 120 детей с ДЦП в возрасте от 5 до 12 лет. Была проведена клиническая оценка двигательных нарушений по шкале GMFCS, анализ коморбидных заболеваний в зависимости от тяжести двигательных нарушений.

Проведено лабораторное исследование относительного количества основных классов лимфоцитов (CD3, CD4, CD8, CD4/CD8, CD16, CD20, CD95) с помощью реакции непрямой иммунофлуоресценции, уровня иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG) и цитокинов (INF- γ , TNF- α , IL-1 β , IL-4, IL-6, IL-8, IL-10) методом иммуноферментного анализа.

Дети с ДЦП получали растительный препарат «Имупрет» (Бионорика, Германия) с первого дня пребывания на курорте по 1 таблетке 2 раза в день в течение 14 дней.

После лечения было проведено повторное лабораторное исследование, иммунологические показатели сравнивались с показателями 24 здоровых детей, сопоставимых по возрасту и полу.

Результаты и обсуждение:

Коморбидные заболевания были выявлены у большинства детей с ДЦП, у 112 (93,3%) респондентов отмечены хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов, у 26 (21,6%), у 84 (70%) выявлены нарушения пережевывания и глотания, у 76 (63,3%) нарушения функции тазовых органов, у 35 (29,1%) хронические воспалительные заболевания мочевыводящих путей.

Из 120 детей с ДЦП острые респираторные заболевания или обострения хронических очагов инфекции во время пребывания на курорте развились у 46 (38,3%) человек. Обострения хронических инфекций ЛОР-органов отмечались у 39 человек, что составило 58,2 % заболевших. Острый бронхит развился у 11 (16,4 %) заболевших. У остальных 17 человек (25,4 % заболевших) отмечались острые респираторные и энтеровирусные инфекции. Большинство детей заболели на 4-5 день пребывания на курорте. Большой процент заболевших отмечался среди детей с тяжелыми формами ДЦП. Дети с ДЦП первого уровня по шкале GMFCS хорошо перенесли реабилитационное лечение, среди них не было ни одного заболевшего. У 30% детей второго уровня и у 40% детей с ДЦП третьего уровня развились различные острые состояния, а так же у 53,8% детей с ДЦП четвертого и у 57% пятого уровней по шкале GMFCS (таблица 1).

Таблица 1

Относительное количество заболевших на курорте детей с детским церебральным параличом в зависимости от тяжести двигательных нарушений

GMFCS	Распределение детей с ДЦП по уровням, n	Заболевшие на курорте, n (%)
I	18	0
II	20	6 (30%)
III	35	14 (40%)
IV	26	14 (53,8%)
V	21	12 (57%)
ВСЕГО	120	46 (38,3%)

Из 46 заболевших детей с ДЦП 29 человек (63%) прервали санаторно-курортное лечение в среднем на $5,3 \pm 0,85$ дней. У 7 человек (15,2 %) это вызвало сокращение курса санаторно-курортного лечения на $4,78 \pm 0,43$ лечебных дня.

Исследование иммунитета у детей с ДЦП выявило особенности при различной степени тяжести двигательных нарушений. Количественный анализ показал снижение относительного количества лимфоцитов у детей с ДЦП, CD3 в 1,3 раза ($p < 0,05$). Количество CD4 было снижено у детей с ДЦП в 1,7 раза ($p < 0,05$), CD8 снижено в 1,7 раза ($p < 0,05$). Коэффициент CD4/CD8 у детей с ДЦП был снижен в 2 раза ($p < 0,01$). В то же время количество клеток, экспрессирующих маркеры апоптоза (CD95) увеличено в 1,9 раза ($p < 0,01$). Средний показатель общего количества лимфоцитов (CD3) у детей с ДЦП был снижен на 25% в сравнении с показателем здоровых детей. Причем, у детей I уровня количество CD3(%) было сопоставимо с показателями здоровых детей. У детей II уровня CD3(%) было снижено на 15%, у детей III уровня на 25%, у детей 4 уровня на 32%, у детей 5 уровня на 40% в сравнении со здоровыми. Аналогичная тенденция снижения количества лимфоцитов у детей с ДЦП различной тяжести двигательных нарушений выявлена для CD4(%), CD8(%), CD16(%). Обратная зависимость выявлена для показателя CD95(%), чем тяжелее двигательные нарушения, тем выше относительное количество CD95(%) (таблица 2)

Таблица 2

Показатели клеточного иммунитета у детей с детским церебральным параличом

GMFCS	CD3%	CD4%	CD8%	CD4/CD8	CD16%	CD95%
I	57,22 ± 1,9	37,21 ± 1,34*	29,36 ± 2,4	1,72 ± 0,24	15,48 ± 1,8	22,48 ± 2,3
Различия с другими уровнями	I и II $p < 0,05$; I и III $p < 0,05$; I и IV $p < 0,01$; I и V $p < 0,01$	I и II $p < 0,05$; I и III $p < 0,05$; I и IV $p < 0,01$; I и V $p < 0,01$	I и II $p < 0,05$; I и III $p < 0,05$; I и IV $p < 0,01$; I и V $p < 0,01$	I и II $p < 0,05$; I и III $p < 0,05$; I и IV $p < 0,01$; I и V $p < 0,01$	I и II $p < 0,05$; I и III $p < 0,05$; I и IV $p < 0,01$; I и V $p < 0,01$	I и II $p < 0,05$; I и III $p < 0,05$; I и IV $p < 0,01$; I и V $p < 0,01$
II	53,43 ± 2,2*	32,53 ± 1,13*	24,28 ± 1,8*	1,34 ± 0,12*	13,27 ± 2,4	27,25 ± 3,3
Различия с другими уровнями	II и III $p < 0,05$; II и IV $p < 0,01$; II и V $p < 0,01$	II и III $p < 0,05$; II и IV $p < 0,01$; II и V $p < 0,01$	II и III $p < 0,05$; II и IV $p < 0,05$; II и V $p < 0,01$	II и III $p < 0,05$; II и IV $p < 0,05$; II и V $p < 0,01$	II и III $p < 0,05$; II и IV $p < 0,05$; II и V $p < 0,01$	II и III $p < 0,05$; II и IV $p < 0,01$; II и V $p < 0,01$
III	47,28 ± 1,7*	25,62 ± 1,25**	21,42 ± 1,1*	1,0 ± 0,18**	12,15 ± 1,7*	33,47 ± 1,9**
Различия с другими уровнями	III и IV $p < 0,05$; III и V $p < 0,01$	III и IV $p < 0,05$; III и V $p < 0,01$	III и IV $p < 0,05$; III и V $p < 0,01$	III и IV $p < 0,05$; III и V $p < 0,01$	III и IV $p < 0,05$; III и V $p < 0,01$	III и IV $p < 0,05$; III и V $p < 0,01$
IV	43,47 ± 1,5**	19,24 ± 0,92**	18,53 ± 1,3**	0,93 ± 0,22**	9,42 ± 2,2**	40,52 ± 1,7**
Различия с другими уровнями	IV и V $p < 0,05$	IV и V $p < 0,05$	IV и V $p < 0,05$	IV и V $p < 0,05$	IV и V $p < 0,05$	IV и V $p < 0,05$
V	37,23 ± 1,1***	15,18 ± 0,82***	14,72 ± 1,1***	0,72 ± 0,17**	7,31 ± 1,6***	44,31 ± 2,2***
всего	47,41 ± 1,9**	25,8 ± 1,06**	21,24 ± 1,1**	1,12 ± 0,19**	11,22 ± 1,94**	33,21 ± 2,28**
здоровые	62,28 ± 2,8	43,5 ± 2,2	31,62 ± 3,1	2,15 ± 0,25	17,18 ± 2,3	19,85 ± 3,5

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ – различия со здоровыми;

Используя клиническую оценку двигательных нарушений GMFCS, при всей её объективности, безусловно, не всегда можно четко классифицировать уровень нарушений в ряде клинических случаев. Допустимой признана пограничная оценка уровня GMFCS, например – уровень I – II или III – IV. Так же и в структуре детей с двигательными нарушениями различной степени тяжести не выявлено достоверных различий относительного количества лимфоцитов между пограничными уровнями. Показатели детей I и II уровня практически не отличались, тогда как, общие средние показатели детей I и II уровня достоверно отличались от общих средних показателей III и IV уровня и от показателей детей V уровня (таблица 3)

Таблица 3

Показатели клеточного иммунитета у детей с детским церебральным параличом в зависимости от тяжести двигательных нарушений

GMFCS	CD3%	CD4%	CD8%	CD4/CD8	CD16%	CD95%
I-II	55,38 ± 1,0*	34,52 ± 1,2*	26,52 ± 1,1*	1,55 ± 0,18*	14,62 ± 1,2	25,31 ± 2,2
III-IV	45,42 ± 0,8**†	22,19 ± 1,1**†	19,53 ± 1,2**†	0,95 ± 0,2*†	10,28 ± 1,3*†	39,25 ± 1,4**†
V	37,16 ± 1,1***††	15,43 ± 0,8***††	14,18 ± 1,1***††	0,74 ± 0,17**††	7,58 ± 1,6***††	44,25 ± 2,2***††
здоровые	62,28 ± 2,8	43,52 ± 2,2	31,61 ± 3,1	2,15 ± 0,25	17,16 ± 2,3	19,85 ± 3,5

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ – различия со здоровыми;

† $p < 0,05$; †† $p < 0,01$ – различия показателей между уровнями

Среднее количество В-лимфоцитов CD20 у детей с ДЦП было снижено в 2,2 раза ($p < 0,01$). Была выявлена гипои иммуноглобулинемия в виде снижения среднего уровня IgG в 1,47 раза ($p < 0,05$), IgM в 1,6 раза ($p < 0,05$), IgA в 1,5 раза ($p < 0,05$) у детей с ДЦП в сравнении со здоровыми (таблица 4)

Таблица 4

Показатели гуморального иммунитета у детей с детским церебральным параличом

GMFCS	CD20	IgA	IgM	IgG
	16,31 ± 1,52*	0,45 ± 0,06	0,68 ± 0,04	6,4 ± 0,02*
Различия с другими уровнями	I и II p ≤ 0,05; I и III p < 0,05; I и IV p < 0,01; I и V p < 0,01	I и II p ≥ 0,05; I и III p < 0,05; I и IV p < 0,01; I и V p < 0,01	I и II p ≥ 0,05; I и III p < 0,05; I и IV p < 0,01; I и V p < 0,01	I и II p ≥ 0,05; I и III p < 0,05; I и IV p < 0,01; I и V p < 0,01
II	12,72 ± 0,91**	0,43 ± 0,08*	0,57 ± 0,09*	5,8 ± 0,08*
Различия с другими уровнями	II и III p ≥ 0,05; II и IV p < 0,01; II и V p < 0,01	II и III p ≥ 0,05; II и IV p < 0,01; II и V p < 0,01	II и III p ≥ 0,05; II и IV p < 0,05; II и V p < 0,01	II и III p ≥ 0,05; II и IV p < 0,05; II и V p < 0,01
III	10,26 ± 1,33**	0,37 ± 0,09*	0,49 ± 0,09*	4,4 ± 0,03**
Различия с другими уровнями	III и IV p ≥ 0,05; III и V p < 0,01	III и IV p ≥ 0,05; III и V p < 0,01	III и IV p ≥ 0,05; III и V p < 0,01	III и IV p < 0,05; III и V p < 0,01
IV	9,53 ± 1,82***	0,34 ± 0,06**	0,38 ± 0,07**	3,5 ± 0,05**
Различия с другими уровнями	IV и V p ≥ 0,05	IV и V p ≥ 0,05	IV и V p ≥ 0,05	IV и V p ≥ 0,05
V	6,63 ± 1,71***	0,28 ± 0,04**	0,31 ± 0,05**	2,8 ± 0,08***
всего	10,8 ± 1,46**	0,39 ± 0,07**	0,49 ± 0,08**	4,58 ± 0,08**
здоровые	24,85 ± 2,5	0,62 ± 0,07	0,86 ± 0,1	7,17 ± 0,06

Примечание: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001 – различия со здоровыми;

Из таблицы следует, что показатели «соседних» уровней отличались недостоверно, однако, общие средние показатели I и II уровней достоверно отличались от общего среднего значения III и IV уровней и от показателей V уровня. Чем тяжелее двигательные нарушения, тем меньше количество В-лимфоцитов и более выражена гипогаммаглобулинемия (таблица 5)

Таблица 5

Показатели гуморального иммунитета у детей с детским церебральным параличом в зависимости от тяжести двигательных нарушений

GMFCS	CD20	IgA	IgM	IgG
I-II	13,56 ± 1,22*	0,45 ± 0,09*	0,63 ± 0,07*	6,13 ± 0,37*
III-IV	10,12 ± 1,6***†	0,36 ± 0,08***†	0,44 ± 0,09***†	3,95 ± 0,59***†
V	7,46 ± 1,75***††	0,28 ± 0,07***††	0,31 ± 0,08***††	2,84 ± 0,48***††
здоровые	24,85 ± 2,5	0,62 ± 0,3	0,86 ± 0,1	7,17 ± 0,56

Примечание: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001 – различия со здоровыми;

†p < 0,05; ††p < 0,01 – различия показателей между уровнями

Был выявлен дисбаланс в системе про- и противовоспалительных цитокинов у детей с ДЦП в виде увеличение уровня провоспалительных цитокинов INF-γ, TNF-α, IL-1β, IL-6, IL-8 и снижении уровня противовоспалительных цитокинов IL-4 и IL-10 в зависимости от тяжести двигательных нарушений. Чем выше степень парезов, тем более выраженный дисбаланс про- и противовоспалительных цитокинов у детей с ДЦП (таблица 6)

Таблица 6

Показатели цитокинового спектра у детей с детским церебральным параличом

GMFCS	INF-γ	TNF-α	IL-1β	IL-4	IL-6	IL-8	IL-10
I	22,57 ± 2,71	7,41 ± 1,7	0,04 ± 0,007	11,3 ± 1,4	18,31 ± 2,41	28,16 ± 9,52*	7,8 ± 1,2*
Различия с другими уровнями	I и II p ≤ 0,05; I и III p < 0,05; I и IV p < 0,01; I и V p < 0,01	I и II p ≤ 0,05; I и III p < 0,05; I и IV p < 0,01; I и V p < 0,01	I и II p < 0,05; I и III p < 0,05; I и IV p < 0,01; I и V p < 0,01	I и II p ≥ 0,05; I и III p < 0,05; I и IV p < 0,01; I и V p < 0,01	I и II p < 0,05; I и III p < 0,05; I и IV p < 0,01; I и V p < 0,01	I и II p < 0,05; I и III p < 0,05; I и IV p < 0,01; I и V p < 0,01	I и II p ≥ 0,05; I и III p < 0,05; I и IV p < 0,01; I и V p < 0,01
II	28,63 ± 3,42*	12,73 ± 2,3*	0,9 ± 0,02*	9,9 ± 2,3*	24,52 ± 1,93*	43,66 ± 7,12**	5,3 ± 1,6**
Различия с другими уровнями	II и III p ≥ 0,05; II и IV p < 0,01; II и V p < 0,01	II и III p ≥ 0,05; II и IV p < 0,01; II и V p < 0,01	II и III p ≥ 0,05; II и IV p < 0,05; II и V p < 0,01	II и III p ≥ 0,05; II и IV p < 0,05; II и V p < 0,01	II и III p < 0,05; II и IV p < 0,05; II и V p < 0,01	II и III p < 0,05; II и IV p < 0,01; II и V p < 0,01	II и III p ≥ 0,05; II и IV p < 0,01; II и V p < 0,01
III	32,91 ± 2,9**	16,62 ± 1,9**	1,9 ± 0,04**	5,2 ± 1,7**	33,74 ± 2,56**	88,52 ± 11,41***	4,1 ± 2,2**

Различия с другими уровнями	III и IV p \geq 0,05; III и V p<0,01	III и IV p<0,05; III и V p<0,01	III и IV p<0,05; III и V p<0,01	III и IV p \geq 0,05; III и V p<0,01	III и IV p<0,05; III и V p<0,01	III и IV p<0,05; III и V p<0,01	III и IV p \geq 0,05; III и V p<0,01
IV	36,51 \pm 1,85**	22,41 \pm 2,5***	3,5 \pm 0,03***	2,7 \pm 1,5***	42,57 \pm 2,34**	141,73 \pm 16,73***	2,9 \pm 1,8***
Различия с другими уровнями	IV и V p<0,05	IV и V p<0,05	IV и V p<0,05	IV и V p<0,05	IV и V p<0,05	IV и V p<0,05	IV и V p \geq 0,05
V	42,16 \pm 2,3**	28,75 \pm 3,3***	4,5 \pm 0,07***	1,2 \pm 1,1***	49,72 \pm 2,9***	189,53 \pm 14,61***	1,7 \pm 1,5***
всего	32,55 \pm 2,63**	17,58 \pm 2,34***	2,17 \pm 0,32***	6,06 \pm 1,6**	33,77 \pm 2,43**	98,32 \pm 11,87***	4,36 \pm 1,66**
здоровые	20,4 \pm 3,05	4,71 \pm 2,52	0,03 \pm 0,004	15,06 \pm 3,63	13,26 \pm 7,44	12,76 \pm 5,13	10,8 \pm 0,51

Примечание: *p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001 – различия со здоровыми;

Показатели у детей с пограничными уровнями двигательных нарушений отличались недостоверно, тогда как средние общие показатели I и II уровней достоверно отличались от общих средних показателей III и IV уровня, а так же от показателей V уровня (таблица 7)

Таблица 7

Показатели цитокинового спектра у детей с детским церебральным параличом в зависимости от тяжести двигательных нарушений

GMFCS	INF- γ	TNF- α	IL-1 β	IL-4	IL-6	IL-8	IL-10
I-II	25,58 \pm 3,21	10,11 \pm 1,9**	0,48 \pm 0,09**	10,57 \pm 1,8*	21,41 \pm 2,18*	35,86 \pm 8,92**	6,7 \pm 1,16*
III-IV	34,76 \pm 2,39*†	19,52 \pm 2,2**†	2,85 \pm 0,4***††	4,1 \pm 1,67**†	38,14 \pm 2,46***††	115,14 \pm 13,9***†††	3,6 \pm 2,17**
V	42,16 \pm 2,3**	28,75 \pm 3,3***	4,5 \pm 0,7***†††	1,2 \pm 1,1***†††	49,72 \pm 2,9***†††	189,53 \pm 14,61***†††	1,7 \pm 1,5***†††
здоровые	20,4 \pm 3,05	4,71 \pm 2,52	0,03 \pm 0,004	15,06 \pm 3,63	13,26 \pm 7,44	12,76 \pm 5,13	10,8 \pm 0,51

Примечание: *p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001 – различия со здоровыми;

† p < 0,05; †† p < 0,01 – различия показателей между уровнями

В результате лечения общее количество лимфоцитов у детей с ДЦП изменилось недостоверно. В структуре показателей клеточного иммунитета достоверно увеличилось общее среднее значение Т-хелперов и Т-супрессоров I и II уровня, снизилось количество лимфоцитов, экспрессирующих маркер апоптоза. Общие средние показатели детей III и IV уровня изменились недостоверно, у детей V уровня основные классы лимфоцитов практически без динамики, однако, увеличилось количество CD95(%), что свидетельствует об усилении апоптоза среди детей с тяжелыми двигательными нарушениями в процессе реабилитации (таблица 8)

Таблица 8

Динамика показателей клеточного иммунитета у детей с детским церебральным параличом в процессе санаторно-курортного лечения

GMFCS	CD3%	CD4%	CD8%	CD4/CD8	CD16%	CD95%
I-II	до лечения	55,38 \pm 1,05	34,52 \pm 1,2	26,52 \pm 1,1	1,55 \pm 0,18	14,62 \pm 1,2
	после лечения	57,26 \pm 1,38	39,41 \pm 1,4*	29,68 \pm 1,5*	1,75 \pm 0,09*	15,24 \pm 1,3
III-IV	до лечения	45,42 \pm 0,85	22,19 \pm 1,1	19,53 \pm 1,2	0,95 \pm 0,2	10,28 \pm 1,3
	после лечения	47,16 \pm 1,3	24,52 \pm 1,3	19,86 \pm 1,7	1,23 \pm 0,12	12,45 \pm 1,1
V	до лечения	37,16 \pm 1,1	15,43 \pm 0,8	14,18 \pm 1,1	0,74 \pm 0,17	7,58 \pm 1,6
	после лечения	38,25 \pm 1,3	15,29 \pm 1,2	16,2 \pm 1,5	0,83 \pm 0,12	7,26 \pm 1,9
здоровые	62,28 \pm 2,8	43,52 \pm 2,2	31,61 \pm 3,1	2,15 \pm 0,25	17,16 \pm 2,3	19,85 \pm 3,5

Примечание: * - p < 0,05 - различия после лечения

Показатели гуморального иммунитета достоверно изменились у детей I и II уровня, у детей III и IV уровня изменились недостоверно, у детей V уровня не изменились (таблица 9)

Таблица 9

Динамика показателей гуморального иммунитета у детей с детским церебральным параличом в процессе санаторно-курортного лечения

GMFCS	CD20	IgA	IgM	IgG	
I-II	до лечения	13,56 \pm 1,22	0,45 \pm 0,11	0,63 \pm 0,17	6,13 \pm 0,37
	после лечения	18,46 \pm 2,2*	0,49 \pm 0,14*	0,69 \pm 0,22*	6,88 \pm 0,41*
III-IV	до лечения	10,12 \pm 1,64	0,36 \pm 0,11	0,44 \pm 0,11	3,95 \pm 0,59
	после лечения	11,31 \pm 1,43	0,38 \pm 0,12	0,46 \pm 0,12	3,92 \pm 0,44
V	до лечения	7,46 \pm 1,75	0,28 \pm 0,14	0,31 \pm 0,11	2,84 \pm 0,48
	после лечения	7,52 \pm 1,38	0,29 \pm 0,15	0,32 \pm 0,13	2,91 \pm 0,34
здоровые	24,85 \pm 2,5	0,62 \pm 0,3	0,86 \pm 0,1	7,17 \pm 0,56	

Примечание: * - p < 0,05 - различия после лечения

В структуре показателей цитокинового спектра после лечения снизился уровень только провоспалительных цитокинов TNF- α и IL-1 β у детей I и II уровня, увеличился уровень противовоспалительного IL-10 у этой же категории детей. Другие цитокины у других категорий детей с ДЦП изменились недостоверно (таблица 10)

Таблица 10

Динамика показателей цитокинового спектра у детей с детским церебральным параличом в процессе санаторно-курортного лечения

	GMFCS	INF- γ	TNF- α	IL-1 β	IL-4	IL-6	IL-8	IL-10
I-II	до лечения	25,58 \pm 3,21	10,11 \pm 1,9	0,48 \pm 0,09	10,57 \pm 1,8	21,41 \pm 2,18	35,86 \pm 8,92	6,7 \pm 1,16
	после лечения	21,73 \pm 2,86	6,56 \pm 1,2*	0,15 \pm 0,08*	13,82 \pm 2,2	18,43 \pm 2,41	28,46 \pm 5,14	9,75 \pm 1,44*
III-IV	до лечения	34,76 \pm 2,39	19,52 \pm 2,2	2,85 \pm 0,4	4,1 \pm 1,67	38,14 \pm 2,46	115,14 \pm 13,9	3,6 \pm 2,17
	после лечения	30,71 \pm 2,43	16,77 \pm 2,48	2,28 \pm 0,72	6,32 \pm 1,94	41,72 \pm 2,34	107,12 \pm 14,32	6,13 \pm 2,52
V	до лечения	42,16 \pm 2,3	28,75 \pm 3,3	4,5 \pm 0,7	1,2 \pm 1,1	49,72 \pm 2,9	189,53 \pm 14,61	1,7 \pm 1,5
	после лечения	37,42 \pm 2,86	25,44 \pm 4,2	4,3 \pm 1,2	1,8 \pm 1,24	50,58 \pm 3,46	183,26 \pm 15,38	2,6 \pm 1,37
	здоровые	20,4 \pm 3,05	4,71 \pm 2,52	0,03 \pm 0,004	15,06 \pm 3,63	13,26 \pm 7,44	12,76 \pm 5,13	10,8 \pm 0,51

Примечание: * - p<0,05 - различия после лечения

Выводы:

Иммуномодулирующая терапия во время санаторно-курортного лечения актуальна у детей с нетяжелыми формами заболевания, тем не менее, ответ на иммуномодулирующую терапию даже у детей с нетяжелыми формами заболевания неполный, за 14 дней получено лишь увеличение некоторых показателей клеточного и гуморального иммунитета, практически нет реакции на лечение по показателям цитокинового спектра, что свидетельствует о том, что полученный эффект имеет преходящий характер.

У детей с среднетяжелыми и тяжелыми двигательными нарушениями, вероятнее всего, требуется более длительная иммуномодулирующая терапия, проведение которой актуально до начала санаторно-курортного лечения.

Иммуномодулирующая терапия может рассматриваться как метод подготовки детей с ДЦП к санаторно-курортному лечению, в особенности, детей с средне-тяжелыми и тяжелыми двигательными нарушениями, и должна проводиться накануне запланированного санаторно-курортного лечения.

Список литературы:

- Евтушенко О.С., Яновская Н.В., Дубина С.П. и др.. Опыт реабилитации детей с различными органическими заболеваниями нервной системы в Донецком областном детском клиническом центре нейрореабилитации. *Международный неврологический журнал*. 2010; 7(37):11-19
- Кривуцев Б.И., Юлиш Е.И.. Методы реабилитации часто болеющих детей, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы. *Здоровье ребенка*. 2009;1(16):25-28
- Каладзе Н.Н., Пономаренко Ю.Н., Мошкова Е.Д.. Особенности иммунных реакций у детей с детским церебральным параличом на санаторно-курортном этапе реабилитации. *Международный неврологический журнал*. 2014;3(65):41-46.
- Пичкур Л.Д., Руденко В.А.. Динамика показателей клеточного иммунитета и нейроаутоиммунных реакций у больных со спастическими формами ДЦП на этапах восстановительного лечения с использованием эмбриональной нервной ткани. *Український нейрохірургічний журнал*. 2000;4:121-125
- Цимбалюк В.И., Бровченко М.С.. Роль некоторых нейроиммунных и сосудистых факторов при ишемических повреждениях головного мозга. *Укр. мед. часопис*. 2005;4:С.25-40
- Macrez R., Ali C., Toutirais O. et al. Stroke and the immune system: from pathophysiology to new therapeutic strategies. *The Lancet Neurol*. 2011;10;5:471-80. doi:10.1016/S1474-4422(11)70066-7
- Mc Adams R., Juul S. The Role of Cytokines and Inflammatory Cells in Perinatal Brain Injury. *Hindawi Publish Corporation Neurol Res Int*. 2012. article ID 561494. 15 p. doi:10.1155/2012/561494
- Mallard C.. Innate Immune Regulation by Toll-Like Receptors in the Brain. *Int Scholar Res Network Neurology*. 2012. article ID 701950. 19 p. doi:10.5402/2012/701950
- O'Callaghan M, MacLennan A, Haan E, Dekker G. The genomic basis of cerebral palsy: a HuGE systematic. literature review. *Hum Gen*. 2009;126:149–172. doi:10.1007/s00439-009-0638-5
- Rosenbaum P.L., Walter S.D., Hanna S.E. et al.. Prognosis for Gross Motor Function in Cerebral Palsy: Creation of Motor Development Curves. *JAMA*. 2002;288(11):1357-1363 (doi:10.1001/jama.288.11.1357)
- Therapeutic guidelines. Management guidelines: developmental disability. Version 3. Melbourne:Therapeutic Guidelines Limited. 2012.303 p.
- Volpe J.J. Postnatal Sepsis, Necrotizing Enterocolitis, and the Critical Role of Systemic Inflammation in White Matter Injury in Premature Infants. *Journ Pediatr*. 2008;153;2:160-163.doi:10.1016/j.jpeds.2008.04.057

УДК 615.8:615.847+615.844.1

Волотовская А.В., Войченко Н.В., Сущенко Е.А.

ТЕХНОЛОГИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ ДОРСОПАТИЙ*Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Беларусь*

Volotovskaja A.V., Voichenko N.V., Sucshenja E.A.

TECHNOLOGY OF COMBINED PHYSIOTHERAPY OF DORSOPATHIES*Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus***Ключевые слова:** дорсопатии, ультразвук, магнитные поля, светодиодное излучение*Keywords: dorsopathy, ultrasound, magnetic fields, LED- light*

Аннотация: В статье рассматриваются вопросы комплексной терапии дорсопатий - актуальной проблемы медицины - с применением физических факторов. Приведены результаты комбинированного применения импульсных токов, ультразвуковой терапии (электроультрафонотерапии) и оптического излучения и магнитных полей (фотомагнитотерапии).

Abstract: The article deals with the issues of complex therapy of dorsopathies - the actual problem of medicine - with the use of physical factors. The results of combined application of pulse currents, ultrasonic therapy (electro-ultraphonotherapy) and optical radiation and magnetic fields (photomagnetotherapy) are presented.

Введение. Дорсопатии являются одной из значимых медицинских проблем. Данная патология широко распространена, в том числе и среди лиц трудоспособного возраста, что определяет временную нетрудоспособность и высокие социально-экономические потери [1,2].

В лечении дорсопатий оптимальным является комплексное воздействие, направленное на коррекцию и купирование различных патологических вертеброгенных проявлений. Существует широкий арсенал медикаментозных средств, применяющихся при реабилитации пациентов с дорсопатиями, достаточно эффективно используются и немедикаментозные методы реабилитации, к которым относятся физические факторы [3,4].

Активно используются в реабилитации пациентов с заболеваниями позвоночника импульсные токи (синусоидально-модулированные, диадинамические и др.). Выраженное анальгетическое, трофостимулирующее, сосудорасширяющее действие, присущее этим видам токов, позволяет широко применять данный электротерапевтический метод у пациентов с остеохондрозом на различных этапах реабилитации [5].

Специфическое физико-химическое действие ультразвука (УЗ) состоит в активизации биохимических и физико-химических процессов в тканях. Воздействие всех трех факторов (теплого, механического и физико-химического) тесно связано между собой и оказывает на организм сочетанное многогранное действие. УЗ обладает выраженным противовоспалительным, болеутоляющим, спазмолитическим, рассасывающим, трофическим, гипосенсибилизирующим и антиаллергическим действием [6,7].

В последние десятилетия широкое распространение получили источники импульсных магнитных полей, а также светодиодные источники, успешно применяемые при различных группах заболеваний, в том числе при остеоартрозе. Известно, что низкочастотная магнитотерапия обладает противовоспалительным действием, связанным с влиянием на синтез простагландинов, стабилизацией мембран тучных клеток и базофилов, торможением выброса гистамина и других медиаторов. Магнитотерапия оказывает вазоактивный, противоотечный, трофический и анальгезирующий эффекты [8].

Наряду с лазеротерапией, которая эффективно применяется в вертебологии, широко используется и светодиодное излучение. Действие оптического поляризованного излучения зависит от длины волны, что предопределяет индивидуальный подход к его использованию. Так, красному и инфракрасному светодиодному излучению присущи физиологические и лечебные эффекты, сходные с эффектами, вызываемыми низкочастотными магнитными полями, что позволяет предполагать усиление терапевтического действия при сочетании этих двух физических факторов [9].

К настоящему времени методики комплексного применения импульсных токов, ультразвуковой терапии (электроультрафонотерапии) и (оптического излучения и магнитных полей) фотомагнитотерапии, не разработаны, что и определяет актуальность нашего исследования.

Материалы и методы. В клиническое исследование были включены 118 пациентов с остеохондрозом позвоночника (поясничной дорсопатией) (62 мужчины и 56 женщин) в возрасте от 35 до 58 лет (средний возраст — $47,6 \pm 3,5$ года) с хроническим рецидивирующим течением заболевания и при длительности обострения от 1 до 3 месяцев.

В неврологическом статусе пациентов отмечались: болевой синдром, ограничение движений в поясничном отделе позвоночника, положительные симптомы натяжения.

Стандартное лечение пациентов включало медикаментозную терапию (нестероидные противовоспалительные препараты, витамины группы В), магнитотерапию, лечебную физкультуру.

Методом случайной выборки пациенты были разделены на две группы. В первой группе (основной), состоявшей из 65-ти пациентов, базисная терапия была дополнена комбинированной физиотерапией, включающей магнитотерапию, фототерапию, импульсную электротерапию и ультразвук, во второй группе (контрольной), куда вошли 53 пациента, применялось только стандартное лечение.

В основной группе комбинированная физиотерапия выполнялась один раз в день на поясничный отдел позвоночника (L2—S1) паравертебрально и нижние конечности (болевые зоны). Пациентам проводили общую магнитотерапию в течение 15- 20 мин. Фототерапию от аппарата «Ромашка» проводили с использованием поляризованной насадки инфракрасным излучением на точки паравертебральной зоны при плотности потока мощности 50 мВт/см², затем на точки по ходу проекции седалищного нерва при плотности потока мощности 100 мВт/см² (при наличии болевого синдрома). Время воздействия на каждую точку составляло 1 мин, на процедуру выбирали 10 -14 точек. Далее с перерывом не менее двух часов осуществляли воздействия на пояснично – крестцовый отдел позвоночника импульсными токами (СМТ) по методике лечения болевых синдромов с последующим воздействием на эту зону ультразвуком лабильно в импульсном режиме интенсивностью 0,2 Вт/см² по 2 минуты паравертебрально и на область ягодицы и бедра в непрерывном режиме, интенсивность 0,4 Вт/см², общее время воздействия – до 15 мин. Курс комбинированной физиотерапии проводился ежедневно в течение 10 дней.

Критериями эффективности лечения были уменьшение болевого синдрома в области позвоночника и проекционных болей (по 10-балльной визуальной аналоговой шкале — ВАШ), динамика неврологических симптомов, объем подвижности в поясничном отделе позвоночника (флексия, экстензия, латерофлексия).

Результаты. При оценке интенсивности болевого синдрома, согласно ВАШ, было установлено, что у пациентов основной группы интенсивности снизилась через 5 и 10 процедур в 1,8 и 2,6 раз соответственно ($p < 0,05$). В то же время у пациентов 2-й группы скорость развития болеутоляющего эффекта оказалась меньшей и равнялась 1,1 и 1,7 раза соответственно ($p < 0,05$).

Результаты исследования функциональной способности пациентов представлены в таблице.

Таблица - Динамика параметров флексии и латерофлексии у пациентов с остеохондрозом

Показатель/ группа	Флексия, см		Латерофлексия, см	
	До курса	После курса	До курса	После курса
Основная группа	3,15 ± 0,15	5,56 ± 0,45*	4,15 ± 0,25	5,65 ± 0,55*
Контрольная группа	3,25 ± 0,10	4,53 ± 0,75	4,15 ± 0,15	5,15 ± 0,15

Примечание * - различия достоверны по отношению к контрольной группе при $p < 0,05$

В динамике улучшение функциональной способности позвоночника отмечалось у пациентов обеих групп, однако у пациентов основной группы, прошедших курс реабилитационных мероприятий с использованной разработанной технологии, эффективность оказалась выше.

К завершению реабилитационного курса выраженность патологических симптомов натяжения значительно уменьшилась в основной группе, так симптом Ласега выявлялся с угла $62,3 \pm 5,7^\circ$ до курса и с $83,5 \pm 5,4^\circ$ ($p < 0,05$) после курса лечения, у пациентов в группе контроля – с $64,3 \pm 5,7^\circ$ до курса и $80,0 \pm 6,0^\circ$ ($p < 0,05$) после курса.

При оценке эффективности купирования неврологической симптоматики установлено, что количество пациентов со значительным улучшением оказалось на 26,7 % больше в группе комбинированного лечения, кроме того, у 23,4 % пациентов из группы сравнения положительной динамики не отмечалось.

Заключение. Таким образом, применение магнитных полей, оптического излучения инфракрасного диапазона, импульсной электротерапии и ультразвука в виде комбинирования в течение одного курса у пациентов с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника способствует снижению воспалительной активности, уменьшению болевого синдрома в покое и при движении, улучшению функциональной способности и увеличению объема движений. Комплексное применение вышеуказанных лечебных физических факторов не вызывает каких-либо побочных эффектов и хорошо переносится пациентами.

На основании полученных данных разработана технология комбинированного применения электроультрафототерапии и фотомагнитотерапии при реабилитации пациентов с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника.

Список литературы

- Хабиров, Ф.А. Руководство по клинической неврологии позвоночника. — Казань, 2006. – 520 с.
 Подчуфарова, Е.В. Актуальные вопросы острой и хронической боли в пояснично-крестцовой области / Е.В.Подчуфарова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – №1. С. 27–35.
 Физиотерапия: национальное руководство. Абрамович С.Г., Адилев В.В., Антипенко П.В. и др. / Под ред. Г.Н. Пономаренко. - 2009. – 864 с.
 Сичинава Н.В. Воздушные радоновые ванны, световакуумная и ультразвуковая терапия в комплексном лечении неврологических

- проявлений дорсопатий / Н.В. Сичинава [и др.] // Физиотерапия бальнеология реабилитация. – 2012. – № 1. – С. 45 – 50.
- Щекодько, Ю.А. Эффективность сочетанной терапии (импульсные токи и ультразвук) в лечении дорсопатий / Ю.А.Щекодько, В.А.Дробышев // Электр. научн. журнал «Медицина и образование в Сибири» – 2012. – № 3. <http://ngmu.ru>
- Пономаренко, Г.Н. Биофизические основы физиотерапии: Учебное пособие / Г.Н. Пономаренко, И.И. Турковский– М.: ОАО Издательство Медицина, 2006. – 176 с.
- Fiore P. Short-term effects of highintensity laser therapy versus ultrasound therapy in the treatment of low back pain: a randomized controlled trial / P. Fiore, F. Panza, G. Cassatella et al.// European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. 2011. – vol. 47, №. 3. – P. 367–373.
- Илларионов, В.Е. Магнитотерапия / В.Е. Илларионов– М.: Книжный дом «Либроком», 2009. – 136 с.
- Селезнев, А.Н. Применение светодиодного фотоматричного облучения красным цветом у больных с цервикальной дорсопатией / А.Н. Селезнев [и др.]// Журн. неврологии и психиатрии. – 2012. – №1. – С. 94 – 96.

УДК 614

Stokes, Emma K.

PHYSIOTHERAPY IN REHABILITATION – PRACTICE AND PROFESSION IN THE 21ST CENTURY

World Confederation for Physical Therapy, London, United Kingdom

The profession of physiotherapy and physical therapy has developed significantly since its formation in the 19th century with its Swedish and British roots informing its development (Ottosson 2016, CSP 1994). Today, there are estimated to be approximately half a million physiotherapists in the European Union and the World Confederation for Physical Therapy comprises in excess of 100 member organisations. Founded in 1951, it is the sole international representative organisation for physiotherapy and physical therapy, in official relations with WHO and holding consultative status with the United Nations.

The diversity of its membership reflects the diversity of the profession internationally. WCPT's member organisations membership ranges from 13 to 70,000 members. WCPT conducts a census of the profession on a regular basis that allows us to capture the nature and scope of professional practice within the profession.

Physiotherapists have different titles in different countries: in some countries they are called physical therapists. Physiotherapists provide services that develop, maintain and restore people's maximum movement and functional ability. They can help people at any stage of life, when movement and function are threatened by ageing, injury, diseases, disorders, conditions or environmental factors.

Physiotherapists help people maximise their quality of life, looking at physical, psychological, emotional and social wellbeing. They work in the health spheres of promotion, prevention, treatment/intervention, habilitation and rehabilitation.

Physiotherapists are qualified and professionally required to:

- undertake a comprehensive examination/assessment of the patient/client or needs of a client group
- evaluate the findings from the examination/assessment to make clinical judgments regarding patients/clients
- formulate a diagnosis, prognosis and plan
- provide consultation within their expertise and determine when patients/clients need to be referred to another healthcare professional
- implement a physical therapist intervention/treatment programme
- determine the outcomes of any interventions/treatments
- make recommendations for self-management.

The global physiotherapy community has agreed a Description of Physiotherapy (WCPT 2015)

The most common entry to practice qualification in the Bachelor's degree and in two thirds of WCPT member organisations this prepares graduates for autonomous practice (WCPT 2013). WCPT provides an accreditation programme for universities seeking to have their reviewed and had completed reviews in China, Malaysia, the Middle East and Europe.

Direct access to physiotherapy ie access without the need for a referral from a third party is available in 58% of WCPT member organisations (Bury & Stokes, 2013).

The World Confederation for Physical Therapy advocates for regulation of the profession through recognised and valued systems. These systems should assure protection of the public through mechanisms including responsible self-governance of physiotherapists.

Models of professional regulation vary between countries and are influenced by many factors, including the system of government, the health system and the history of the profession. Physiotherapy is an internationally recognised health profession which should only be practised by qualified physical therapists (WCPT 2011a). Where required by state or national legislation, they are entitled to hold a valid registration/licence to practise physical therapy and/

or use the title physical therapist (WCPT 2011b). In the absence of regulatory legislation, physical therapists are recognised through their eligibility for membership in the WCPT member organisation in that country.

Barclay J. In good hands: the history of the Chartered Society of Physiotherapy 1894-1994. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1994.

Bury T, Stokes EK (2013) A global view of direct access and patient self-referral to Physical Therapy: Implications for the profession. *Physical Therapy* 93:449-459.

Ottosson A (2016) Androphobia, Demasculinization, and Professional Conflicts: The Herstories of the Physical Therapy Profession Deconstructed. *Social Science History* 40:433-461.

World Confederation for Physical Therapy (2011a) WCPT guideline for physical therapist professional entry level education. London, UK: WCPT www.wcpt.org/guidelines/entry-level-education

World Confederation for Physical Therapy (2011b). Policy statement: Protection of title. London, UK: WCPT. www.wcpt.org/policy/ps-protection-title

World Confederation for Physical Therapy (2013) Physical Therapy: a global profile. London, UK: WCPT <https://magic.piktochart.com/output/5379562-wcptdatainfographic1>

УДК 616.12-005.4-089

Евдокимова Т.А., Черныш Н.В., Богданова М.Ю.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЭРГОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

ФГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» Минздрава РФ, Санкт-Петербург

T.A. Evdokimova, N.V.Chernish, M.U. Bogdanova

INTEGRATED REHABILITATION FOR PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE.

The department of medical rehabilitation and adaptive physical education culture of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint- Petersburg

Ключевые слова: реабилитационное вмешательство, нейрореабилитация, ишемический инсульт, когнитивные нарушения, когнитивный тренинг, эрготерапия.

Аннотация В статье представлены результаты сравнения различных реабилитационных методик у пациентов, переносивших острое нарушение мозгового кровообращения, в том числе имеющих когнитивные расстройства.

Keywords: rehabilitation, neurorehabilitation, ischemic stroke, cognitive impairment, cognitive training, ergotherapy.

Abstract/ The article presents the results of a comparison of different methods of rehabilitation in patients undergoing acute cerebrovascular accident, including those with cognitive disorders.

Цель. Анализ показателей качества жизни в процессе физической реабилитации на стационарном этапе лечения больных острым ишемическим инсультом (ИИ) с тревожно-депрессивными и когнитивными расстройствами.

Материал и методы. Обследовано 54 больных острым ИИ. После стабилизации состояния у всех больных применялась лечебная гимнастика (ЛГ). Пациенты, у которых применялась только ЛГ, составили 1 группу в нее вошли 7 женщин и 13 мужчин в возрасте 67±9 лет. Пациенты, которым дополнительно проводились эрготерапевтические занятия, составили группу эрготерапии (ЭТ) 20 женщин и 14 мужчин, средний возраст 67±12 лет. В первые сутки поступления больных в неврологическое отделение стационара и перед выпиской выполнялось клиническое обследование с использованием: 6-балльной шкалы и шкалы мышечной спастичности Ашворта, неврологический статус по шкале NIHSS, степень нарушения жизнедеятельности по шкале Рэнкин, с помощью индексов Ривермид и Бартела. реабилитационного вмешательства [3,4,6].

Уровень тревоги и депрессии - по методике Гамильтона, когнитивная дисфункция - в соответствии со шкалой MoCA, качество жизни с использованием 10-балльной визуально-аналоговой шкалы и с помощью методики EQ-5D-5L [1,2,5,7].

Результаты. Исходный неврологический статус больных исследуемых групп оказался сопоставим, значения показателей когнитивной функции пациентов были снижены (20±6 баллов), когнитивный дефицит отмечался в 60%, и 75% случаев у больных групп ЛГ и ЭТ соответственно. Исходно, у больных всех групп отмечалось значительное ухудшение качества жизни (визуально-аналоговая шкала: 4,4±2 балла). По данным методики EQ-5D-5L у пациентов группы ЭТ исходные показатели качества жизни также были значимо снижены (0,23±0,36 балла). За время наблюдения все больные достигли индивидуальных краткосрочных и долгосрочных целей реабилитации. Длительность реабилитационного курса у пациентов группы ЛГ составила 17±4 дня. Длительность курса реабилитационных мероприятий в группе ЭТ составила 11±2 дня. К моменту выписки из стационара больные группы ЭТ освоили самостоятельный прием пищи, восстановили бытовые навыки паретичной конечности по мытью посуды, стирке, открыванию и закрыванию дверей,

пользованию выключателями и бытовыми приборами. Наиболее позитивные изменения регистрировались в группе ЭТ. Уровень депрессивных нарушений наиболее отчетливо снижался у пациентов группы ЭТ по мере роста их функциональной независимости.

Заключение. Применение эрготерапии безопасно и эффективно. Наиболее выраженный и быстрый регресс неврологических функциональных нарушений, а также улучшение психического статуса и качества жизни регистрируется на фоне дополнительного эрготерапевтического вмешательства.

Список литературы

- Григорьева, В. Н. Когнитивная реабилитация больных с инсультом и черепно-мозговой травмой: руководство / В. Н. Григорьева, М. С. Ковязина, А. Ш. Тхостов. - Н. Новгород: Изд-во НижГМА, 2012. - 324 с.
- Cumming T.B., Marshall R.S., Lazar R.M. Stroke, cognitive deficits, and rehabilitation: still an incomplete picture. *Int. J. Stroke.* 2013; 8(1): 38-45.
- Golden C.J., Hammeke T.A., & Purish A.D. (1980). *The Luria-Nebraska Neuropsychological Battery manual.* Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Jaillard A., Naegele B., Trabucco-Miguel S., LeBas J.F., Hommel M. Hidden dysfunctioning in subacute stroke // *Stroke.* - 2009. - Vol. 40(7). - P. 2473-2479.
- Jette D.U., Latham N.K., Smout R.J., Gassaway J., Slavin M.D., Horn S.D. Physical therapy interventions for patients with stroke in inpatient rehabilitation facilities // *Phys. Ther.* - 2005. - Vol. 85(3). - P.238-248.
- Rasmussen A., Lunde M., Poulsen D.L., Sorensen K., Qvitzau S., Bech P. A double-blind, placebo-controlled study of sertraline in the prevention of depression in stroke patients // *Psychosomatics.* - 2003. - Vol. 44. - P. 216 -221.
- Skvortsova V.I., Ivanova G.E., Romyantseva N.A. et al. Current Approaches to Restoring Walking in Patients during the Acute Phase of Cerebral Stroke // *Neuroscience and Behavioral Physiology.* - 2011. - Vol. 41(5). - P. 536-541.

УДК 616.12.-008331.1-036.8:615.83

Ежов В.В., Царёв А.Ю., Платунова Т.Е.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

ГБУЗ РК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова», г.Ялта, Республика Крым, РФ

АННОТАЦИЯ

Разработаны методические рекомендации по клинико-функциональной оценке пациентов с хроническими формами цереброваскулярных заболеваний на основе критериев «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья». Установлены соответствия доменов данной классификации и существующих клинико-функциональных признаков цереброваскулярных заболеваний. Предложены доступные в медицинской практике методы их верификации и критерии установления степени нарушений функций.

Ключевые слова: хроническая ишемия мозга, медицинская реабилитация, оценка функционального состояния, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

SUMMARY

Vladimir V. Ezhov, Alexander Yu. Tsarev, Tatiana E. Platonova

FUNCTIONAL EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA

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, Crimea, Russia

Recommendations on the clinical and functional evaluation of patients with chronic forms of cerebrovascular diseases based on the criteria of the "International Classification of Functioning, Disability and Health" were proposed. The correspondence of domains of this classification and existing clinical and functional signs of cerebrovascular diseases is established. Methods of their verification available in medical practice and criteria for establishing the degree of violations of functions are proposed.

Key words: chronic cerebral ischemia, medical rehabilitation, assessment of functional status, International Classification of Functioning, Disability and Health.

Совершенствование программ лечения больных с хронической ишемией мозга (ХИМ) относится к важным медико-социальным проблемам современной ангионеврологии. Поражая значительное количество пожилых людей и лиц старшего работоспособного возраста, данная патология представляет серьезную угрозу не только нормальной жизнедеятельности, ввиду прогрессирующего биопсихосоциальной дизадаптации, но и самой жизни больного при развитии мозгового инсульта [1, 2].

Ранее, в 1980-90-х гг. была показана положительная роль санаторно-курортного лечения в системе вторичной профилактики больных с цереброваскулярной патологией, преимущественно с начальными формами недостаточности мозгового кровообращения. В Ялтинском НИИ имени И.М. Сеченова, на основании многолетних наблюдений, разработаны эффективные методы физиотерапии и климатотерапии больных

церебральным атеросклерозом. Под влиянием проведенных лечебно-профилактических мероприятий регистрировалась положительная динамика когнитивных, клинико-неврологических, вегетологических и биохимических показателей [3]. При этом позитивные лечебно-профилактические результаты достигались преимущественно у пациентов с легкими и умеренными формами дисциркуляторной энцефалопатии. Вместе с тем, общий порядок проведения санаторного этапа медицинской реабилитации у больных с ХИМ до настоящего времени детально не определен, в связи с чем санаторно-курортное восстановительное лечение данной группы пациентов не получило должного распространения. Не разработаны критерии определения реабилитационного потенциала для направления пациентов с ХИМ в санаторий, не детализирован необходимый объем диагностических и лечебных мероприятий и алгоритмы информативной динамической оценки результатов санаторного этапа реабилитации. Решение этих задач невозможно без применения системного и многоуровневого анализа эффективности результатов санаторно-курортного лечения на основе методологии, принятой в мировой медицинской практике. Важность объективизации оценки качества результатов санаторно-курортного лечения входит в число актуальных вопросов, отраженных в постановлении президиума Госсовета «О мерах по повышению инвестиционной привлекательности санаторно-курортного комплекса в Российской Федерации» (Белокуриха, Алтай, 2016).

При рассмотрении вопросов объективизации лечебно-реабилитационных мероприятий и оценки их результативности у пациентов с ХИМ, представляется актуальным применение для этих целей «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ), которая является международным стандартом оценки качества жизни пациентов и оказываемых им медицинских услуг [4]. МКФ позволяет объективно определить состояние здоровья и нарушенных функций, сформулировать прогноз и оценить эффективность проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий с использованием определенных идентификационных критериев.

МКФ одобрена мировым медицинским сообществом и утверждена на 54-й сессии ассамблеи ВОЗ (2001), как неотъемлемая часть МКБ-10, дополняющая её в сфере социальной защиты. Отечественными специалистами проводится работа по внедрению методологии и критериев МКФ в клиническую и реабилитационную практику. Описаны особенности применения МКФ на госпитальном и амбулаторном этапах реабилитации лиц, перенесших инсульт [5], больных ортопедического [6, 7], кардиологического и пульмонологического профиля [8] и иных категорий пациентов. Однако, работы в данном направлении немногочисленны. В частности, отсутствуют рекомендации по использованию критериев МКФ у пациентов с ХИМ.

МКФ явилась основой создания ряда классификаций и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы и рекомендованных к применению Министерством Труда и Социального развития РФ и Министерством Здравоохранения РФ. Так, согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» разработаны рекомендации для центров реабилитации больных с заболеваниями центральной нервной системы. В соответствии с данным порядком, для эффективного проведения реабилитационных мероприятий у пациентов с хроническими формами цереброваскулярной патологии предлагается осуществление объективной оценки клинического состояния пациента с выявлением факторов риска и ограничений проведения реабилитационных мероприятий; морфологических параметров; функциональных резервов организма; состояния высших психических функций и эмоциональной сферы; нарушений бытовых и профессиональных навыков; ограничений активности и участия в значимых событиях жизни; факторов окружающей среды, влияющих на исход реабилитационного процесса.

Для оценки функционального состояния пациентов с острыми и хроническими формами цереброваскулярных заболеваний разработаны ряд профильных реабилитационных шкал, регистрирующих выраженность характерных когнитивных и двигательных нарушений [9]. Эти показатели дают качественную оценку двигательных нарушений, ограничивающих бытовую, социальную и профессиональную активность у больных, перенесших инсульт, но для пациентов с ХИМ I-II ст. большинство из них малоинформативны, поскольку значительные ограничения моторики выявляются у пациентов лишь в поздних стадиях. У пациентов с ХИМ предпочтительнее применять двигательные пробы, ориентированные на лиц с сохранными двигательными функциями. К подобным тестам относится «Комплексный фитнес-тест для лиц пожилого возраста» (Senior Fitness Test Brief Summary), используемый в геронтологической практике для лиц от 60 до 95 лет [10]. Данный тест не требует специального оборудования, и предполагает выполнение несложных заданий для определения силы рук и ног, подвижности позвоночника и конечностей, оценки ходьбы и скорости движений.

Целью данной работы явилась создание методики клинико-функциональной оценки пациентов с хронической ишемией мозга на основе критериев «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» и апробировать её на этапе восстановительного санаторно-курортного лечения в условиях приморского климатического курорта Ялта. Представлялось важным создание комплексной оценки функций организма и состояния пациентов с ХИМ с интеграцией всех значимых по-

казателей, имеющих первостепенное значение при построении индивидуальной программы реабилитации и отслеживании её результатов.

В процессе разработки методических подходов к функциональной оценке пациентов с ХИМ были проанализированы данные литературы и опыт собственных исследований, которые сопоставлялись с доменами МКФ. Для формализации функциональных нарушений, регистрируемых в клинической и реабилитационной практике, была взята за основу предложенная ВОЗ «Клиническая форма регистрации» - КФР. Данная карта включает «Часть 1а: нарушения функций организма» (ICF Checklist Version 2.1a, Clinician Form, part 1a: Impairments of body functions) с соответствующими буквенно-цифровыми кодами доменов [11]. В основу оценки пациентов с ХИМ, проведенной по разделам КФР, были положены методы клинической оценки жалоб и симптомов, отражающих функциональные нарушения, а также профильные шкалы, опросники и анкеты, инструментальные, лабораторные и биохимические методы. Для каждого домена, отображающего отдельную функцию, были подобрана диагностическая методика (или группа методик) и критерии установления степени выявленных нарушений [12]. В соответствии с рекомендациями МКФ системная оценка пациентов с ХИМ осуществлялась по трем уровням: вид функции (литера «b» с числовым кодом раздела, второго уровня и при необходимости детализации - третьего и четвертого уровня); наличие или отсутствие соответствующего параметра (симптома, признака, показателя); характеристика степени тяжести нарушений по принятым градациям (0 – нарушений нет, 1 – легкое нарушение, 2 – среднее нарушение, 3 – тяжелое нарушение, 4 - полное нарушение, 8 – не определено, 9 – не применимо).

В перечень оцениваемых признаков были включены все домены, представленные в разделе КФР «1а - нарушения функций организма» [11], сгруппированные по двум градациям - основные (специфические) домены и дополнительные домены. В основную группу были отнесены специфические домены, отражающие характерные нарушения функций, рассматриваемые в нозологической категории пациентов с ХИМ: умственные функции - раздел b1 (домены b114, b117, b130, b134, b140, b144, b152, b164, b167, b172), сенсорные функции и боль - раздел b2 (домены b235, b2401, b28010, b28011), функции сердечно-сосудистой системы и крови - раздел b4 (домены b410, b4100, b4101, b4103, b420, b4200, b4202, b430, b4301, b4303, b455, b4550, b4551, b4552, b5403), урогенитальные функции - раздел b6 (домен b620), нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции - раздел b7 (домены b710, b730, b735, b765, b770). К дополнительным были причислены домены, отражающие нехарактерные для пациентов с ХИМ нарушения функций. Их определение носит вспомогательный характер, однако, при наличии сопутствующей патологии других органов и систем, может иметь особое значение для индивидуализации реабилитационных мероприятий и общей оценки качества жизни: функции зрения и слуха - раздел b2 (b210, b230), функции голоса - раздел b3 (домен b310), функции иммунной и дыхательной систем - раздел b4 (домены b435, b440, b460), функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма - раздел b5 (домены b515, b525, b530, b540, b555, b5408), репродуктивные функции - раздел b6 (домен b640), функции кожи - раздел b8 (домен b810).

В результате проведенной работы подготовлены методические рекомендации по клинико-функциональной оценке пациентов с ХИМ [12]. В основу данного диагностического подхода положены формализованные указания по качественной и количественной оценке нарушенных функций организма, согласно МКФ. Включенные в МКФ домены, относящиеся к клиническим проявлениям ХИМ, сопоставлены с диагностическими признаками, представленными в современных руководствах по реабилитации пациентов с цереброваскулярной патологией. Установлены соответствия доменов МКФ и комплекса диагностических признаков ХИМ, включая психологические, клинико-неврологические, инструментальные, лабораторные и биохимические показатели. Составлен рекомендованный перечень основных и дополнительных функций организма, определяемых при проведении мероприятий медицинской реабилитации у пациентов с ХИМ. Верификация нарушений функций у больных с цереброваскулярными заболеваниями позволяет конкретизировать реабилитационный диагноз с наглядным представлением степени выраженности выявленных нарушений у конкретного пациента; определить факторы реабилитационного потенциала; систематизировать реабилитационные мероприятия и установить их эффективность на санаторно-курортном этапе. Представленный диагностический алгоритм позволяет объективизировать уровень функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья у лиц с хроническими формами цереброваскулярных заболеваний. Предложенные методы доступны для медицинской практики, не требуют дорогостоящего оборудования и могут быть широко использованы при проведении реабилитационных мероприятий, включая санаторно-курортный этап.

Список литературы

1. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Хронические сосудистые заболевания головного мозга: учебн. пособие. — М.: ОООАСТ, 2014. — 64 с.
2. Разумов А.Н., Мельникова Е.А. Индивидуальные подходы к контролю реабилитационных мероприятий и прогнозированию восстановления больных, перенесших инсульт // Вопр. курортол., 2017. — № 6(88). — С. 4-8.

3. Ежова В.А., Царёв А.Ю., Куницына Л.А., Колесникова Е.Ю. Этапная реабилитация больных хронической ишемией мозга атеросклеротического генеза // Нейрореабилитация. М., 2015.— С.41-42.
4. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева:ВОЗ, 2001.— 342 с.
5. Саменен Ю., Кришунас А., Медзявичюс П. Определение объема реабилитации при церебральном инсульте и инфаркте миокарда по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья // Тер. Архив, 2013.—№ 4(85).—С.66-70.
6. Пономаренко Г.Н., Шошмин А.В., Бесстрашнова Я.К., Черкашина И.В. Планирование и оценка эффективности реабилитации больных остеоартрозом: использование базового набора международной классификации функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья // Вопр. курортол., 2017. — № 1(94).— С.4-8.
7. Шошмин А.В., Пономаренко Г.Н., Бесстрашнова Я.К., Черкашина И.В. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: методология, практика, результаты // Вопр. курортол., 2016.– № 6(93). – С.12-20.
8. Методика оценки эффективности санаторно-курортной медицинской реабилитации при заболеваниях кардио-респираторной системы с использованием критериев «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» / Иващенко А.С., Мизин В.И., Ежов В.В. и др. — Метод. рекомендации. Ялта, 2017.— 30 с.
9. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: методическое пособие. Часть 6. Физическая терапия /Под ред. проф. А.А. Скоромца. СПб, 2003.— 42 с.
10. Rikli R.L., Jones C.J. Senior fitness test manual. - Champaign, IL : Human Kinetics, 2001.—161 p.
11. ICF Checklist © World Health Organization, 2003. Пер. с англ. Ю. В. Князькиной, 2007. URL: <http://manual-ot.sdc-eu.info> (дата обращения: 08.07.2017).
12. Ежов В.В., Царев А.Ю., Куницына Л.А. и соавт. Критерии «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» в оценке реабилитационного потенциала и эффективности медицинской реабилитации пациентов с хроническими формами цереброваскулярных заболеваний // Актуальн. вопр. физиотер., курортол. и мед. реабилитации.—Труды ГБУЗ РК «АНИИ им. И.М. Сеченова». —Ялта, 2016.— Т.ХХVII.— С.22-36.

УДК 612.821-615.832.9:616.127

Ишинова В. А., Поворинский А. А., Громакова С. В., Алтухов С. В.

ОСОБЕННОСТИ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН КАК ОСНОВА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ

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

Ishinova V.A., Povorinsky A.A., Gromakova S.V., Altukhov S.V.

PECULIARITIES OF BIOPSYCHOSOCIAL MODEL OF CHRONIC PAIN IN MEN AND WOMEN AS THE BASIS OF MEDICAL REHABILITATION IN THE PATIENTS WITH VERTEBROGENIC RADICULOPATHY

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Аннотация. В настоящей работе представлены результаты исследования биопсихосоциальной модели хронической боли у мужчин и женщин с вертеброгенной радикулопатией. Обнаружено, что хроническая боль оказывает негативное влияние на все компоненты биопсихосоциальной модели у мужчин в отличие от женщин, у которых отмечается наличие взаимосвязи хронической боли преимущественно с биологической составляющей.

Ключевые слова: вертеброгенная радикулопатия, хроническая боль, биопсихосоциальная модель.

Abstract. The results of investigation of a biopsychosocial model of chronic pain in men and women with vertebrogenic radiculopathy were presented in this work. It was found that chronic pain has a negative impact on all components of the biopsychosocial model in men. In contrast to them, the correlation was founded out between chronic pain and only biological component in women.

Key words: vertebrogenic radiculopathy, chronic pain, biopsychosocial model.

Биопсихосоциальная модель (БПСм) отражает комплексное взаимодействие психологических, социальных и биологических факторов в условиях болезни, которые оказывают существенное влияние на восприятие пациентами хронической боли (ХБ), формирование поведенческих реакций в ответ на ХБ, самовосприятие в условиях болезни и т.д. Как правило, в процессе хронизации боли отмечается изменение биопсихосоциальных компонентов БПСм, что находит отражение в особенностях течения заболевания, выраженности его клинических проявлений, отношения пациентов к болезни и ее лечению. Известно, что восприятие ХБ у мужчин и женщин отличаются друг от друга. Поэтому изучение роли гендерных различий в формировании БПСм заболеваний представляется важным при подборе наиболее эффективных программ медицинской реабилитации для пациентов различных нозологических групп.

Цель работы: исследовать особенности взаимодействия психологических, социальных и биологических компонентов биопсихосоциальной модели хронической боли у мужчин и женщин с вертеброгенной радикулопатией.

Материалы и методы. Было обследовано 20 больных с вертеброгенной радикулопатией: 9 мужчин, в возрасте от 38 до 65 лет (гр.1) и 11 женщин в возрасте от 33 до 67 лет (гр.2). Больные находились в неврологическом отделении ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России с целью медицинской

реабилитации. В субъективном статусе преобладали жалобы на продолжительные боли ноющего характера в области шейного, грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника с иррадиацией в верхние и нижние конечности.

Для изучения компонентов БПСм использовали опросник Качества Жизни SF – 36: биологическая составляющая (ФФ - физическое функционирование, РФФ - ролевое физическое функционирование, ОЗ - общее здоровье; психологический компонент (ПЗ - психическое здоровье, РЭФ - ролевое эмоциональное функционирование, В - витальность; социальный (СФ - социальное функционирование). При этом выраженность перечисленных показателей обратно пропорциональна их величине.

Для оценки характерологических особенностей личности применялся опросник Шмишека.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием компьютерной программы "STATISTICA 6.0".

Результаты и их обсуждение. В процессе обследования у пациентов обеих групп были выявлены астенический, психастенический, дистимический типы акцентуаций характера. ХБ высокой степени интенсивности (гр.1 - 32,25±2,56; гр. 2 – 27,14±4,96) ухудшением психологических [гр. 1: В (47,50±0,94), РЭФ (58,25±10,51), ПЗ (60,50±4,42); гр.2: В (40,0±7,18, РЭФ (38,83±15,04), ПЗ (51,67±7,34)], социальных [(гр. 1: СФ (50,0±14,11); гр.2.: СФ (77,33±9,89)] и биологических составляющих БПСм [(гр. 1 – ФФ 66,25±5,88), РФФ (37,50±10,56), ОЗ (38,75±4,09); гр.2 – ФФ (61,43±9,49), РФФ (32,14±13,04), ОЗ (43,66±7,22)]. При этом, если сравнительный анализ полученных межгрупповых показателей не обнаружил достоверных отличий между показателями психологического и биологического компонентов БПСм, то показатели социального функционирования были лучше в женской группе.

Анализ корреляционных плеяд показал наличие положительной корреляционной связи между показателем ХБ и показателями СФ, ОЗ, РФФ, РЭФ, В у мужчин (гр.1) в отличие от пациенток, в группе которых выявлена положительная корреляция только между показателем ХБ и показателями ФФ, РФФ.

Таким образом, исследование показало, что ХБ высокой степени интенсивности, как у мужчин, так и у женщин, сопровождалась выраженной астенизацией, склонностью к депрессивным состояниям, повышенной тревожностью. При этом, если между показателями психологического и биологического компонентов БПСм не выявлено достоверных межгрупповых отличий, то склонность к ограничению социальных контактов в большей степени отмечалась в мужской группе. Согласно результатам корреляционного анализа, обнаружено, что у мужчин с вертеброгенной радикулопатией наличие ХБ способствует ухудшению физического функционирования, состояния психического здоровья, а также формированию ограниченного поведения (то есть, ХБ оказывает негативное влияние на все компоненты БПСм). Тогда как у женщин ХБ оказывает негативное влияние только на физическое функционирование.

Полученные результаты могут быть использованы не только для изучения и более полного понимания роли ХБ в формировании БПСм больных с вертеброгенной радикулопатией, а также исследования взаимосвязей всех ее компонентов, но и для поиска наиболее эффективных программ медицинской реабилитации с учетом гендерных различий.

УДК 616-039.71

Архипова Н.В., Помешкина С.А., Иноземцева А.А., Барбараш О.Л.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕННОЙ ФУНКЦИЕЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия

Arkhipova N.V., Pomeshkina S.A., Inozemtseva A.A., Barbarash O.I.

THE PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH COMPROMISED FUNCTION OF SHOULDER JOINT AFTER CORONARY BYPASS SURGERY

FGBNU «Research Institute for complex problems cardiovascular diseases», Kemerovo, Russia

Ключевые слова: коронарное шунтирование, медицинская реабилитация, лечебная физическая культура, адгезивный капсулит.

Keywords: coronary artery bypass grafting, medical rehabilitation, therapeutic physical culture, adhesive capsulitis.

Аннотация. В статье анализируются различные подходы в физической реабилитации пациентов после коронарного шунтирования с таким послеоперационным осложнением, как адгезивный капсулит. Показано, что использование низконагрузочного длительного режима растяжения тканей на фоне стандартной лечебной гимнастики значительно увеличивает объем движений в пораженном суставе.

Abstract: this article analyzes different approaches in the physical rehabilitation of patients after coronary bypass surgery with this post-surgical complication, as adhesive capsulitis. It is shown that use of prolonged stretching mode of low-load tissues on background of standard medical gymnastics greatly increases not only the amount of motion in the affected joint.

Введение. Аорто-коронарное шунтирование (КШ) относится к наиболее распространенным хирургическим вмешательствам на сердце [1]. Традиционно выполняется путем срединной стернотомии. Недостатком данного доступа является тяжёлая травма грудной клетки, в связи с чем часто развивается адгезивный артрит плечевого сустава, проявляющийся функциональными, а в последующем и органическими нарушениями. Данное состояние характеризуется болью в плечевом суставе и выраженным снижением объема активных и пассивных движений в нем, несмотря на его стабильность и нормальное строение суставных поверхностей. Применение должной реабилитации с использованием лечебной физкультуры (ЛФК) с корригирующими упражнениями, является эффективным средством, позволяющим снизить и даже полностью устранить болевые ощущения, запустить процесс восстановления в суставе в комплексной терапии [2, 3]. Однако проблема восстановительного лечения последствий оперативного вмешательства, а именно адгезивные артриты плечевого сустава, не достаточно изучена в литературе, и в практике, зачастую, этому не уделяется должного внимания [4, 5].

Цель исследования: оценка эффективности низконагрузочного длительного режима растяжения тканей с помощью специальных упражнений при ЛФК пациентов с адгезивным капсулитом плечевого сустава, развившимся после коронарного шунтирования.

Материал и методы

Обследовано 97 пациентов 80 мужчин и 17 женщин с ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшихся КШ в НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (КПССЗ). Средний возраст пациентов составил $58,3 \pm 6$ лет. Всем больным выполнялось плановое КШ в условиях «on-pump». Все исследования с участием пациентов соответствовали этическим стандартам биоэтического комитета, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека». Пациентами подписано информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии включения: отсутствие в предоперационном периоде заболеваний плечевых суставов и появление после КШ клинических проявлений адгезивного артрита плечевого сустава (болевой синдром и ограничение движений в плечевом суставе).

В исследование не включались больные, имевшие в послеоперационном периоде приступы стенокардии, артериальную гипертензию (АГ) с уровнем диастолического артериального давления выше 100 мм.рт.ст., сложные нарушения ритма и проводимости (пароксизмальную тахикардию, мерцательную аритмию, политопные и групповые желудочковые экстрасистолы, атриовентрикулярную блокаду II-III степени), хроническую сердечную недостаточность (ХСН) IV функционального класса (ФК); с нагноениями послеоперационных ран или септическими осложнениями, диастазом грудины.

Все пациенты прошли I стационарный этап кардиореабилитации (10-12 дней) – который включал традиционные комплексы лечебной гимнастики по Аронову Д.М. [6, 7], дозированную ходьбу, образовательные мероприятия, направленные на модификацию кардиоваскулярных факторов риска.

По окончании стационарного этапа реабилитации пациенты, переводились на II стационарный этап восстановительного лечения на базе реабилитационного отделения НИИ КПССЗ, продолжительностью до 18 дней. Перед поступлением все пациенты методом простой рандомизации были рандомизированы на две сопоставимые по основным анамнестическим и клинко-функциональным показателям группы (таб.1): первую - которая получала базисную медикаментозную терапию, лечебную гимнастику (ЛФК) по стандартной методике, дозированную ходьбу, суховоздушные углекислые ванны, массаж, психотерапию, занятия в Школе здоровья (n=44) и вторую группу (n=53), где дополнительно на ЛФК применяли корригирующие упражнения с учетом клинической картины адгезивного артрита плечевого сустава.

По исходным клинко-анамнестическим показателям сравниваемые группы не различались (таб.1).

Таблица 1

Клинко-анамнестическая характеристика больных, подвергшихся коронарному шунтированию

Показатели	Группа 1, со стандартными методами лечения (n= 44)	Группа 2, с корригирующей ЛФК (n= 53)	p
Возраст/лет	58 (52;64)	64(60;68)	$\leq 0,05$
Постинфарктный кардиосклероз, n,%	40(90)	53(100)	$\leq 0,05$
ХСН, средний ФК (по NYHA)	$1,7 \pm 0,4$	$2,0 \pm 0,4$	$\leq 0,05$
Ср. ФВ ЛЖ (%)	$51,0 \pm 8,0$	$53,3 \pm 7,9$	$\leq 0,05$
Ср. время искусственного кровообращения, мин.	87(47;138)	90(47;138)	$\leq 0,05$

Ср. кол-во наложенных дистальных шунтов, шт.	2(2;3)	2(2;3)	≤0,05
Средний объем движений в плечевом суставе:			
Сгибание	95,0±15,0	90,0±10,5	≤0,05
Разгибание	38,26±5,15	41,9±0,9	≤0,05
Отведение	105,0±10,0	100,0±15,5	≤0,05

Примечание: ХСН-хроническая сердечная недостаточность; NYHA-Нью-Йоркская кардиологическая ассоциация; ФК-функциональный класс; ФВ ЛЖ- фракция выброса левого желудочка.

Оценивали состояние больных через 12 и через 30 дней после КШ. Всем пациентам проводилось комплексное обследование. Оценивалось клиническое состояние пациента, включавшее оценку сердечной недостаточности, послеоперационных осложнений, клиническое проявление адгезивного артрита плечевого сустава. Проводили эхокардиографию (ЭхоКГ) (эхокардиограф «Аloka 5500»). Для оценки выраженности ограничения подвижности плечевого сустава использовали универсальный медицинский угломер. Отклонение от анатомической позиции в любой из плоскостей измерения (фронтальной, сагиттальной) описывалась положительным числом градусов в диапазоне от 0 до 180. Измерения производили по методу, предложенному R. Braddom и M. Hettle. Гониометрию осуществляли в плечевых суставах конечностей при движениях вокруг фронтальной оси (сгибание, разгибание), сагиттальной оси (отведение, приведение). Нормой считался объем движений в плечевом суставе: сгибание - 180°, разгибание – 60°, отведение - 180°.

Для проведения статистического анализа использовано компьютерное программное обеспечение STATISTICA 6.0. Гипотеза о нормальном распределении проверялась с использованием критерия Шапиро-Уилка. Для каждой из непрерывных величин, имеющих нормальное распределение, приведены среднее значение (M) и стандартное отклонение (SD). Проверка однородности двух выборок осуществлялась с использованием критериев Манна-Уитни для несвязанных выборок и Вилкоксона для связанных. Учитывались значения $p < 0,05$. Статистически значимыми признавали значения $p < 0,05$.

Результаты

При анализе данных ЭхоКГ через месяц после КШ в группе, как с традиционными методами лечения, так и в группе с корригирующими упражнениями при ЛФК отмечалось достоверное увеличение показателей фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). В динамике показателей конечно диастолического объема (КДО) и конечно систолического объема (КСО) в обеих группах отсутствовали достоверные изменения (таб. 2). Через месяц после КШ данные показатели между группами также не различались (табл. 2).

Таблица 2

Динамики показателей внутрисердечной гемодинамики у пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию, в зависимости от программы реабилитации, M±SD

Характеристики	Группа 1, со стандартными методами лечения (n=44)		Группа 2, с корригирующей ЛФК (n=53)		p
	12 сутки после КШ 1	1 месяц после КШ 2	12 сутки после КШ 3	1 месяц после КШ 4	
ФВ ЛЖ, %	53,3±7,9	55,9±6,8	53,9±5,7	57,1±6,2	p1-2=0,04 p3-4=0,03 p2-4=0,07
КСО, мл	73,9±30,6	68,6±16,0	70,8±22,2	67,3±19,8	p1-2=0,2 p3-4=0,3 p2-4=0,3
КДО, мл	156,4±39,0	153,6±31,5	152,7±32,3	149,2±28,7	p1-2=0,6 p3-4=0,4 p2-4=0,2

Примечание: ФВ-фракция выброса левого желудочка; КСО-конечно систолический объем; КДО-конечно диастолический объем

При анализе динамики выраженности ограничения объема движений в плечевом суставе оказалось, что данный показатель достоверно улучшился только в группе пациентов с использованием корригирующих упражнений при ЛГ. В группе с традиционными методами ЛГ данный показатель достоверно не изменился (табл.4). При этом через месяц у пациентов с традиционной ЛФК средний объем движений в пораженном суставе был значительно меньше, чем у пациентов с корригирующими упражнениями при ЛФК.

Такой показатель, как экскурсия грудной клетки также достоверно увеличился только в группе пациентов с корригирующими упражнениями на плечевой сустав, в группе с традиционной терапией данный показатель имел только тенденцию к увеличению. Через месяц этот показатель у пациентов с традиционными методами

воздействия был достоверно ниже, чем в группе с корригирующей ЛГ (табл. 4)

Таблица 4

Динамика антропометрических показателей (объем движений в плечевых суставах, экскурсия грудной клетки через месяц после КШ), M±SD

Показатели	Группа 1, со стандартными методами лечения (n=44)		Группа 2, с корригирующей ЛФК (n=53)		p
	12 сутки после КШ 1	1 месяц после КШ 2	12 сутки после КШ 3	1 месяц после КШ 4	
Средний угол сгибания,	95,0±15,0	110,4±15,5	90,0±10,1	157,2±26,2	p3-4=0,001 p2-4=0,001
Средний угол разгибания,	38,26±5,2	45,0±5,2	41,9±7,9	50,26±10,0	p3-4=0,02 p2-4=0,04
Средний угол отведения,	105±10,0	110,1±5,2	100,5±15,5	155,0±29,0	p3-4=0,001 p2-4=0,01
Ср. экскурсия гр.клетки, см	2,29±0,8	4,47±1,4	2,94±1,6	5,75±2,5	p 3-4=0,01 p 2-4=0,04

Примечание: измерение угла сгибания в плечевых суставах в сагитальной плоскости; измерение угла отведения в плечевых суставах во фронтальной плоскости.

В течении месяца наблюдений после КШ различий по количеству госпитализаций в связи с прогрессированием ИБС в группе пациентов в сравниваемых видах лечения не отмечалось.

Обсуждение: Этиология адгезивного капсулита до настоящего времени не ясна. Предполагается, что причиной являются нейротрофические нарушения в капсуле и синовиальной оболочке сустава, приводящие к специфичным морфологическим изменениям – фиброзу и значительному уменьшению объема полости сустава. Артроскопические данные в болевой фазе свидетельствуют о наличии умеренного воспалительного процесса в синовии. Однако насколько воспаление имеет отношение к основному патологическому процессу – фиброзу капсулы, неизвестно. Одним из провоцирующих факторов в развитии адгезивного капсулита является проведение коронарного шунтирования. Лечение адгезивного капсулита, как правило, включает применение противовоспалительных препаратов. Но особенностью лечения при капсулите является использование низконагрузочного длительного режима растяжения тканей на фоне стандартной ЛГ.

Заключение: результаты исследования показывают высокую эффективность предложенного метода лечения пациентов с адгезивным капсулитом, развившегося после операции коронарного шунтирования, что требует обязательной оценки функции суставов в послеоперационном периоде с последующим использованием низконагрузочного длительного режима растяжения тканей с помощью специальных упражнений при ЛФК.

Список литературы

- Кузнецов, М.С., Анализ результатов хирургического лечения сочетанного атеросклеротического поражения сонных и коронарных артерий / Кузнецов М.С., Козлов Б.Н., Насрашвили Г.Г., Панфилов Д.С., Плотников М.П., Андриянова А.В., Шипулин В.М. // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2016. – № 3. – с. 35-42.
- Басов, Г. В. Терапия миофасциальных изменений в реабилитации пациентов после реваскуляризации миокарда / Басов Г. В. // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2012. – № 6. – С. 34-38.
- Клячкин Л.М., Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов// Москва – Медицина. – 2000. – С. 328.
- Кнетс И.В., Пфафрод Г.О., Саулгозис Ю.Ж. Деформирование и разрушение твердых биологических тканей // Рига – Зинатне. – 1980. – С. 320.
- Ремизов А.Н. Медицинская и биологическая физика. Учеб. для мед. спец. вузов. – 2-е изд. // Москва. – Высшая школа. – 1996. – С. 608.
- Аронов, Д.М. Проблемы внедрения новой системы кардиореабилитации в России / Аронов Д.М., Бубнова М.Г. // Российский кардиологический журнал. – 2013. – № 4. – Т. 102. – С. 14-22.
- Николаева Л.Ф., Аронов Д.М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца // Москва – Медицина. – 1988. – С. 288.

УДК 616-084

Помешкина С.А., Архипова Н.В., Шибанова И.А., Локтионова Е.Б., Барбараш О.Л

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРЕХЭТАПНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПЛАНЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», г. Кемерово, Россия

Pomeshkina S.A., Arkhipova N.Y., Shibanova I.A., Loktionova E.B., Barbarash O.I.

THE EFFICIENCY OF THREE-PHASE REHABILITATION PROGRAMS IN TERMS OF ADHERENCE TO DRUG TREATMENT PATIENTS, SUBJECTED TO CORONARY ARTERY

FGBNU Scientific-Research Institute of complex problems of cardiovascular diseases “, Kemerovo, Russia

Ключевые слова: Программа реабилитации, профилактика сердечно-сосудистых рисков, велотренировки и приверженность к лечению*Keywords:* rehabilitation program, prevention of cardiovascular risks, ride and a commitment to treatment*Аннотация.* Проведена оценка приверженности к лечению пациентов и использование физических тренировок при реабилитации пациентов, перенесших коронарное шунтирование.*Abstract.* Assess patients' adherence to treatment and use of physical training in the rehabilitation of patients undergoing coronary artery bypass surgery.

Введение. Эффективность реабилитации больных мультифокальным атеросклерозом, подвергшихся коронарному шунтированию зависит от приверженности к лечению пациентов к медикаментозному и немедикаментозному лечению. Самые низкие толерантность и приверженность к лечению отмечены у пациентов без использования в программах реабилитации физической нагрузки.

Цель исследования: Оценить влияние трехэтапной программы реабилитации на приверженность к немедикаментозной терапии пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию.

Материал и методы: Обследовали 114 больных-мужчин с ишемической болезнью сердца (ИБС), после коронарного шунтирования (КШ). Возраст пациентов составил в среднем 56,8±5,5 лет. Оценивалось наличие сердечно-сосудистых факторов риска, клиническое состояние пациента, уровень липидов крови. Больные были рандомизированы на две сопоставимые по основным анамнестическим и исходными клинико-функциональным показателям группы - основную (53 человека), где пациенты продолжили заниматься велотренировками (ВТ) на III амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации в течение трех месяцев и контрольную (61 человек) – где пациенты наблюдались в поликлинике по месту жительства, соответственно без ВТ. Пациентов, включенных в исследование, обследовали на 33-35 сутки после КШ, через 6 месяцев и через год после КШ.

Результаты: При оценке влияния трехэтапной программы реабилитации с включением ВТ на приверженность к рекомендованной терапии выяснено, что через год после КШ число курящих пациентов снизилось достоверно только в группе занимающихся ВТ с 24 (45 %) до 15 (28 %), $p=0,02$. В группе без ВТ только пять пациентов отказались от курения после операции (показатель снизился с 48 до 39 %, $p=0,21$).

При оценке влияния различных видов реабилитации на показатели липидного статуса у пациентов, перенесших КШ, оказалось, что через полгода после КШ у пациентов с ВТ значение общего холестерина (ОХ) уменьшилось на 21 % (с $5,3 \pm 1,0$ до $4,18 \pm 1,0$ ммоль/л, $p=0,01$), а в группе без ВТ – только на 14 % (с $5,4 \pm 1,4$ до $4,66 \pm 0,8$ ммоль/л, $p=0,02$). Через полгода показатели ОХ были достоверно более низкими в группе с ВТ в сравнении с группой без ВТ ($4,18 \pm 1,0$ и $4,66 \pm 0,8$ ммоль/л, $p=0,04$). Содержание липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) через 6 месяцев после КШ более выражено снизилось в группе пациентов, занимавшихся ВТ (с $3,2 \pm 0,96$ до $2,10 \pm 0,6$ ммоль/л, $p=0,01$) в сравнении с показателями пациентов без ВТ (с $3,2 \pm 1,06$ до $2,4 \pm 0,86$ ммоль/л, $p=0,04$), однако достоверных различий в сравниваемых группах не отмечалось. Через год после КШ уровни ОХ, ЛПНП в группе с ВТ сохранялись более низкими в сравнении с исходными данными ($5,3 \pm 1,0$ и $4,75 \pm 1,2$, $p=0,02$; $3,2 \pm 0,96$ и $2,62 \pm 1,0$ ммоль/л, $p=0,02$ соответственно). В группе без ВТ отмечалась такая же тенденция, но с меньшей достоверностью ($5,4 \pm 1,4$ и $4,86 \pm 1,2$, $p=0,04$; $3,2 \pm 1,06$ и $2,73 \pm 0,95$ ммоль/л, $p=0,04$ соответственно). Уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) увеличился через полгода после КШ только у пациентов в группе с ВТ с $0,99 \pm 0,2$ до $1,24 \pm 0,3$ ммоль/л соответственно, $p=0,02$ (на 26%). А в группе без ВТ данный показатель не изменился. Через 6 месяцев достоверно лучшие результаты были также в группе с ВТ в сравнении с группой без ВТ ($1,24 \pm 0,3$ и $1,10 \pm 0,2$ ммоль/л, $p=0,02$). Через год различия между группами нивелировались ($1,19 \pm 0,40$ и $1,17 \pm 0,32$ ммоль/л).

Заключение: Реабилитация с включением ВТ на амбулаторно-поликлиническом этапе способствуют повышению приверженности пациентов к немедикаментозной терапии после КШ, что проявилось снижением частоты курения, нормализации липидного спектра.

УДК 615.838

Ищук В.Н., Мерзликин А.В., Ищук Ю.В.

АПРОБАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЕРИФИКАЦИИ ДЕЗАДАПТОЗОВ И ОПРЕДЕЛЕНИИ НУЖДАЮЩИХСЯ ЛИЦ В МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ*Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург*

Ischuk V., Merzlikin A., Ischuk Iu.

APPROBATION OF DIAGNOSTIC RESEARCH METHODS IN VERIFICATION OF DESADAPTOSIS AND DETERMINATION OF NEEDED PERSONS IN MEDICAL-PSYCHOLOGICAL REHABILITATION*Medical Military Academy named after S.M. Kirova, St. Petersburg*

В настоящей работе представлены диагностические методы для верификации пациентов с дезадаптивными расстройствами. Оценивали состояние соматического здоровья, физической работоспособности и психологического статуса пациентов и получали итоговый показатель, показывающий нуждаемость в медико-психологической реабилитации. Установлено, что предложенные методы исследования имеют высокую диагностическую достоверность при верификации дезадаптивных расстройств и могут быть рекомендованы для определения нуждающихся лиц в медико-психологической реабилитации.

In this work diagnostic methods for verification of patients with desadaptive disorders are presented. We assessed the state of somatic health, physical working capacity and psychological status of patients and received a final indicator showing the need for medical and psychological rehabilitation. It is established that the proposed methods of investigation have high diagnostic reliability in the verification of desadaptive disorders and can be recommended for identifying persons in need of medical and psychological rehabilitation.

Постоянно растущий темп жизни, высокая ответственность служащих, условия долговременной «информационной атаки» и, таким образом, хроническая стрессовая ситуация приводит к несоответствию между растущими негативными воздействиями факторов рабочей и окружающей среды и адаптивными возможностями организма. Такое несоответствие приводит к запуску патогенетического механизма, в основе которого лежат нарушения адаптации как физической, так и психической сферы. Эти патологические состояния получили название дезадаптозов.

Дезадаптозы хотя и не представляют непосредственной опасности для жизни человека, но оказывают существенное негативное влияние на его работоспособность, и при длительном существовании могут привести к возникновению острых или обострению хронических заболеваний и последующей физической инвалидизации.

Мы провели исследования 174 человек в возрасте от 28 до 40 лет (средний возраст $34,0 \pm 5,4$ лет), занимающихся операторским трудом и требующим постоянного напряжения внимания, режим работы сменный. Примерный стаж деятельности в таких условиях обследуемой группы составил 4-8 лет.

Исследования проводили следующими методами:

- количественно соматическое здоровье оценивали с помощью тестовой системы Г.Л. Апанасенко, адаптационного потенциала или индекса функциональных изменений Р.М. Баевского и вегетативного индекса Кердо [1];

- оценку физической работоспособности проводили с помощью субмаксимального теста PWC 170 (AF) [2];

- психологическое состояние оценивали с помощью анкеты самооценки состояния (АСС) и шкалы оценки астении MFI-20 [3].

В ходе исследования было выявлено, что у 34% исследуемых лиц были снижены количественные показатели соматического здоровья (22% - напряжение адаптации ($p < 0,01$), 10% - неудовлетворительная адаптация ($p < 0,05$), у 2% - срыв адаптации), причем у 64% была выявлена выраженная симпатикотония ($p < 0,05$). У 15% была снижена физическая работоспособность ($p < 0,01$). 23% исследованных лиц отмечали хорошее субъективное самочувствие, 68% отмечали удовлетворительное субъективное самочувствие ($p < 0,01$) и 9% говорили о неудовлетворительном субъективном самочувствии ($p < 0,05$). У 14% исследуемых лиц была снижена мотивация к работе ($p < 0,05$), 28% отмечали снижение физической активности ($p < 0,05$), 32% испытывали общую астенизацию ($p < 0,01$) и 4% ощущали усталость даже после выходных. Лишь 22% исследованных лиц не предъявляли практически никаких жалоб и по данным исследования не нуждались в проведении медико-психологической реабилитации (МПР).

Полученные нами данные свидетельствуют о высокой диагностической достоверности предложенных методов исследования в верификации дезадаптивных расстройств и могут быть рекомендованы для определения нуждающихся лиц в медико-психологической реабилитации.

Список литературы

1. Оценка эффективности и управление процессом целенаправленного выздоровления пациентов в центрах здоровья и на этапах медицинской реабилитации: учебное пособие / А.Н. Разумов, О.В. Ромашин – М.: Квадрига, 2009. - 56с.
2. Функциональные пробы в оценке сердечно-сосудистой системы: учебное пособие / Е.А. Гаврилова, Ю.А. Петров. - СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015. - 28 с.
3. Психодиагностические методы выявления дезадаптационных нарушений в практике клинических психологов: учебное пособие. Под ред. Проф. Рыбникова В.Ю., проф. Чермянина С.В. - СПб.: «АЙСИНГ», 2009. - 216 с.

УДК 616.8-005

Каллистов Д.Ю., Романова Е.А., Новичкова Н.И., Романов А.И.

РАССТРОЙСТВА СНА И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРОГРАММ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ*ФГБУ «Центр реабилитации» Управления делами Президента РФ, ФГУН «ФНЦГ им. Ф.Ф.Эрисмана» Роспотребнадзора*

Kallistov D. Yu, Romanova E.A., Novichkova N.I., Romanov A.I.

SLEEP DISORDERS AND FUNCTIONAL OUTCOMES OF POST-STROKE REHABILITATION PROGRAMS*Federal State Budget Institution "Rehabilitation Center" of the Administrative Department of the President of Russian Federation; settl. Gertsena, Odintsovo distr., Moscow Region; Federal State Scientific Institution "FF Erisman Federal Scientific Center of Hygiene", Mytischki, Moscow Region*

Ключевые слова: реабилитация, инсульт, расстройства сна, инсомния, апноэ сна, CPAP-терапия, функциональные исходы, шкала Ренкин, Скандинавская шкала инсульта

Keywords: rehabilitation, stroke, sleep disorders, insomnia, sleep apnea, CPAP-therapy, functional outcomes, Rankin scale, Scandinavian Stroke Scale.

Resume. To assess the association of sleep disorders and severity of stroke-related symptoms and functional impairments, and to determine the influence of sleep apnea treatment on rehabilitation programs outcomes, 476 stroke survivors were examined. Average severity of stroke-related symptoms in whole group according to Scandinavian Stroke Scale (SSS) was $40,2 \pm 7,1$ points, level of impairment by Rankin scale - $3,04 \pm 0,45$ points. Moderate to severe sleep apnea was diagnosed in 193 patients, chronic insomnia in 206 patients. Patients with sleep disorders had more prominent neurologic deficits than the control group ($35,2 \pm 8,8$ SSS points in OSA group, $38,1 \pm 4,3$ in insomnia group and $43,6 \pm 4,2$ in control group; Rankin Scale - $3,95 \pm 0,23$ in OSA group, $3,43 \pm 0,44$ in insomnia group and $2,76 \pm 1,11$ points in control group). In OSA group treated with positive airway pressure improvement in stroke-related symptoms of 10 points or more was revealed in 62% of patients, in non-treated group in 46% of patients; functional improvement ≥ 1 points by Rankin Scale was found in 56% patients in treatment group and 42% patients in control group.

Введение. Реабилитация пациентов, перенесших инсульт, является важнейшей медико-социальной задачей. Расстройства сна и в первую очередь нарушения дыхания, обусловленные обструкцией верхних дыхательных путей во время сна [1], а также хронические варианты бессонницы [2], могут рассматриваться в качестве факторов риска церебрального инсульта [3].

Цель исследования заключалась в изучении функциональных исходов реабилитации перенесших инсульт пациентов, страдавших от синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) и хронической инсомнии, а также в оценке влияния на исходы реабилитации терапии положительным давлением в дыхательных путях.

Пациенты и методы. Обследованы 476 перенесших ишемический инсульт пациентов (311 мужчин, 165 женщин, ср. возраст $57,2 \pm 9,5$ года). Оценка неврологического статуса проводилась с использованием Скандинавской шкалы инсульта (СШИ) и шкалы Ренкин. Диагностика расстройств сна предусматривала проведение клинического обследования и инструментальные исследования сна (полисомнография). Коррекция апноэ сна осуществлялось с использованием оборудования для терапии положительным давлением в дыхательных путях.

Результаты. В среднем по группе при поступлении выраженность неврологического дефицита составила $40,2 \pm 7,1$ баллов по СШИ, функциональное состояние пациентов по шкале Ренкин по группе оценивалось в $3,04 \pm 0,45$ баллов. У 193 пациентов был выявлен СОАС средней или тяжелой степени (ИАГ > 15 событий в час); у 206 пациентов – хроническая инсомния. Среди пациентов с СОАС выраженность неврологического дефицита в среднем составила $35,2 \pm 8,8$ баллов, функциональное состояние по шкале Ренкин – $3,95 \pm 0,23$ балла; среди пациентов с бессонницей – $38,1 \pm 4,3$ балла и $3,43 \pm 0,44$ балла; среди больных без нарушений сна $43,6 \pm 4,2$ и $2,76 \pm 1,11$ балла, соответственно. У пациентов с СОАС, получавших лечение методом терапии положительным давлением (105 больных), отмечались более выраженные позитивные изменения в неврологическом статусе, по сравнению с пациентами, данного лечения не получавшими (83 больных). Так, динамика в 10 баллов и более по СШИ по завершении программ реабилитации отмечена у 65 (62%) пациентов в основной и у 39 (46%) в контрольной группе, уменьшение выраженности функциональных нарушений на 1 балл и более по шкале Ренкин, соответственно у 59 (56%) и 35 (42%) пациентов.

Заключение: связанные со сном нарушения дыхания и хронические варианты бессонницы ассоциированы с большей выраженностью неврологического дефицита у пациентов с ОНМК. Коррекция нарушений дыхания у пациентов с СОАС в рамках реабилитационных программ улучшает клинические и функциональные исходы реабилитации.

Список литературы

- Peppard PE, Young T, Barnet JH, Palta M, Hagen EW, Hla KM. Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults. *Am J Epidemiol.* 2013;9:1006–1014.
- Fernandez-Mendoza J, Vgontzas AN. Insomnia and its impact on physical and mental health. *Curr Psychiatry Rep.* 2013;12:418.
- Redline S, Yenokyan G, Gottlieb DJ, et al. Obstructive Sleep Apnea–Hypopnea and Incident Stroke: The Sleep Heart Health Study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010; 182: 269 - 277.

УДК 615.825.6

Дементьева О.С.¹, Михайлов С.Н.^{1,2}, Мешков С.Г.¹

ФИЗИЧЕСКАЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАРДИОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА II ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

¹ГБУЗ Областной центр медицинской реабилитации²ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет г. Оренбург, РоссияDement'eva O. S.¹, Mikhailov S. N.^{1,2}, Meshkov S.G.¹¹Physical and psychiatric rehabilitation cardioneurology patients at the II stage of rehabilitation Regional Center of Medical Rehabilitation²Orenburg state medical University Orenburg, Russia

Ключевые слова: физическая реабилитация, инфаркт миокарда, ишемический инсульт.

Key words: physical rehabilitation, myocardial infarction, ischemic stroke.

Аннотация. Приводится сочетание физических и психотерапевтических методик реабилитации кардионеврологических пациентов на II этапе реабилитации. Оценивается качество лечения пациентов, перенесших инфаркт миокарда и ишемический инсульт при использовании этих методик по Шкале SF-36 и методике Спилбергера-Ханина.

Abstract. The combination of physical and psychotherapeutic methods of rehabilitation of cardio-neurological patients at the II stage of rehabilitation is given. The quality of treatment of patients who underwent myocardial infarction and ischemic stroke was assessed using these techniques on the SF-36 scale and the Spielberger-Hanin technique.

Цель – изучить влияние тренировок на тренажерах, психотерапевтических процедур релаксации на пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и ишемический инсульт (ИИ) с оценкой качества жизни по методу Спилбергера-Ханина, по Шкале SF-36 на II этапе реабилитации.

Материал и методы. Все больные были разделены на 3 группы: 1 группа (45 больных) получала стандартный комплекс лечения и тренировки на аппарате «Оксицикл» в сочетании с естественной ходьбой, 2 группа (20 больных) получала стандартный комплекс лечения и биологическую обратную связь, 3 группа – 25 больных получала тот же комплекс лечения, но без тренировок на тренажере «Оксицикл» и биологической обратной связи. Психологический статус изучался с помощью тестов Спилбергера-Ханина, «Качество жизни SF-36» Первичное тестирование проводилось при поступлении, повторное перед выпиской. Нами была внедрена программа физических тренировок на тренажере «Оксицикл» в сочетании с естественной ходьбой для больных ИМ, имеющих в анамнезе ИИ на II этапе реабилитации.

Для восстановительного лечения кардионеврологических нами применялся метод биоуправления по пульсу. Лечение включало рациональную психотерапию и ежедневные терапевтические процедуры биоуправления. Результаты. При первичном тестировании по методу Спилбергера-Ханина в первой и во второй группах высокий уровень личностной тревожности (ЛТ) выявлен у 36,9% и 35,7% больных соответственно, умеренно повышенный – 63,1% и 64,3% соответственно, с низким уровнем ЛТ не выявлено. В первой и во второй группах высокая реактивная тревожность (РТ) выявлена у (6,3% и 5,4% пациентов соответственно), умеренно повышенная РТ - 24,6% и 22,3% соответственно, низкая - 69,1% и 72,3%. При выписке высокий уровень ЛТ в первой группе снизился до 20,4%, умеренно повышенный до 50,1%, низкий уровень ЛТ определялся в 24,5%. Высокий уровень РТ снизился до 2,1% у больных ИМ, имеющих в анамнезе ИИ, умеренно повышенной РТ до 20,2%, низкий уровень РТ – 77,7%. Во второй группе показатели ЛТ и РТ при выписке не изменились. По методу «Качество жизни SF-36» при первичном тестировании в обеих группах наиболее низкие показатели выявлены по разделам «влияние физического состояния на ролевое функционирование» - 30,5±3,1 баллов, «социальное функционирование» - 39,8±2,6 баллов, «влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование» - 42,3±3,7 баллов. При выписке в первой группе повысился показатель по разделу «влияние физического состояния на ролевое функционирование» до 38,6±4,1 баллов, во второй

группе – изменений не произошло. После курса тренировок на тренажере «Оксицикл» в первой и во второй группах отмечалось достоверное увеличение пороговой мощности нагрузки по сравнению с больными, которые не проходили тренировок на тренажере /контрольная группа/.

Таким образом, использование тренажерной нагрузки, рациональной психотерапии и ежедневных терапевтических процедур биоуправления повышает эффективность реабилитации больных инфарктом миокарда, имеющих в анамнезе ишемический инсульт на II этапе реабилитации и создает мотивацию на продолжение тренировок на III этапе реабилитации.

Список литературы

1. Плахотный А.С. Эффективность психофизиологической реабилитации больных с гипертонической болезнью с использованием метода биологической обратной связи // Биологическая обратная связь 2000. – №1. – С.55.
2. Сулова Г.А., Королев А.А. Динамика восстановления постинсультных больных в зависимости от тяжести неврологических нарушений в процессе реабилитационного лечения // Неврологический вестник – 2009 – Т.ХLI, вып. 2 – С. 15 – 19.
3. Трунова Е.С., Гераскина Л.А., Фонякин А.В. Кардиологические аспекты ранней постинсультной реабилитации // Практическая ангиология (Киев) 2006; №3: 60-65.

УДК 616.8-085.2/.3

Ахмадеева Л.Р., Зинатулина Л.И.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПРОВОДИМОЙ В СТАЦИОНАРЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России. Город - Уфа.

Akhmadeeva L., Zinatulina L.

ASSESSMENT OF QUALITY OF DRUG THERAPY FOR IN-PATIENTS WITH CEREBRAL ATHEROSCLEROSIS

Bashkir state medical university, Ufa

Ключевые слова: атеросклероз, церебральный атеросклероз, стандарт оказания медицинской помощи, медикаментозная терапия.

Key words: atherosclerosis, cerebral atherosclerosis, standard of medical care, medication.

Аннотация: В данном материале отражена оценка качества проведенной медикаментозной терапии при заболевании церебральный атеросклероз в условиях неврологическом стационаре путем сравнения с современными стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

Annotation: This material reflects the assessment of the quality of the medication for in-patients with cerebral atherosclerosis in a neurological hospital by comparison with modern standards of medical care and clinical recommendations.

Введение

Атеросклероз – это хроническое заболевание сосудов эластического и мышечно–эластического типа, то есть крупных артерий. Основными патогенетическими событиями атеросклероза являются липидная инфильтрация внутренней мембраны сосудов и разрастание соединительной ткани в сосудистой стенке [1]. В формировании атеросклероза главенствующую роль отводят следующим факторам: нарушение липидного обмена, наследственный генетический фактор и состояние сосудистой стенки.

На поддержание нормальных показателей липидного обмена влияет соотношение липопротеинов низкой плотности (или ЛПНП), липопротеинов высокой плотности (или ЛПВП). ЛПНП осуществляют транспортировку холестерина из печени прямо в ткани, обратная транспортировка и удаление избыточного количества обеспечивается ЛПВП. Увеличение уровня ЛПНП, а также понижение уровня ЛПВП способствует отложению холестерина на стенках сосудов в виде атеросклеротической бляшки.

Наследственный фактор характеризуется мутацией в структуре гена рецептора ЛПНП. Изменение структуры рецептора приводит к тому, что ЛПНП не захватываются клетками и холестерин накапливается в крови в составе ЛПНП [2].

К нарушению эндотелиального покрова артерий может привести большое количество внешних и внутренних факторов, и в каждом конкретном случае может наблюдаться различное сочетание нескольких из них, но основу патогенетического звена атеросклероза составляет все же накопление холестерина в стенке артерии [3].

На сегодняшний день успехи клинической медицины позволили признать атеросклероз многофакторным заболеванием, фактически объединившего в себе ромогическую теорию Рокитанского, роль эндотелия моноклональную теорию американского ученого E. Benditt, мембранную гипотезу R. Sakson и A. Gotto, аутоиммунную теорию А.Н. Климова и других [3].

В связи с этим, при лечении и подборе реабилитационных мероприятий для пациента врачу необходимо найти эффективный подход для устранения механизма, способствовавшего развитию болезни.

В морфогенезе атеросклероза выделяют несколько стадий [4]. В долипидной стадии появляются нарушения в обмене веществ, увеличение холестерина и повреждение интимы. Вторая стадия - липосклероз, характеризуется отложением липидных желтых пятен. На данном этапе патологического процесса можно предотвратить образование атеросклеротической бляшки, однако в этот период выявить заболевание практически невозможно [4]. Третья стадия - липосклероз, характеризуется тем, что в участке отложения липидов происходит замещение клеток интимы на соединительную ткань [4]. Четвертая стадия - атероматоз, характеризуется тем, что склерозированные бляшки выступают в просвет сосуда. Пятая стадия - изъязвление. Склерозированная бляшка продолжает увеличиваться и уплотняться. На бляшке образуются тромбы, нарушается кровообращение. Закрытие сосуда более 70 % может привести к ишемии тканей. Последняя стадия – атерокальциноз. В склерозированных бляшках откладываются соли кальция, что уменьшает просвет артерий.

По классификации атеросклероза выделяют следующие локализации атеросклероза (или АС): АС коронарных артерий, АС аорты, мозговая форма АС, почечная форма АС, мезентериальная форма АС, АС периферических артерий, АС легочной артерии, сочетанные формы (АС аорты, коронарных и мозговых сосудов) [5]. В зависимости от локализации патологического процесса происходит нарушение кровообращения в соответствующем органе, приводящее к развитию осложнений. Атеросклероз коронарных артерий приводит к развитию ишемической болезни сердца, артерий головного мозга может привести к развитию транзиторных ишемических атак или инсультов. При повреждении периферических сосудов, например нижней конечности, возможно развитие гангрены. Поражение почечных артерий способствует развитию артериального давления. Атеросклероз артерий питающих кишечник провоцирует ишемию и инфаркт кишечника [5]. Самым опасным осложнением является аневризма поражённой артерии, её разрыв приводит к внутреннему кровотечению [5]. Образующиеся тромбы, в месте поврежденного сосуда, нарушают кровоток органа.

В связи с профессиональной неврологической деятельностью и актуальностью заболевания, мы заинтересовались исследованием мозговой формой атеросклероза.

По данным Федеральной службы государственной статистики на 2016 год, в смертности населения среди cerebrovascularных болезней первое место занимает церебральный атеросклероз [6].

Термин «церебральный» отражает локализацию патологического процесса [7].

Цель нашего исследования заключается в оценке качества проведенной медикаментозной терапии при заболевании «церебральный атеросклероз» в условиях стационара, путем сравнения со «Стандартом медицинской помощи больным с атеросклерозом...», утвержденным Министерством здравоохранения РФ Приказом №401 от 26.05.2006, клиническими рекомендациями и критериями качества медицинской помощи согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ №203н от 10.05.2017.

Материалы и методы

На базе неврологического отделения клиники X в городе Y проводилась оценка качества медикаментозной терапии при заболевании «церебральный атеросклероз». В течение 2016 года в стационаре наблюдалось 1839 пациентов, из них 635 (34,5 %) пациентов с диагнозом церебральный атеросклероз.

Нами было проанализировано 453 медицинских карт пациентов стационарного профиля наблюдавшихся в течение 2016 года, с кодом по МКБ 10: I67.2, из них 339 женщин и 114 мужчин. На каждый анализируемый случай заполняли таблицу с «паспортными» данными пациентов, диагнозом заболевания, должностными лечебными мероприятиями и проводимыми в условиях стационара.

Результаты и обсуждение

Проведенный анализ лечения церебрального атеросклероза в стационаре показал, что из 453 исследуемых медицинских карт 141 (31,1%) не соответствует указанным стандартам оказания медицинской помощи и клиническим рекомендациям. К сожалению, несмотря на рекомендованные доказанные медикаментозные препараты, используется множество дополнительных, часто не дающих значимый эффект при данной патологии.

Распределение препаратов по фармакологическим группам, использованных в данной клинике, представлено на рис. 1. Наиболее используемыми являются препараты, не входящие в вышеуказанные стандарт и рекомендации: вазоактивные и ноотропные препараты – их назначили в 86,5% (уровень доказательности D), витамины различных групп – 67,9%, располагаются на втором месте по назначению. Вышеперечисленные группы препаратов малоэффективны и в большинстве случаев являются примером неразумного расходования денежных средств, а их использование может привести к ряду нежелательных побочных явлений.

На третьем месте по использованию стоят НПВС – 52,5%. Среди препаратов данной группы, предпочтение отдали Ацетилсалициловой кислоте. Однако, по «Стандарту медицинской помощи больным с атеросклерозом ...» утвержденным Министерством здравоохранения РФ Приказом №401 от 26.05.2006 рекомендуемая

частота назначения составляет 1 [8]. Несоответствие проводимой и должной терапии составляет 47,5 %.

На четвертом месте антиоксиданты – 49,4%, также не прописанные ни в стандарте, ни в клинических рекомендациях, ни в критериях оценки качества медицинской помощи. Исследования NATS показали, что антиоксиданты никак не влияли на уровень ЛПВП, а в комбинации с гипохолестеринемическими препаратами уменьшали эффект последних ЛПНП и особенно ЛПВП [9]. На пятом месте гипотензивные препараты – 47,2 %, приемлемы при сопутствующем диагнозе гипертонической болезни [10]. В систематических обзорах и рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ) в основной класс лекарственных средств вошли статины (уровень доказательности А). Результаты РКИ со статинами продемонстрировали достоверное снижение уровня ЛПНП на монотерапии, сопровождающееся уменьшением частоты осложнений атеросклероза, включая сердечно-сосудистую смерть, нефатальный и фатальный ИМ, МИ, периферический атеросклероз [11]. К сожалению, процент использования гиполипидемических препаратов в условии анализируемого стационара составил всего -20,9 %.

По «Стандарту медицинской помощи больным с атеросклерозом ...» утвержденным Министерством здравоохранения РФ Приказом №401 от 26.05.2006 рекомендуется группа препаратов анксиолитики, включающие Диазепам и Мидазолон, с частотой назначения 0,5. Назначение анксиолитиков в стационаре составило всего 0,4%. Несоответствие проводимой и должной терапии составляет 49,6%.

Заключение

Сложность лечения атеросклероза заключается в его многофакторности, в связи с чем, не существует конкретных лекарственных препаратов, полностью способствующие устранению патологического процесса.

Все имеющиеся систематические обзоры, стандарты, клинические рекомендации, критерии оценки качества медицинской помощи на главную роль в лечении атеросклероза выделяют гиполипидемические препараты, антиагрегантную терапию, гипотензивную терапию [6, 12]. Витамины, ноотропные препараты не обладают достаточной эффективностью при данном заболевании, к тому же имеют малую доказательную базу.

Согласно Приказу Минздрава РФ от 10.05.2017 N 203н – Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи, в критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при атеросклерозе входит: терапия ацетилсалициловой кислотой, гиполипидемическими лекарственными препаратами, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II, препаратами группы гепарины (при отсутствии медицинских противопоказаний) [12].

Лечащему врачу следует выявить причину заболевания и учесть все современные рекомендации, при назначении медикаментозной терапии для дальнейшей реабилитационной стратегии каждому конкретному пациенту с учетом его основного, сопутствующих заболеваний и целей.

Основными принципами медикаментозного лечения церебрального атеросклероза, оказываемого в условиях стационара, является:

гиполипидемическая терапия: статины доказано препятствуют отложению холестерина.

антиагрегантная терапия: доказано препятствует образованию тромбов;

НПВС: терапия Ацетилсалициловой кислотой [8, 12].

Пациентам при развитии цереброваскулярной недостаточности рекомендованы средства:

влияющие на сердечно-сосудистую систему (гипотензивные препараты, средства для лечения сердечной недостаточности, вазопрессорные средства, противоаритмические средства, антиангинальные средства);

гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему;

влияющие на кровь (средства, влияющие на систему свертывания крови, растворы и плазмозаменители, препараты плазмы);

влияющие на центральную нервную систему и другие [12, 13].

Мы предлагаем врачам неврологических стационаров России провести подобный анализ и сопоставить результаты с данными, полученными нами. Если данный стационар – уникален и ситуация в других клиниках кардинально отличается, будем считать, что только в этом стационаре следует добавить мероприятия, повышающую профессиональную грамотность врачей. Если же окажется, что это не единственный стационар, а сложившаяся в стране система, то следует обратить на это пристальное внимание и принимать меры на уровне профессионального сообщества страны. Так как медикаментозная терапия является базисом для стратегии ведения пациента и его реабилитации.

Список литературы

Захаров В.В. Атеросклероз церебральных и периферических артерий: вопросы терапии // РМЖ, 2007. №10. 833 с.

Биохимия: Учебник / Под ред. Северина Е.С. – 2 изд., испр. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. 450 с.

Карпов Р.С. Современные проблемы атеросклероза: взгляд клинициста // Бюллетень сибирской медицины, < 1, 2003. 14 с.

Патологическая анатомия: учебник / А. И. Струков, В. В. Серов. - 5-е изд., стер. - М.: Литтерра, 2010. 348-355 с.

Кухарчук В.В., Тарарак Э.М. Атеросклероз: от А.Л. Мясникова до наших дней // Кардиологический вестник (архив 2006-2013 гг.), 2010.

Федеральная служба государственной статистики. Смертность

населения по причинам смерти в 2016 году, 29.05.2017. https://www.google.ru/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=11&ved=0ahUKEwi_icig5e3VAhVhCpoKHS8WCvU4ChAWCCYwAA&url=http%3A%2F%2Fwww.gks.ru%2Ffree_doc%2Fnew_site%2Fpopulation%2Fdemo%2Fdemo24-2.xls&usq=AFQjCNHC8zBrN_4VJt8KKhJ_DQWX2T7jVA.

Шмидт Е. В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1985. № 9. 1281-1288 с.

Стандарт медицинской помощи больным с атеросклерозом..., утвержденным Министерством здравоохранения и социального развития РФ Приказом № 401 от 26.05.2006 г.

Подобед В.М. Современная антиоксидантная терапия» // Новости экспертизы и регистрации. 2007. №10.

Клинические рекомендации по ведению пациентов с сосудистой артериальной патологией (Российский согласительный документ). Часть. 3. Экстракраниальные (брахиоцефальные) артерии. Москва НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2012. – 63 с.

Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза // Российские рекомендации. V пересмотр. Москва, 2012 г. - 22 с.

Приказ Минздрава РФ от 10.05.2017 N 203н – Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи.

Стандарт медицинской помощи больным с уточненными поражениями сосудов мозга, утвержденным Министерством здравоохранения и социального развития РФ Приказом № 395 от 26.05.2006 г.

УДК 616-009.12

Белозерцева И.И., Помников В.Г., Бедурова Э.Я.

БОТУЛИНОТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТИНСУЛЬТНОЙ СПАСТИЧНОСТЬЮ

Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей экспертов Минтруда России, кафедра неврологии, МСЭ и реабилитации, Санкт-Петербург

Belozertseva I.I., Pomnikov V.G., Bedurova E. Y.

The 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

Ключевые слова: спастичность, ботулотоксин, реабилитация

Keywords: spasticity, medical rehabilitation, botulinum toxin

Аннотация: тезисы посвящены медицинской реабилитации пациентов с постинсультной спастичностью верхней и нижней конечности, получивших комбинированную терапию с применением инъекций ботулотоксина типа А.

Abstract: the thesis with the topical problem – the medical rehabilitation of patients with poststroke spasticity. It describes cases of patients with poststroke spasticity of the upper and lower extremities who have received combined therapy using botulinum toxin type A injections.

В Российской Федерации ежегодно регистрируют около 400 тыс. инсультов, основным осложнением которых является мышечный гипертонус (спастичность); у каждого третьего пациента, перенесшего инсульт, имеются нарушения функционирования [1,2]. Спастическое повышение мышечного тонуса нивелирует оставшуюся мышечную силу, ухудшает функциональные возможности и затрудняет восстановление моторной функции. В настоящее время имеется 20-летний опыт эффективного использования ботулотоксина типа А (БТА), подтвержденный рандомизированными двойными слепыми исследованиями [3,4].

Цель исследования: изучить эффективность инъекций БТА у пациентов с последствиями инсульта.

Материалы и методы: на базе реабилитационного отделения городской больницы №26 проведено неврологическое обследование и лечение БТА 10 пациентам с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения (ишемический инсульт в 8 случаях, геморрагический инсульт — в 2). Возраст пациентов составил от 27 до 58 лет, давность перенесенного инсульта от 2 до 8 лет.

Неврологическая симптоматика у всех пациентов представлена левосторонним спастическим гемипарезом, выраженность пареза преобладала в дистальных отделах конечностей. У всех больных был отмечен болевой синдром по шкале ВАШ от 5 до 9 баллов. Оценка по шкале Эшворта составила для верхней конечности – 4 балла, для нижней конечности – 3 балла. Для верхней конечности у всех пациентов выявлен I и IV паттерн спастичности, для нижней конечности IV и II. Инъецированы БТА мышцы верхней и нижней конечности препаратами «Ксеомин», «Диспорт». При последующих визитах через 2 и 4 недели после инъекции у пациентов отмечено уменьшение или устранение болевого синдрома (ВАШ 0-1 балла), увеличение объема движений в паретичных конечностях, уменьшение спастичности до 1 - 2 баллов по шкале Эшворта; улучшение владения кистью для захвата, ношения и держания, расширились возможности обеспечения личной гигиены. У всех пациентов улучшилось передвижение (ходьба, поддержка вертикального положения тела) и перемещения, нормализация сна. После инъекции БТА реабилитационные мероприятия у всех больных проходили более успешно и позволили увеличить интенсивность, продолжительность занятий лечебной физкультурой, расширить программу занятий за счет применения тех упражнений, которые ранее ограничивал высокий мышечный тонус, снизилась частота приема антиспастических лекарственных препаратов.

Длительность действия ботулотоксина у больных составила 4-6 месяцев, побочных эффектов не отмечено.

Заключение. Преимуществами лечения БТА является точечное воздействие на проблемные мышцы без общего негативного влияния на организм, удобство применения, уменьшение боли без применения анальгетиков, облегчение ухода, гигиенических процедур, восстановление нормальной позы, социальная реинтеграция. БТА в составе классической схемы реабилитации значительно повышает эффективность восстановительных процедур.

Список литературы:

1. Кадыков А. С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 560 с.
2. Антипова Л.Н. Постинсультная спастичность. Аспекты выбора терапии. // Вестник МУЗ ГБ №2. - 2011. - №13. - С. 73-89.
3. Elia A.E., Filippini G., Calandrella D., Albanese A. Botulinum neurotoxins for post-stroke spasticity in adults: a systematic review. *Mov Disord* 2009; 24: 6: 801—812. 14. Ertzgaard P, Ward A.B., Wissel J., Borg J. Practical considerations for goal attainment
4. Bakheit A.M.O., Pittock S., Moore A.P. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled, study of the efficacy and safety of botulinum toxin upper limb spasticity in patients with stroke. *Eur J Neurol* 2001; 8: 559—565

УДК 615.83(09)

Завгородько В.Н., Кортелев В.В., Завгородько Т.И.

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ КУРОРТНОГО ДЕЛА НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ

ФГБОУ ВО Дальневосточный государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Хабаровск

V.N. Zavgorudko, V.V. Kortelev, T.I. Zavgorudko

THE HISTORY OF DEVELOPMENT OF RESORT BUSINESS IN THE FAR EAST

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Резюме

В тезисах собраны исторические сведения с момента Петровского Указа «О приискании в России минеральных вод» 1717 года до 1914 года начала советского периода развития курортной системы на Дальнем Востоке. Описан вклад выдающихся исторических личностей, волей судьбы оказавшихся первыми на минеральных источниках или способствовавших их открытию и развитию.

Ключевые слова: история курортного дела, Дальний Восток, Камчатка, Анненские минеральные воды, Паратунка, азотно-кремнистые термальные воды.

The summary

The thesis consists of historical information from the time of the Petrovsky Decree “About the finding in Russia mineral water” 1717 until 1914, the beginning of the Soviet period of development of the Spa system in the far East. The contribution of outstanding historical figures, the will of fate turned out to be the first on minerals springs or contributed to their discovery and development is described.

Key words: history of resort business, Far East, Kamchatka, Annenskie mineral waters, Paratunka, nitric-siliceous thermal waters.

В этом году отмечается 300-летие Петровскому Указу «О приискании в России минеральных вод» от 24 июля 1717 года. В 1719 г. Петр I стал основателем первого курорта в России «Марциальные воды» [1].

История становления курортного дела на Дальнем Востоке начинается с Камчатки. Первое письменное упоминание о Больше-Баннских горячих источниках датируется 24 декабря 1707 года - т.е. за 10 лет до Петровского Указа и за 30 лет до начала исследований на п-ове Камчатка [2].

Исследователь Камчатки С.П. Крашенинников зимой 1737 г. посетил «горячие ключи при речке Бааню» (так тогда назывались источники), «сочинил описание оным ключам на латинском языке и сделал план». В 1755 г. из под пера С.П. Крашенинникова вышел труд «Описание земли Камчатки», где он описал шесть групп горячих источников: Озерновские, Паужетские, Баннские, Начикинские и две группы Семьячинских.

Интересно отметить, что в те времена туземное население Камчатки считало горячие источники, как и дымящиеся вулканы, жилищами злых духов. Они не только страшились в них купаться, но и держали в строгой тайне их местонахождение.

В последующие годы источники посещали знаменитые мореплаватели, путешественники, ученые. Вначале посещали источники, которые находились вблизи дороги Петропавловск – Усть-Большерецк и в долине р. Камчатка. Таким образом, к известным уже Начикинским добавились Малкинские и Паратунские источники [2].

Первый, хотя и примитивный, химический анализ Начикинских источников сделал в 1779 г. сын французского консула в Петербурге – Лессепс, единственный оставшийся в живых член экспедиции капитана Лаперуза. В его книге о Камчатке впервые упоминаются Малкинские ключи. В том же году в Начикинских термах купался капитан Кларк из знаменитой экспедиции Кука, а спустя пять лет – Сарычев и Беринг (внук легендарного командора Витуса Беринга).

В 1805 г. врач-натуралист Лангсдорф, участник экспедиции Крузенштерна, посетил и описал Начикинские, Малкинские и Паратунские источники. В своих записках капитан Кларк, побывавший после Начикинских и на более мощных Малкинских источниках, вспоминает об этом с гордостью.

Капитан Шабельский, волею судьбы оказавшийся первым на Паратунских источниках (1822 г.), представил в отчете первые сведения о них.

Первый источник на материковой части Дальнего Востока (Хабаровский край) был открыт и описан русским горным инженером В.Н. Амосовым в 1856 г. во время первой экспедиции в поисках драгоценных металлов. Ими стали «Анненские воды». А уже в 1864 г. военным губернатором Приморской области контр-адмиралом П.В. Казакевичем была направлена на горячие ключи комиссия, состоящая из морских врачей, которая подтвердила целебные свойства минеральных вод и целесообразность строительства курорта. И уже 25 мая 1866 г. была произведена торжественная закладка и строительство лечебницы на водах [3].

Первые сообщения о Кульдурском источнике (ЕАО) были, опубликованы в журнале «Природа и охота» за 1897 г., а так же в «Отчетах о геологических исследованиях в Амурско-Приморском золотоностном районе». Систематическое исследование источника началось в 1910 г., когда были опубликованы первые результаты химических анализов проб воды Кульдурского источника в «Трудах Амурской экспедиции», а с 1913 года на Кульдуре начинают регулярно лечиться больные [4,5,6,7].

Первые упоминание о грязях Амурского залива встречается еще 1913 году. В 1914 году некий Дылевский взял в аренду грязевые запасы и начал строительство курорта Садгород (Приморский край) [8].

Принятие Декрета СНК «О лечебных местностях общегосударственного значения» №231 от 4 апреля 1919 г. послужило началом советского периода развития курортной системы России.

Список литературы:

Основан первый российский курорт «Марциальные воды» <http://www.prlib.ru/history/619134>

Паратунское сельское поселение. Официальный сайт. История поселения. <http://www.paratunka-sp.ru/history>

Анненские минеральные воды. История открытия / В.Н. Завгородько, В.В. Кортелев, Т.И. Завгородько, С.В. Сидоренко //Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. - 2015. Т. 92. - № 3. С. - 62-65.

Организация лечения на курортах с азотно-кремнистыми термальными водами/ В.Н. Завгородько, Т.И. Завгородько, С.В. Сидоренко, Г.В. Завгородько. - Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2016. - 152с.

Рекреационный туризм в курортных зонах Дальнего Востока / В.Н. Завгородько, Г.В. Завгородько, С.В. Сидоренко, Т.И. Завгородько, В.В. Кортелев. - Хабаровск: Краевое книжное изд-во; 2007. - 160 с.

Завгородько, В.Н. Горячие воды холодного побережья. / В.Н. Завгородько, Т.И. Завгородько, С. В. Сидоренко. - Хабаровск: ДВГМУ, 2012. - 168 с.

Рекреационный туризм как составляющая часть экологического туризма и перспективы его развития на Камчатке / В.Н. Завгородько, Т.И. Завгородько, С.В. Сидоренко, Г.В. Завгородько //Лечебная физкультура и спортивная медицина. - 2014. - № 1 (121). - С. 52-56.

Кулаков В.В., Сидоренко С.В. Минеральные воды и лечебные грязи Приамурья. - Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2017 - 474 с.

УДК 616.711-018. 3-002:612.13:615. 83

Бобрик Ю.В., Шпаковский В.Н., Мороз Г.А., Пономарев В.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СУХОВОЗДУШНЫХ ТЕПЛОВЫХ И АЭРОЗОЛЬНЫХ ПАНТОВЫХ ВАНН ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», г. Симферополь, Россия

Bobrik Yu.V., Shpakovsky V.N., Moroz G.A., Ponomarev V.A.

EFFICIENCY OF THE USE OF DRY-AIR THERMAL AND AEROSOL PANT BATHS DURING REHABILITATION OF PATIENTS WITH NEUROLOGICAL DISPLAYS OF OSTEOCHONDROSIS OF BACKBONE

Medical Academy named after S.I. Georgievsky of V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Russia

Ключевые слова: дорсалгия, остеохондроз позвоночника, реабилитация.

Key words: dorsalgia, osteochondrosis of the spine, rehabilitation.

Аннотация. Целью настоящей работы явилось исследование результатов восстановительного лечения больных остеохондрозом позвоночника с применением суховоздушных тепловых и аэрозольных пантовых ванн. Анализ непосредственных и отдаленных результатов сочетанной бальнеотерапии вегетоброгенных дорсалгий с включением в общий комплекс суховоздушных тепловых и аэрозольных пантовых ванн позволяет достоверно повысить эффективность восстановительного лечения пациентов, добиться у них более продолжительной ремиссии с сохранением трудоспособности и снизить частоту рецидивов заболевания по сравнению со стандартными методами реабилитации.

Abstract. The purpose of this study was to study the results of restorative treatment of patients with osteochondrosis of the spine using dry air heat and aerosol pant baths. The analysis of the immediate and long-term results of the combined balneotherapy of vegetative dorsalgies with the inclusion of dry air heat and aerosol pant baths into the overall complex allows to significantly increase the efficiency of restorative treatment of patients, to achieve a longer remission with preservation of their

ability to work and to reduce the frequency of relapse of the disease in comparison with standard methods of rehabilitation.

Введение. Согласно данным медицинской статистики [1], до 80 % взрослого населения страдает дорсалгиями, связанными с остеохондрозом позвоночника с неврологическими проявлениями (ОХПНП) (вертеброгенными торакалгия, люмбалгиями, люмбоишиалгиями, радикулопатиями). Потери по нетрудоспособности, вызванные данной патологией, занимают, по исследованиям ряда авторов [1,2], либо первое место среди всех остальных болезней, либо второе, уступая только простудным заболеваниям. В настоящее время среди специалистов ведётся активная дискуссия по вопросам оказания адекватной лечебно-восстановительной помощи лицам с ОХПНП. При всем разнообразии взглядов и подходов разных авторов к пониманию проблем возникновения и манифестации ОХПНП, а также оказания помощи при данном заболевании, все они сходятся во мнении о чрезвычайной актуальности этой проблемы и необходимости концентрации усилий для ее решения [1,2,3,4].

Целью настоящей работы явилось исследование непосредственных и отдаленных результатов восстановительного лечения больных ОХПНП с применением суховоздушных тепловых и аэрозольных пантовых ванн.

Материал и методы.

Основу работы составили результаты наблюдений за 609 пациентами, проходившими курс восстановительного лечения в пансионате семейного отдыха «Ласточка», санатории «Барнаульский», курорте «Белокуриха» с диагнозом полисегментарного остеохондроза грудного и поясничного отделов позвоночника в возрасте от 26 до 60 лет (средний возраст $44,8 \pm 1,2$ года) при оценке непосредственных результатов терапии. Отдаленные результаты и медико-социальная эффективность использования суховоздушных тепловых в сочетании с высокодисперсными аэрозольными ваннами водного экстракта пантового концентрата были изучены путем анкетирования, амбулаторного осмотра 294 больных, а также при прохождении повторного санаторного лечения (112 человек). На основании данных обследования у всех наблюдаемых больных выявлены проявления вертебрального (нейромышечного) синдромов остеохондроза поясничного отдела позвоночника в стадии неполной ремиссии. По характеру течения преобладал хронический рецидивирующий прогредиентный вариант. Длительность заболевания составляла в среднем 8,4 года. Всем пациентам проводилось динамическое клиническое, ортопедическое, неврологическое обследование, лабораторное (общий анализ крови и мочи), инструментальные (электрокардиография, реовазография нижних конечностей) обследования.

Программа исследования предусматривала формирование двух репрезентативных групп больных сходных по полу, возрастному составу и клиническому течению заболевания. Обе группы больных получили аналогичные курсы базовой терапии: диета, ЛФК, массаж, термотерапию (основная группа – суховоздушные аэрозольные тепловые ванны, в сочетании с высокодисперсными аэрозольными ваннами водного экстракта пантового концентрата в термокамере АКОКФ-01 и дифференцированная ЛФК, контрольная группа – общую сауну). По частоте, продолжительности процедур, общей тепловой нагрузке группы были сопоставимы.

При локальной термотерапии проводились суховоздушные тепловые ванны температурой 60°C, влажность – 30-45 %, в сочетании с высокодисперсными (0,5-25 мкм) аэрозольными ваннами водного экстракта пантового концентрата, продолжительность 2-х режимов 25-30 мин, через день, количество процедур на курс – 14. Объем распыляемого раствора на 1 сеанс составляет 250,0 мл водного экстракта пантового концентрата в разведении 10,0 гр. на 250 мл. Применялось устройство «Термокамера 2-х режимная для суховоздушных тепловых с высокодисперсными аэрозолями ванн АКОКФ [3,4].

Результаты.

Непосредственные результаты лечения, проводимого в рамках исследовательской работы, выражались в том, что положительный клинический эффект в основной группе был отмечен у 273 человек (84,8 %), в том числе значительное улучшение наблюдалось у 168 больных (52,2 %); в контрольной группе, соответственно, у 217 (71, 15 %) и у 105 (36,6 %) больных. Состояние без перемен было зарегистрировано в основной группе у 49 (13,2 %) больных, в контрольной – у 70 (28,85 %) больных. Ухудшение состояния не было зарегистрировано в обеих группах наблюдения. При этом пациенты основной группы, получившие бальнеопроцедуры в термокамере АКОКФ-01, отметили более выраженную комфортность, адекватность воздействия температуры на сердечнососудистую систему, повышение общего тонуса, улучшение самочувствия после 3-4 процедур. У подавляющего числа (98%) пациентов с повышенным АД отмечалось снижение или нормализация его уровня уже после 3-4 процедуры, стабилизация частоты сердечных сокращений и суточного диуреза мочи.

Результаты анализа листков нетрудоспособности в течение года до и года после курса санаторного лечения показали, что число случаев и продолжительность периодов временной утраты трудоспособности после санаторного лечения снизились в обеих группах, однако, в наибольшей степени – в основной группе в 1,7 раза ($p < 0,05$) больше по сравнению с контрольной группой.

Заключение.

Анализ непосредственных и отдаленных результатов сочетанной бальнеотерапии вертеброгенных дорсалгий с включением в общий комплекс суховоздушных тепловых и аэрозольных пантовых ванн позволяет

достоверно повысить эффективность восстановительного лечения пациентов, добиться у них более продолжительной ремиссии с сохранением трудоспособности и снизить частоту рецидивов заболевания по сравнению со стандартными методами реабилитации.

Список литературы

- 1) Бобрик Ю.В. Катамнестический анализ эффективности комплексной реабилитации пациентов с вертеброгенными дорсалгиями, радикулопатиями // Запорожский медицинский журнал. – 2015. – №1. – С. 59-61.
- 2) Бобрик Ю.В., Каладзе Н.Н. Физиотерапия при комплексной реабилитации больных с неврологическими синдромами остеохондроза позвоночника // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2011. – №4. – С. 89-94.
- 3) Александров В.В. Основы восстановительной медицины и физиотерапии: учеб. пособие. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010. – 180 с.
- 4) Шпаковский В.Н., Бобрик Ю.В. Традиционные и современные технологии теплечения и бальнеотерапии в комплексном восстановительном лечении пациентов с остеохондрозом позвоночника Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. – 2017. – Т. 7, № 1. – С. 95-103.

УДК 616.831-005-073.43+616.857

Крадинова Е.А., Кулик Е.И., Назарова Е.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТОТЕРАПИИ ПРИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского «КФУ имени В.И. Вернадского», г. Симферополь

Kradinova E.A., Kulik E.I., Nazarova E.V.

THE EFFICACY OF MAGNETIC THERAPY IN TENSION-TYPE HEADACHE IN MOTHERS RAISING CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Medical Academy named after S.I. Georgievsky of Vernadsky CFU, Simferopo

Ключевые слова: церебральная гемодинамика, ультразвуковая доплерография, головная боль напряжения, детский церебральный паралич, диагностические средства, реабилитация, магнитотерапия

Key words: cerebral hemodynamics, dopler ultrasound, tension headache, tension-type headaches, diagnostic methods, rehabilitation, magnetic therapy

Аннотация. Проведенные исследования показали высокую эффективность комплексного применения магнитотерапии по транскраниальной методике при головной боли напряжения у матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом.

Annotation. Conducted studies showed high efficiency of combined use of magnetic therapy on transcranial method in tension-type headache in mothers raising children with cerebral palsy.

Цель исследования: изучение возможности комплексного использования низкочастотной транскраниальной магнитотерапии у матерей, воспитывающих детей больных ДЦП, при эпизодической головной боли напряжения.

Материалы и методы. Проведены нейропсихологические и клиничко-функциональные обследования [1]. Методики лечения: 1 группа (48 чел.) – общий санаторно-курортный комплекс; 2 группа (55 чел.) – общий санаторно-курортный комплекс, транскраниальная магнитотерапия (ТкМТ). Аппарат ДИАМАГ (АЛМАГ-03). Регистрационное удостоверение № ФСР 2012/13599 от 29. 06. 2012 г., производитель ЕЛАМЕД).

Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи программного продукта STATISTICA 6.0 для работы в среде Windows.

Результаты исследования. Установлено, что у матерей, воспитывающих детей, больных ДЦП, длительное эмоциональное напряжение ($\chi^2=17,64$, $p<0,01$), снижение психологического резерва (50,9%, методика СМИЛ-мини) способствуют формированию психопатологических расстройств. Изучение особенностей церебральной гемодинамики, методом ультразвуковой доплерографии, определили у 45,01 % матерей клинические признаки недостаточности кровообращения в вертебрально-базиллярной системе в виде головной боли напряжения [2]. При изучении показателей кровотока в позвоночной артерии (ПА) выявлены различия в величинах V_{ps} в сегментах V_1 , V_4 и V_2 . При одностороннем характере головных болей в сегменте V_2 ПА определен достоверный дефицит кровотока, что проявлялось увеличением индекса RI и степени асимметрии кровотока ($p<0,05$). При диффузном проявлении болевого синдрома выявлено статистически незначимое снижение V_{ps} в левой ПА. При этом во всех случаях наблюдения неврологическая симптоматика сочеталась с вертеброгенными проявлениями шейного остеохондроза.

Методика низкочастотной ТкМТ на фоне комплексного санаторно-курортного лечения [3] у матерей с головной болью напряжения, оказывала воздействие на эмоциогенные структуры лимбико-гипоталамо-ретикулярного комплекса (снижение напряженности, чувства тревоги, различных страхов). При ТкМТ с возрастающей частотой воздействия (5-7 Гц) определен эффект регуляции функционального состояния коры головного мозга и надсегментарных вегетативных структур (снижение амплитуды Alpha-ритма при увеличении его частоты, снижение мощности Theta – ритма). По данным ультразвуковой доплерографии

регистривали улучшение функциональной активности кровотока: уменьшение спазма в сегменте V_4 (соотношение S/D $4,14 \pm 0,12$ усл.ед.; $2,61 \pm 0,04$ усл.ед. $p < 0,01$); увеличение скорости кровотока в сегменте V_2 ($26,52 \pm 0,60$ см/сек; $42,99 \pm 0,33$ см/сек, $p < 0,01$).

Заклучение. Проведенное исследование показало высокую эффективность комплексного применения магнитотерапии по транскраниальной методике при головной боли напряжения у матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом.

Список литературы

- Чутко, Л. С. Головные боли напряжения: клиничко-психологические варианты и возможности терапии / Л. С. Чутко, С. Ю. Сурушкина // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – Т. 4. – С. 1–4.
- Якубенко, Ю. В. Динамика гемодинамических показателей у пациентов с хронической головной болью напряжения / Ю. В. Якубенко // Научные ведомости Белгородского Государственного университета. Серия: Медицина и фармация. – 2015. – Т. 29, № 4. – С. 27–31.
- Стандарты по мануальной терапии (диагностика и лечение) / А.Б. Ситель [и др.] // Мануальная терапия. – 2016. – Т. 2. – № 62. – С. 52–68.

УДК 615.85+616-72

Люткевич А.А.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАПИИ ПОЛЯРИЗОВАННЫМ ПОЛИХРОМАТИЧЕСКИМ СВЕТОМ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора, Новосибирск

Ljutkevich A.A.

APPLICATION OF THERAPY BY POLARIZED POLYCHROMATIC LIGHT IN MEDICAL REHABILITATION

Novosibirsk state medical University, Novosibirsk research institute of hygiene, Novosibirsk

Ключевые слова: медицинская реабилитация, поляризованный полихроматический свет

Key words: medical rehabilitation, polarized polychromatic light

Аннотация. Проведен обзор методик применения терапии поляризованным полихроматическим светом в медицинской реабилитации. Показана высокая клиническая эффективность указанного метода в реабилитации пациентов различного профиля и возраста.

Abstract. The paper presents the methods of applying therapy by polarized polychromatic light in medical rehabilitation. This method showed a high clinical efficacy in the rehabilitation of patients of different profiles and ages.

Актуальной потребностью современной медицинской реабилитации (МР) является поиск эффективных, безопасных и простых в исполнении методов восстановления функций, которые могут успешно применяться в комплексе с другими медикаментозными и немедикаментозными технологиями, входящими в индивидуальные программы реабилитации [1]. В последние годы у пациентов основных социально значимых клинических направлений МР (в травматологии и ортопедии, кардиологии, неврологии, неонатологии, онкологии) все более активно используется поляризованный полихроматический свет (ППС) [1, 2].

Преимуществами терапии ППС при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата является возможность начала лечения с первых суток после травмы или операции, отсутствие противопоказаний при наличии протезов (имплантов), остеометаллосинтеза, быстрое разрешение отеков и экхимозов на фоне терапии. Так, в исследовании О.М. Коновой и соавторов показано, что включение ППС в комплекс лечения переломов длинных трубчатых костей приводило к более быстрому (в 2 раза) уменьшению болевого синдрома и отека, к сокращению общего времени реабилитации в 1,5 раза [3]. По результатам собственных исследований, дополнение программ реабилитации ППС при гонартрозах I-II рентгенологической стадии усиливало обезболивающий эффект в 1,8 раза, способствовало уменьшению толщины синовиальной оболочки в 1,4 раза и времени подъема по лестнице на 10 ступенек - более, чем на 1с ($p < 0,05$). Применение поляризованного света в комплексной реабилитации профессиональных больных с шейными дорсопатиями приводило к снижению среднего балла алгий до 1,9 раза [4].

Общепризнано ранозаживляющее действие ППС в различных возрастных группах. Во многих работах показано, что эпителизация послеоперационных и послеожоговых ран ускорялась в 1,5-3 раза, значительно уменьшался риск появления гипертрофических и атрофических рубцов, рубцовых контрактур. Методика фототерапии при этом бесконтактна и проста в исполнении [5,6].

В течение последних 2 лет на клинических базах Новосибирского государственного медицинского университета апробировано применение ППС при ишемическом инсульте. Предварительные результаты позволяют сделать выводы об эффективности метода, сопоставимой с низкоинтенсивным лазерным облучением. Среди

преимуществ можно отметить более мягкое действие на вегетативную регуляцию и доступность терапии на всех трех этапах МР, в т.ч. в домашних условиях.

Возможность применения при наличии кардиостимулятора, стента, искусственного клапана, хорошая сочетаемость с различными медикаментами, отсутствие побочных эффектов на фоне брадиаритмий обуславливают широкое использование ППС в кардиореабилитации, в особенности у пациентов, перенесших оперативное вмешательство на сердце и крупных сосудах.

Чрезвычайно актуально использование ППС в неонатологии: при поражении кожных покровов, перинатальной патологии ЦНС, в профилактике и лечении острых респираторных заболеваний, при гипербилирубинемии новорожденных [6, 7]. Так, Л.А. Строзенко доказала, что применение ППС в 1,4 раза сокращает длительность неонатальной желтухи [8].

Перспективно применение ППС в онкоореабилитации, что подтверждается серией блестящих работ К.А. Самойловой и Н.А. Жеваго [9].

Таким образом, программы терапии с применением ППС по своему саногенетическому воздействию и клинико-функциональным эффектам могут быть рекомендованы к широкому внедрению в практику МР у пациентов различного возраста и профиля.

Список литературы

- Ivanova G.E. Medical rehabilitation in Russia. Development prospects. // *Consilium Medicum*. 2016. 18 (2.1): 9–13.
- Физическая и реабилитационная медицина: национальное руководство; [под ред. проф. А.Н. Пономаренко]. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 688 с.
- Копова О.М., Буркин И.А., Дмитриенко Е.Г. и др. Применение полихроматического некогерентного поляризованного света в комплексном восстановительном лечении детей с травматическими повреждениями // *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*. 2010. №4. С. 7-9.
- Люткевич А.А. Эффективность применения поляризованного некогерентного света у лиц с шейными дорсопатиями // *Медицина и образование в Сибири*. 2015. №1 –С. 36-41.
- Medenica L., Lens M. The use of polarised polychromatic non-coherent light alone as a therapy for venous leg ulceration // *J. Wound Care*. 2003. V. 12(1). P. 37-40.
- Яцык Г.В., Шищенко В.М., Бомбардилова Е.П. и др. Применение полихроматического некогерентного поляризованного света в лечении новорожденных и детей первых месяцев жизни: пособие для врачей. М., 2008. 18 с.
- Хан М.А., Копова О.М., Быкова М.В. и др. Применение полихроматического некогерентного поляризованного света в педиатрии: методические рекомендации для врачей. М., 2001. 24 с.
- Строзенко Л.А., Иванова Л.Э. Светотерапия неонатальных желтух в амбулаторно-поликлинических условиях // *Сборник материалов XVI конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии»*. 2012. С. 1081.
- Zhevago N.A., Zimin A.A., Samoilova K.A. et al. Polychromatic light (480–3400 nm) similar to the terrestrial solar spectrum without its uv component in post-surgical immunorehabilitation of breast cancer patients // *Journal of Photochemistry and Photobiology B: Biology*. 2017. T. 166. С. 44-51.

УДК 616.082.3

Мирошкин Р.Б., Фукс О.Ю., Карелин А.Ф., Костарева И.О., Стригина М.И., Карапетын Л.А.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ДЕТСКОЙ ОНКОГЕМАТОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ ЛРНЦ «РУССКОЕ ПОЛЕ» ННПЦ ДГОИ ИМ. ДМИТРИЯ РОГАЧЕВА

ЛРНЦ «Русское Поле» ННПЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева. Москва.

Miroshkin R.B., Fuks O.Y., Karelin A.F., Kostareva I.O., Strigina M.I., Karapetyan L.A.

TOPICAL ISSUES OF MEDICAL-PSYCHOLOGICAL REHABILITATION IN CHILDHOOD ONCOHEMATOLOGY IN CLINICAL REHABILITATION RESEARCH CENTER “RUSSKOYE POLE” DMITRY ROGACHEV NATIONAL RESEARCH CENTER OF PEDIATRIC HEMATOLOGY, ONCOLOGY AND IMMUNOLOGY.

Clinical Rehabilitation Research Center “Russkoye pole” Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow.

Ключевые слова: детская онкогематология, медико-психологическая реабилитация, междисциплинарное взаимодействие.

Key words: Childhood oncohematology, medico-psychological rehabilitation, interdisciplinary interaction.

Аннотация: В тексте отражены основные задачи и результаты медико-психологической реабилитации в детской онкогематологии, в условиях специализированного отделения реабилитационного центра.

Abstract: This text reflects main tasks and results of medical psychological rehabilitation in children's oncohematology in conditions of specialized department of rehabilitation Centre

Для всесторонней оценки пациента, перенесшего онкологическое заболевание, и выработки оптимальной реабилитационной программы необходимо участие междисциплинарной группы специалистов и понятная

логистика их взаимодействия на всех этапах реабилитационных мероприятий. Учитывая тесную связь физиологического состояния пациента и его психологического благополучия, необходимо плотное сотрудничество лечащего врача и психолога [1].

Цель: повышение эффективности реабилитационных мероприятий в детской онкогематологии с помощью междисциплинарного взаимодействия.

Задачи:

- увеличение продуктивности восстановительных мероприятий и эффективности взаимодействия специалистов.

- использование медицинской информационной системы, для оптимизации работы специалистов и оперативного доступа к информации о пациентах.

Пациенты и Методы:

- За период с 2016 по июнь 2017 года был проведен ретроспективный анализ состояния 561 ребенка, переболевших лейкозом и находящихся в состоянии клинко-гематологической ремиссии (от одного года до 10 лет), из них 281 мальчиков и 280 девочек, в возрасте от 4 до 18 лет (медиана возраста 9.8 года). Нозологические формы представлены: острым лимфобластным лейкозом 489 (90.8%), острым миелоидным лейкозом – 41 (7.6%), хроническим миелоидным лейкозом – 6 (1.11%), острым промиелоцитарным лейкозом – 2 (0.4%). Всем детям была проведена специфическая противоопухолевая терапия по стандартизированным международным протоколам.

- при первичном осмотре лечащим врачом проводилась диагностика психосоматического и эмоционального состояния у пациента.

- клинко-психологическая диагностика включала бланковые и компьютерные методы оценки состояния. Эмоционально-поведенческая сфера - опросник Ахенбаха, уровень депрессивности, межличностных проблем - опросник детской депрессии (CDI), М. Ковач, когнитивные функции: тесты автоматизированной батареи SANTAWeclipse [2].

Первостепенными задачами в структуре реабилитационных мероприятий являются:

- оценка лечащим врачом актуального физического и психологического состояния пациента;

- проведение медицинским психологом клинко-психологических диагностических и коррекционных мероприятий;

- оперативное обсуждение с лечащим врачом программы психологической коррекции, после проведенной медицинским психологом первичной диагностики.

Результаты:

У детей, перенесших онкологическое заболевание, с помощью клинко-психологических диагностических методов и в ходе клинических бесед выявлены такие психологические симптомы, как: страхи, агрессивные проявления, социальные проблемы, мотивационно-волевая пассивность, высокая тревога по поводу своего соматического состояния [1]. После проведения клинко-психологических коррекционных мероприятий в эмоционально-поведенческой сфере улучшение наблюдается у 88% пациентов, отсутствие динамики – у 12% [3].

В результате оптимизации работы специалистов и повышения эффективности взаимодействия:

-повышается реабилитационная дисциплина пациентов;

-снижается интенсивность тревоги и напряжения у пациентов и сопровождающих

-улучшается коммуникация между пациентом и специалистами;

-структурируется прохождение реабилитационного маршрута;

-повышается эффективность восстановительного лечения.

Таким образом, междисциплинарная стратегия взаимодействия позволяет обеспечивать увеличение продуктивности медицинской реабилитации, оперативный доступ к информации о пациенте и, кроме того, предоставляет возможность вести динамическое наблюдение за ходом реабилитационного процесса в долгосрочной перспективе, корректировать программу реабилитации при последующих поступлениях в соответствии с полученными результатами.

Список литературы

1. Мирошкин Р.Б., Фисун Е.В., Филиппова Н.Е. Психологическая реабилитация семей с детьми, перенесшими онкологическое заболевание. // Журнал Практической психологии и психоанализа. - 2010. - №3.
2. Мирошкин Р.Б., Фисун Е.В., Бобровская А.В., Карапетян Л.А., Стригина М.И., Анисимов В.Н. «Исследование психологического статуса у детей с разными онкологическими диагнозами на втором этапе реабилитации» // Российский журнал детской гематологии и онкологии. - 2017
3. Фисун Е.В., Мирошкин Р.Б. «Психологическая коррекция эмоционально-поведенческой сферы у детей и подростков, перенесших онкологическое заболевание, методами краткосрочной стратегической психотерапии на втором этапе реабилитации»//Российский журнал детской гематологии и онкологии. - 2017

УДК 616-089.168.1:616.711.6-002-089.22:615.8;

Стрельникова А.В., Садовой М.А., Самохин А.Г.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОРСОПАТИЙ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Strelnikova A.V., Sadovoy M.A., Samokhin A.G.

REHABILITATION AFTER SURGERY OF THE LUMBAR DISC DISEASE

Novosibirsk research institute of traumatology and orthopaedics n.a. Ya.L. Tsivyan.

Ключевые слова: стабилметрия, поструральный баланс, дорсопатии, поясничный, позвоночник, реабилитация.
Keywords: stabilometry, postural balance, dorsopathies, lumbar, spine, rehabilitation.

Аннотация. С помощью стабилметрического исследования изучены изменения пострурального баланса у пациентов с дорсопатиями поясничного отдела позвоночника после декомпрессивно-стабилизирующих операций. Было сформировано две группы пациентов по 60 человек в каждой: в первой группе пациентам проводили реабилитационные мероприятия начиная со вторых суток раннего послеоперационного периода (длительность последнего составила 7 ± 2 дней после операции), во второй группе пациентов такого рода мероприятия не проводили. При сравнении между группами пациентов было отмечено статистически значимое уменьшение в раннем послеоперационном периоде величины параметра площади колебаний в 2,38 и 1,89 раза в ходе постановки проб в позе Ромберга с открытыми и закрытыми глазами соответственно ($p=0,0001$) у пациентов, которым проводили реабилитацию, наряду со статистически значимым уменьшением всех прочих контролируемых стабилметрических параметров, что позволяет говорить о том, что комплексное реабилитационное лечение оказывает существенное влияние на улучшение пострурального баланса у пациентов, перенесших декомпрессивно-стабилизирующие операции на поясничном отделе позвоночника.

Stabilometric study was used to study changes in postural balance in patients with dorsopathies of the lumbar spine after decompressive stabilizing operations. Study population was divided into two groups of patients for 60 people each: the first group of patients underwent rehabilitation activities started on the 2nd day of an early postsurgery period (duration of the last one was 7 ± 2 days after the surgery) and in the second group of patients of such activities were not carried out. Results showed the statistically significant decrease in the early postsurgery period in patients that underwent rehabilitation - values of the sway area in Romberg position with an eyes being opened and closed eyes were 2.38 and 1.89 times lower respectively ($p = 0,0001$) than in the comparison group (without rehabilitation), along with a statistically significant decrease in all other controlled stabilometric parameters. This suggests that a comprehensive rehabilitation treatment has a significant impact on the improvement of postural balance in patients that underwent decompressive-stabilizing surgery of the lumbar spine.

Введение

Хирургическое лечение пациентов с дорсопатиями поясничного отдела позвоночника в настоящее время неразрывно связано с процессом последующей реабилитации таких пациентов. Раннее начало реабилитационных мероприятий предполагает улучшение состояния двигательного стереотипа.

Целью настоящего исследования было изучить влияние реабилитационных мероприятий на поструральный баланс у пациентов с дорсопатиями поясничного отдела позвоночника.

Материалы и методы

Настоящее исследование представляло собой проспективное нерандомизированное контролируемое исследование, направленное на изучение стабилметрических параметров, описывающих поструральный баланс в сроки 7 ± 2 дней после хирургического лечения у пациентов в возрасте от 26 до 60 лет, которым были проведены декомпрессивно-стабилизирующие операции в связи с дорсопатиями поясничного отдела позвоночника. Для реабилитации пациентов использовался специализированный комплекс лечебной физкультуры и кинезиотерапия на стабилметрической платформе с биологически-обратной связью.

Результаты

Сравнительный анализ полученных стабилметрических данных пациентов, у которых не проводили реабилитационные мероприятия в раннем послеоперационном периоде, в сравнении с показателями пациентов, которые в раннем послеоперационном периоде занимались по подобранной нами программе, показал, что пациенты, которые проходили реабилитацию в должном объеме, продемонстрировали статистически значимое снижение значений по всем контролируемым в исследовании параметрам, что характеризуют амплитуду колебаний центра давления ($p=0,0001$). Площадь колебаний между группами пациентов различалась в 2,38 раза в проведении пробы в позе Ромберга с открытыми глазами (с $10,844 \text{ см}^2$ до $4,551 \text{ см}^2$) и 1,89 раза при пробе в позе Ромберга с закрытыми глазами (с $16,598 \text{ см}^2$ до $8,780 \text{ см}^2$).

Выводы

Статистически значимое уменьшение контролируемых в исследовании стабилметрических параметров свидетельствует о сенсорной коррекции движений центра давления, что позволяет говорить о том, что комплексное реабилитационное лечение оказывает существенное влияние на улучшение пострурального баланса

у пациентов, перенесших декомпрессивно-стабилизирующие операции на поясничном отделе позвоночника.

УДК 615.838.7

Сидоренко С.В.^{1,2}, Богомолова Е.В.¹

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И СНИЖЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

¹ФГБОУ ВО Дальневосточный государственный медицинский университет Минздрава России, г. Хабаровск

²ФГБУН Институт водных и экологических проблем Дальневосточного отделения Российской академии наук, г. Хабаровск

S.V. Sidorenko^{1,2}, E.V. Bogomolova¹

REHABILITATION OF CHILDREN WITH PERINATAL LESIONS OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM AND DECREASED RESISTANCE IN THE CONDITIONS OF SANATORIUM

¹Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, +7 (4212) 754787, Sidorenko.fesmu@yandex.ru

²Russian State Academy Of Science Far Eastern Branch The Institute of Water and Ecological Problems, Khabarovsk

Резюме

Представлены сведения о проведенном исследовании в санатории по реабилитации 28 детей с перинатальным поражением центральной нервной системы и сниженной резистентностью. Комплекс терапии детей включал пелоидотерапию препаратом «РЕЛИКТ-05К». Показана положительная динамика изменений иммуноглобулинов и циркулирующих иммунных комплексов сыворотки крови.

Ключевые слова: пелоидотерапия, центральная нервная система, сниженная резистентность, дети

The Summary

Provides information about research in the sanatorium for the rehabilitation of 28 children with perinatal lesions of the central nervous system and decreased resistance. Complex therapy of children included peloidtherapy with the drug "RELICT-05K". Shown positive dynamics of changes of immunoglobulins and circulating immune complexes in the blood serum.

Keywords: peloidtherapy, central nervous system, reduced resistance, children

Дальний Восток является регионом, богатым минеральными водами и лечеными грязями. В Хабаровском крае активно эксплуатируется месторождение торфа «Бичевское», препараты из торфяных пелоидов используются для профилактики и лечения широкого перечня заболеваний взрослого и детского населения дальневосточного региона [1, 2].

Рост заболеваемости нервной системы у детей связан с регионом проживания, где имеются свои природные и климатические особенности [3]. Среди поражений нервной системы перинатальные поражения головного мозга достигают в общей популяции детей 15–20 % и продолжают расти [4]. У детей, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы, чаще, чем в общей популяции, встречаются иммунодефицитные состояния.

Использование препаратов из дальневосточного торфа являются одним из перспективных направлений в профилактике и лечении детей с перинатальным поражением ЦНС. Торф представляет собой уникальный комплекс биологически активных соединений [5, 6, 7]. Химические и биологически активные вещества, проникая через кожу, попадают в кровоток, оказывая общее действие. Особенно заметно их влияние при воспалительных процессах. Активация клеточных реакций, стимуляция деятельности фибробластов способствует восстановлению тканей, поврежденных воспалением. Наблюдается торможение процессов свободно – радикального окисления [6, 7, 8].

Для определения эффективности пелоидотерапии в реабилитации детей с перинатальным поражением ЦНС и сниженной резистентностью в условиях санатория проведено обследование 28 детей (основная группа) в возрасте от 6 до 11 лет (6 девочек и 22 мальчика) с основным диагнозом: резидуальная энцефалопатия.

Комплекс получаемой традиционной реабилитационной терапии детей данной группы был расширен за счет включения лекарственного электрофореза воротниковой зоны с препаратом «РЕЛИКТ-05К», курсом №10, лечебные свойства которого подтверждены бальнеологическим заключением Российского научного центра восстановительной медицины и курортологии [2].

Контрольную группу составили 22 ребенка в возрасте от 6 до 11 лет (10 девочек и 12 мальчиков) с резидуальной энцефалопатией, получающих традиционную реабилитационную терапию (физиолечение, лечебную физкультуру) без применения пелоидотерапии.

Материалом для исследования служил анализ крови до и после лечения с определением содержания общих иммуноглобулинов классов IgA, IgM, IgG и ЦИК в сыворотке крови с использованием метода ИФА.

Статистический анализ данных выполнялся с использованием программы MS Excel 2007, фактические данные представлены в виде ($M \pm m$), уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался

за 0,05.

На фоне проведенной пелоидотерапии у детей основной группы с достоверностью ($p > 0.01$) отмечалось повышение IgM с $0,97 \pm 0,05$ до $1,33 \pm 0,13$ г/л и ЦИК с $18,35 \pm 1,4$ до $22,35 \pm 1,8$ МЕ/мл, имеется тенденция к росту IgA с $1,46 \pm 0,18$ до $1,66 \pm 0,10$ г/л и снижение IgG с $16,77 \pm 1,22$ до $15,05 \pm 1,50$ г/л. В контрольной группе достоверных изменений иммуноглобулинов и ЦИК сыворотки крови не наблюдалось, а имелась только тенденция к нормализации показателей.

Таким образом, можно сделать вывод, что под влиянием пелоидотерапии на иммунную систему у детей с перинатальным поражением центральной нервной системы, отмечается коррекция иммунного статуса и, соответственно, повышение общей резистентности организма.

Список литературы:

- Завгородько Т.И. Комплексное лечение детей с различной хронической патологией с применением азотно-кремнистых термальных вод Дальнего Востока. – Хабаровск, 2002. – 300 с.
- Торфяные пелоиды месторождения «Бичевское» Хабаровского края и их физико-химическая характеристика /Завгородько Т.И., Завгородько В.Н., Чаков В.В., Сидоренко С.В.//Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2013. Т. 90. № 5. С. 50-53.
- Завгородько В.Н., Завгородько Т.И. Экономическая эффективность лечения детей с хроническим тонзиллитом на курортах Дальнего Востока //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 1982. № 2. - С. 61.
- Gonzalez F.F., Miller S.P. (2006). Does perinatal asphyxia impair cognitive function without cerebral palsy. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 91(6), F454-F459.
- Завгородько Т.И., Сидоренко С.В., Завгородько В.Н., Чаков В.В. Возможности пелоидотерапии в реабилитации детей с дизметаболической нефропатией, осложненной инфекцией мочевой системы //Дальневосточный медицинский журнал, 2011. №4. - С. 54-56
- Сидоренко С.В., Завгородько Т.И., Завгородько В.Н., Езерский Р.Ф., Торгашева О.В. Применение дальневосточных минеральных вод в реабилитации детей с оксалатной нефропатией //Дальневосточный медицинский журнал. 2007. № 4. С. 11-12.
- Гуминовые вещества в торфе / под ред. Д.С. Орлова. М.: Наука, 1993. - 238 с.
- Завгородько В.Н., Завгородько Т.И., Сидоренко С.В., Завгородько Г.В. Организация лечения на курортах с азотно-кремнистыми термальными водами. - Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2016. – 152 с.

УДК 615.825.6

Михайлов С.Н.^{1,2}, Белов В.В.²

КАЧЕСТВО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, С УЧЕТОМ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

ГБУЗ Областной центр медицинской реабилитации, г. Оренбург (1)

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» (2)

Mikhailov S.N.^{1,2}, Belov V.V.¹

THE QUALITY OF RESTORATIVE TREATMENT CARDIONEUROLOGY PATIENTS, TAKING INTO ACCOUNT THE DYNAMICS OF INDICATORS OF PHYSICAL ACTIVITY

Regional Center of Medical Rehabilitation, Orenburg (1)

Orenburg state medical University (2)

Ключевые слова: восстановительное лечение, инфаркт миокарда, ишемический инсульт

Key words: medical rehabilitation, myocardial infarction, ischemic stroke

Аннотация. Для оценки качества восстановительного лечения пациентов, перенесших инфаркт миокарда и ишемический инсульт, применяли методы выявляющие изменение показателей кардио-респираторной системы, опорно-двигательного аппарата.

Abstract. To assess the quality of rehabilitation treatment of patients cardioneurology used methods of identifying indicators of cardio-respiratory system, musculoskeletal system.

Цель - оценить качество восстановительного лечения с учетом динамики показателей физической активности больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), имеющих в анамнезе ишемический инсульт (ИИ).

Материал и методы. Под наблюдением находилось 45 мужчин и 25 женщин, после перенесенного ИМ на фоне ИИ. По диагнозу заболевания, двигательному режиму, характеру сопутствующих заболеваний и возрасту, больные обеих групп были подобраны одинаково, несмотря на то, что были подразделены на основную и контрольную группу произвольно (по 35 больных в каждой группе).

Результаты проведенного первичного исследования больных основной и контрольной групп свидетельствовали о снижении показателей функционального состояния кардиореспираторной и мышечной систем обследуемых. Нами была предложена комплексная программа физической реабилитации больных основной группы, включающая активную и пассивную гимнастику с упражнениями статического характера, комплекса упражнений для восстановления бытовых навыков, массаж и балансотерапию. Больные контрольной группы получали общепринятое лечение, состоящее так же из классической лечебной гимнастики, массажа. Для

оценки качества восстановительного лечения кардионеврологических больных мы применяли: изучение и анализ научно-методической литературы, педагогический эксперимент, клинические методы, антропометрия, пульсометрия, спирометрия, частота дыхания, артериальная тонометрия и врачебно-педагогические наблюдения.

Результаты первичных и повторных исследований свидетельствовали о значительном улучшении всех показателей кардиореспираторной системы в основной группе, в контрольной группе эти же результаты улучшились незначительно. В основной группе частота сердечных сокращений снизилась с $87,4 \pm 0,54$ ударов в минуту до $81,3 \pm 0,41$ ударов в минуту ($p < 0,001$), что указывало на экономичность работы сердечно-сосудистой системы; частота дыхания в покое уменьшилась с $24,3 \pm 0,31$ дыханий в минуту до $20,2 \pm 0,36$ ($p < 0,001$), жизненная емкость легких увеличилась с $2,13 \pm 0,04$ литра до $2,46 \pm 0,36$ ($p < 0,02$), так же увеличились показатели артериального давления. Все это свидетельствовало о целесообразности применения большого количества упражнений в статическом напряжении, большого количества бытовых упражнений, а так же применение аппаратов «Оксицикл», «Стабилан-01», восстанавливающих двигательную и координаторную функцию.

Заключение. Таким образом, исследование фонового функционального состояния организма пациентов в начале курса реабилитации с помощью объективных и информативных методик обследования позволило выявить снижение адаптации возможностей кардиореспираторной системы и значительные нарушения двигательной функции паретичных конечностей у больных обеих групп, что объяснялось длительным постельным режимом и нарушением функции центральной нервной системы. Повторные исследования, проведенные после комплексной программы физической реабилитации для больных, после перенесенного инсульта, выявили достоверное улучшение всех показателей кардиореспираторной системы у больных основной группы по сравнению с показателями – контрольной группы.

Список литературы.

- Суслова Г.А., Королев А.А. Динамика восстановления постинсультных больных в зависимости от тяжести неврологических нарушений в процессе реабилитационного лечения // Неврологический вестник – 2009 – Т.XLI, вып. 2 – С. 15 – 19.
- Трунова Е.С., Гераскина Л.А., Фоякин А.В. Кардиологические аспекты ранней постинсультной реабилитации // Практическая ангиология (Киев) 2006; №3: 60-65.
- Суслова Г.А., Королев А.А. Динамика восстановления постинсультных больных в зависимости от тяжести неврологических нарушений в процессе реабилитационного лечения // Неврологический вестник – 2009 – Т.XLI, вып. 2 – С. 15 – 19.
- Е.С. Трунова, Л.А. Гераскина, А.В. Фоякин Кардиологические аспекты ранней постинсультной реабилитации // Практическая ангиология (Киев) 2006; №3: 60-65.

УДК 617.5-089.844 + 615.8

Тепляков В. В.¹, Грушина Т. И.², Ли Я. А.¹

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ КОСТЕЙ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ

1 - ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» МЗ РФ, г. Москва

2 - ГБУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации восстановительной и спортивной медицины» ДЗМ, г. Москва

Teplakov V.V.¹, Grushina T.I.², Lee Y.A.¹

MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO REHABILITATION OF PATIENTS WITH BONE AND SOFT TISSUES TUMORS

1 - FGBU «Russian Research Center of Roentgenoradiology», Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

2 - State autonomic institution «Moscow Research and Practical Centre of Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine» Department of Health of Moscow, Moscow

Ключевые слова: онкология; реконструктивно-пластические операции; физиотерапия; реабилитация
Keywords: oncology; reconstructive-plastic surgery; physiotherapy; rehabilitation

Аннотация

Исследование показало, что включение реконструктивно-пластического компонента в радикальное оперативное вмешательство у 26 больных с опухолями костей и мягких тканей и проведение им в раннем послеоперационном периоде ЛФК, низкочастотных магнито- и электротерапии, инфракрасного лазерного облучения позволило в короткие сроки получить хорошие функциональные результаты лечения.

Resume

The study showed that the inclusion of the reconstructive-plastic component in the radical surgery in 26 patients with bone and soft tissues tumors and early exercise therapy, low-frequency magneto-electrotherapy, infrared laser irradiation made it possible to obtain good functional results in a short time.

Цель – сократить период восстановления больных со злокачественными и пограничными опухолями костей и мягких тканей после противоопухолевого лечения.

Материал и методы. В исследование были включены, после данного добровольного согласия, 26 боль-

ных (мужчин – 12, женщин – 14) в возрасте от 14 до 80 лет со следующими диагнозами: остеосаркома – у 2 больных, остеобластома – у 2, хондросаркома – у 3, фибросаркома – у 3, саркома Юинга – у 2, синовиальная саркома – у 2, гигантоклеточная опухоль – у 2, фиброзная гистиоцитома – у 1 и вторичное поражение костей у 9 больных раком почки. Основой радикального противоопухолевого лечения больных было оперативное вмешательство, выполненное в объеме резекции пораженной кости у 21 больного (из них с эндопротезированием крупного сустава у 14 больных) и удалением мягких тканей – у 5 больных. Объем удаленной опухоли составил от 31 до 367 см³ (средний объем = 103 см³). У всех больных в эти радикальные операции был включен реконструктивно-пластический компонент [1]: пластика дефекта перемещенными мышцами – у 17 (65%) больных, лавсановой сеткой – у 5 (19%), комбинация полимерной сетки и пластики перемещенными мышцами – у 2 (8%), использование аутокости и пластики перемещенными мышцами – у 2 (8%) больных. Всем больным в течение 3-6 суток после операции проводилась адекватная, в том числе эпидуральная анестезия. На этапе пре-реабилитации больные занимались ЛФК по щадящей и обучающей методике, а после операции с 1 суток начиналась активизация больных по разработанным специальным методикам ЛФК. Дополнительно всем больным в течение 10 дней была проведена физиотерапия, выбор физических факторов был основан на их доказанной онкобезопасности [2,3]. Низкочастотная низкоинтенсивная магнитотерапия переменным синусоидальным магнитным полем частотой 50 Гц, в непрерывном режиме, магнитной индукцией – 20 - 30 мТл ежедневно в течение 15 - 20 мин. Инфракрасное лазерное облучение контактно или дистантно при плотности потока лазерного излучения не выше 10 мВт/см², ежедневно в течение 10-20 мин. Также 24 больным (за исключением 2 больных, перенесших замещение дефекта аутокостью) в течение 10 дней проводилась многоканальная электронейромиостимуляция импульсными токами.

Результаты. В результате сочетанного применения реконструктивно-пластического компонента при радикальном оперативном вмешательстве и физиотерапии стала возможной ранняя активизация больных, значительно сократившая их пребывание в хирургическом отделении: срок активизации составил в среднем 4,3 дня (1–9 дней), средний койко-день был 18 дней (13–29 дней). На момент выписки для всех больных функциональный статус составил в среднем 70% от нормы. В том числе, после эндопротезирования коленного сустава угол пассивного/активного сгибания в суставе у больных в среднем был 67%/46,2%, после эндопротезирования плечевого сустава – сгибание -72%/44%, отведение 57%/38% и локтевого сустава – 70% от биомеханически оправданной амплитуды движений в соответствующем суставе. Осложнений не было.

Выводы. Мультидисциплинарный подход, включающий сочетание реконструктивно-пластических операций и физиотерапии, позволил достичь в короткие сроки хороших функциональных результатов лечения больных со злокачественными и пограничными опухолями костей и мягких тканей. Однако рекомендовать данную методику лечения для практического здравоохранения преждевременно, необходимо продолжить научные исследования на большем количестве больных с длительными сроками наблюдения.

Список литературы

- Бухаров А.В., Карпенко В.Ю., Державин В.А., Тепляков В.В. Реконструктивно-пластические хирургические вмешательства у пациентов с опухолевым поражением дистальных отделов конечностей // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2014. 2(5). С. 47-52.
Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 239 с.
Грушина Т.И. Злокачественные опухоли и физиотерапия // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2013. 90(1). С. 70 – 79.

УДК 615.825.6

Михайлов С.Н.^{1,2}, Горлов А.В.¹, Михайлова Н.В.¹

СТАБИЛОГРАФИЯ И СТАБИЛОТРЕНИНГ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КАРДИОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ГБУЗ Областной Центр Медицинской Реабилитации, г. Оренбург (1)
ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет (2)

Mikhailov S. N.^{1,2}, Gorlov A. V.¹, Mikhailova N. V.¹

STABILOGRAPHY AND STABILOTRAINING IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS CARDIONEUROLOGY

Regional Center of Medical Rehabilitation, Orenburg (1)
Orenburg state medical University (2)

Ключевые слова: стабิโลграфия, стабילותренинг, инфаркт миокарда, ишемический инсульт
Key words: stabilography, stabilotraining, myocardial infarction, ischemic stroke

Аннотация. В статье отражено применение аппаратов с биологической обратной связью для определения диагностических возможностей аппарата и более четкой идентификации параметров на которые можно опираться при лечении кардионеврологических пациентов с включением аппаратов с исходящими показателями в комплексную программу реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда и имеющих в анамнезе ишемический

инсульт.

Abstract. Use of devices with biological feedback for definition of diagnostic opportunities of the device and more accurate identification of parameters on which it is possible to rely at treatment of cardioneurologic patients with turning on of devices with the proceeding indicators in the comprehensive program of rehabilitation of the patients who had a myocardial infarction and having an ischemic stroke in the anamnesis is reflected in article.

Введение. Последние несколько лет характеризуются расширением применения методов реабилитации различных категорий больных, построенных на принципе биологической обратной связи (БОС). При этом достаточно часто встречается сочетание патологии сердечно-сосудистой и нервной систем, что усложняет работу специалистов по восстановлению многих функций у таких пациентов [1,2]. Реабилитация кардионеврологических больных связана с работой специалистов которые имеют возможность мультидисциплинарного подхода к их лечению [4]. Одним из наиболее перспективных направлений в лечении таких пациентов это применение аппаратов с биологической обратной связью. Работа на БОС-тренажёре предполагает наличие у пациента позитивной мотивации, которая создаётся чаще всего посредством игровых задач. В процессе тренировки происходит осознанное или бессознательное обучение волевому изменению тренируемой функции [4,5]. С методической точки зрения для двигательных параметров смысл БОС-тренинга даже при недостаточности, например, проприорецептивной сферы остаётся более очевидным, чем для многих скрытых физиологических параметров [3]. Одним из активно развивающихся направлений БОС-тренинга является использование параметров стабилотриемии. Такой тренинг высокоэффективен, даже если пациент просто отслеживает перемещение центра давления (ЦД). Человек, находящийся на стабилотриемической платформе выполняет роль игрового манипулятора. Во всех случаях балансотерапии используют два вида тренажёров равновесия: специализированные тренажёры и реабилитационные игры [4,5].

Цель исследования – применить с диагностической направленностью методики компьютерной стабилотриемии с биологической обратной связью у больных перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и имеющих в анамнезе ишемический инсульт (ИИ).

Материал и методы. В исследование применялся «Стабилоанализатор компьютерный», с биологической обратной связью «Стабилан-01». Стабилотриемия проводилась на 40 больных, перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ, находившихся на лечение в ГБУЗ «Областной Центр Медицинской Реабилитации» г. Оренбурга. По возрасту пациенты распределились следующим образом: 45-60 лет – 25, старше 60 лет - 15. По полу: женщин-13, мужчин- 27. Курс лечения составлял 10-15 сеансов. Проведенное стабилотриемическое исследование выявило нарушение механизмов поддержания вертикальной позы у пациентов всех групп по следующим основным показателям: длина кривой (L), площадь статокинезиграммы (S), скорость перемещения центра давления (ЦД) – V, и радиус перемещения центра давления (R).

Результаты. Оценка показателей системы равновесия производилась до, во время и после завершения курса лечения по принципу использования биологической обратной связи. Анализ данных стабилотриемии до лечения показал, что параметры стабилотриемии отклоняются от нормативных у всех больных и имеют определенные различия в зависимости от генеза нарушений постуральной функции. Эти различия касались, в основном, длины стабилотриемии и ее площади. Длина стабилотриемии (L) была наибольшей у больных с ИМ, имеющих в анамнезе ишемический инсульт и равнялась $403,7 \pm 29,6$ мм. Величины длины стабилотриемии у больных, перенесших ИМ и не имеющих в анамнезе ИИ составляла $311,7 \pm 14,26$. Площадь стабилотриемии (S) оказалась наибольшей у больных, перенесших ИМ – $437,6 \pm 42,8$ мм². Соответственно величина S у пациентов перенесших инфаркт миокарда и имеющих в анамнезе ИИ была меньше $384 \pm 52,7$ мм². Радиус перемещения центра давления R и скорость перемещения центра давления V при изучаемых нозологических формах существенно не различалась. Величина R колебалась от $4,3 \pm 0,28$ до $4,6 \pm 0,36$ мм, а величина V от $11,4 \pm 1,45$ до $12,5$ мм/с. Анализ модулей стабилотриемии после реабилитационного курса биоуправления показал, что при всех изучаемых заболеваниях имеется тенденция к улучшению. Достоверное изменение показателей, свидетельствующее об улучшении постуральной функции, отмечено у пациентов перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ ($P < 0,06$; $P < 0,001$). Так, величина L у больных перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ до лечения составила $403,7 \pm 29,6$ мм, после лечения – $319,6 \pm 23,4$ мм ($P < 0,05$). Особенно существенно у больных перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ изменились величины R и V ($P < 0,001$) – соответственно до лечения $R = 4,25 \pm 0,27$ мм², после лечения - $2,9 \pm 0,33$ мм²; V до лечения - $11,2 \pm 0,53$ мм/с, после лечения - $8,7 \pm 0,52$ мм/с. Площадь стабилотриемии у тех же больных до лечения равнялась $384,6 \pm 52,7$ мм², после лечения – $291,56 \pm 41,6$ мм² ($P < 0,05$). Отклонения модулей стабилотриемии оставались стойкими, хотя и с тенденцией к улучшению, у больных перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ. Скорость перемещения центра давления во всех изучаемых группах после проведенного тренинга увеличивалась с $11,4 \pm 1,45$ до $12,5 \pm 1,67$ мм/с ($P < 0,05$).

Заключение. Результаты стабилотриемии свидетельствуют о компенсаторных возможностях вестибулярной системы, которые включаются в процесс многократных тренировок с применением принципа биологической

обратной связи. Процессы усиленной активизации центральных нейронных образований, структурная перестройка и совершенствование внутренней модели всей статокинетической системы позволяют добиваться высокой эффективности и диагностики проводимой терапии. Стабилография и стабилотренинг включены в комплексную систему реабилитации пациентов, перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ.

Список литературы

- Аронов Д.М., Оганов Р.Г. Кардиологическая реабилитация в России – проблемы и перспективы // Рос. кардиол. журн. – 2001. – № 6. – С. 4-9.
- Петров, О.В. Амбулаторное лечение больных, перенесших инфаркт миокарда с использованием индивидуальных реабилитационных программ : автореф. дис. канд.мед.наук / Петров О.В. ; Рязанский гос. мед. ун-т. - Рязань, 2006. - 19 с.
- Рябова В.С. Отдаленные последствия мозгового инсульта (по материалам регистра) // Журн. невропат. и психиатр.–1986. – №4. – С.532–536.
- Е.С. Трунова, Л.А. Гераскина, А.В. Фоякин Состояние сердца и восстановление нарушенных неврологических функций у больных в раннем постинсультном периоде // Сосудистые состояния головного мозга (Киев) 2007; 3 : 10 – 15.
- Черникова Л.А. Клинические, физиологические и нейропсихологические аспекты баланс - тренинга у больных с последствиями инсульта // Биоуправление – 3: теория и практика. Коллективная монография. – Новосибирск. – 1998. – №3.–С.80–87.

УДК 616.831-009.11

Моргунов Е.Г., Андреева О.П., Паршуткин В.Е.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА ДВУХ ВИДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ, В ЧАСТНОСТИ, ОДНОВРЕМЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПОСРЕДСТВОМ МАССАЖА И ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ РАБОТЕ С ЛИЦАМИ, ИМЕЮЩИМИ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ОДА

СПб ГБУ СОИ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Московского района (ЦСРИД)» Санкт-Петербург

Morgunov E.G., Andreeva O.P., Parshutkin V.E.

INFLUENCE OF THE INTEGRATED APPROACH OF TWO TYPES OF REHABILITATION PARTICULARLY SIMULTANEOUS EXPOSURE THROUGH MASSAGE AND PHYSICAL EDUCATION WHEN DEALING WITH INDIVIDUALS HAVING SIGNIFICANT VIOLATIONS MSS WITHIN THE REHABILITATION CENTER FOR DISABLED PEOPLE

SPb GBU SON «Center for the rehabilitation of disabled and disabled children in the Moscovsky region» Saint-Petersburg

Ключевые слова: Центр реабилитации, инвалид, детский церебральный паралич, массаж, адаптивная физическая культура, гидрореабилитация, комплексная программа

Keywords: Center of rehabilitation, disabled, cerebral palsy, massage, adaptive physical culture, hydro-rehabilitation, comprehensive program

Аннотация. Данная работа описывает влияние комплексного воздействия нескольких отделений в рамках Центра реабилитации инвалидов при восстановлении лиц со значительными нарушениями ОДА при ДЦП

Abstract. This work describes the effect of complex impact several departments within the rehabilitation center for disabled people when recovery persons with disabilities mss with cerebral palsy

Разработка средств и методов коррекции функционального состояния опорно-двигательного аппарата для людей с ДЦП являются сложным этапом восстановительной терапии, так как методы и средства физического развития людей с ограниченными возможностями основываются на специфике заболевания и исходного состояния организма. Известно, что двигательные нарушения успешно корректируются движением. Поэтому основным средством восстановительных мероприятий при ДЦП являются занятия физическими упражнениями.

При составлении программы коррекции функционального состояния опорно-двигательного аппарата у людей с ДЦП важно учитывать выраженность

двигательных и социальных ограничений, психоэмоционального настроения человека, что значительно может повлиять на сроки реабилитации.

Комплексная реабилитация в рамках одного отделения в центрах реабилитации давно применяется на практике и приносит определенные результаты. Главной особенностью предлагаемой Центром реабилитации Московского района СПб программы является одновременное воздействие посредством массажа и физкультуры, т.к. по опыту работы специалисты разных отделений приходят к выводу, что комплексное, зачастую одновременное воздействие нескольких направлений реабилитации оказывает более эффективное влияние на организм человека и способствует более быстрому восстановлению утраченных функций (если это возможно).

В начале исследования была поставлена гипотеза - предполагалось, что в процессе совместного комплекс-

ного воздействия реабилитационных мероприятий в рамках двух отделений, в частности, одновременного воздействия посредством массажа и физкультуры, при работе с лицами, имеющими значительные нарушения ОДА, существенно увеличится эффективность занятий, что позволит добиться видимых результатов за более короткий срок, по сравнению со стандартным прохождением реабилитации в ЦСРИДИ.

Данная гипотеза была подтверждена результатами исследования.

В исследовании приняли участие двое инвалидов трудоспособного возраста с последствиями ДЦП (спастический тетрапарез), имеющие выраженные нарушения ОДА, передвигающихся только в коляске. Для них был составлен график посещения с учётом занятий АФК, АФК совместно с массажем, гидрореабилитацией. Основной акцент исследования делался на занятия АФК совместно с массажем, где после воздействия на мышцы массажистом, инструктор приступал к пассивной и активной гимнастике.

Исследование проводилось в течение четырёх месяцев и, помимо самих занятий, включало в себя контрольные измерения и итоговую обработку результатов. Измерения проводились с помощью сантиметра (обхват мышц) и ортопедического угломера (измерение углов сгибания, разгибания, отведения, приведения конечностей).

Итоговые результаты показали положительную динамику у обоих участников проекта.

Измерение статистических данных при помощи прибора «угломер» позволили выявить динамику функционального состояния занимающихся, а именно – подвижность отдельных звеньев тела, эластичность мышц и связок. Заметны улучшения во всех измеряемых участках, что подтверждает гипотезу о положительном воздействии комплексной реабилитации, включающей в себя занятия физической культурой, гидрореабилитацией и массажа совместно с физкультурой.

В данный момент планируется продолжение исследования с двумя группами: контрольной и экспериментальной (по пять участников в каждой группе). Исследование будет проводиться в два этапа: с сентября по декабрь 2017 года и с января по июнь 2018 года.

УДК 616.7:615.825.6

Щербицкая О.В., Познякова Е.А., Смирнова Е.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП И ДРУГИМИ НАРУШЕНИЯМИ ДВИЖЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Государственное бюджетное учреждение Самарской области «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», г. Самара

Shcherbitskaya O.V., Pozniakova E.A., Smirnova E.A.

MODERN ABILITIES OF PHYSICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY AND OTHER MOVEMENT DISORDERS IN A REHABILITATION CENTER

State budgetary institution of Samara region "Regional rehabilitation center for children and adolescents with disabilities", Samara.

Ключевые слова: дети, ДЦП, физическая терапия, двигательная реабилитация

Keywords: children, cerebral palsy, physical therapy, motor rehabilitation

Аннотация.

В статье представлен комплексный подход к физической реабилитации 32 детей с двигательными нарушениями, включающий сочетание мышечно-фасциальных техник, методов динамической проприоцептивной коррекции и лечебной гимнастики, с последующим кинезиотейпированием и дистанционным сопровождением ребенка в домашних условиях. В результате применения данного метода у всех детей отмечено повышение эффективности двигательной реабилитации: увеличение амплитуды, объема движений и мышечной силы, снижение мышечного тонуса, улучшение равновесия, координации движений и формирование нового двигательного стереотипа. Данную краткую перспективную программу можно использовать при лечении заболеваний нервной системы (в том числе ДЦП) и опорно-двигательного аппарата в условиях реабилитационных центров.

Abstract.

The article presents a comprehensive approach to physical rehabilitation of 32 children with motor impairments, comprising the combination of muscle-fascial techniques, methods of dynamic proprioceptive correction and therapeutic exercises, subsequent kinesiotaping and remote maintenance of the child at home. As a result of applying this method at all the children observed the efficiency of motor rehabilitation: the increase in amplitude of range of motion and muscle strength, decreased muscle tone, improving balance, coordination and the formation of a new motional stereotype. This brief perspective program can be used in the treatment of diseases of the nervous system (including cerebral palsy) and musculoskeletal conditions in rehabilitation centres.

Введение. Ведущую роль в развитии движений у детей с ДЦП играет физическая терапия. В фокусе физической терапии находится движение, причем максимально активное, которое инициирует сам пациент [1]. Под влиянием движения в мышцах, сухожилиях, суставах возникают нервные импульсы, направляющиеся

в ЦНС и стимулирующие развитие двигательных зон мозга, что является мощным стимулом к развитию и совершенствованию двигательных функций и навыков ребенка. Особое внимание в физической реабилитации уделяется тем двигательным навыкам, которые более всего необходимы в жизни, обеспечивающим ребенку ходьбу, предметно-практическую деятельность, самообслуживание. В любом нашем движении неразрывно переплетены физические, социальные и психологические факторы [2]. Специалист по физической реабилитации использует нейроразвивающие подходы к занятиям лечебной физкультурой, основой которых является механическая сила и движение. Результатом его работы являются максимально активные и правильные движения, которые планирует, инициирует и выполняет уже сам пациент в рамках своего двигательного потенциала. Работа начинается с оценки состояния всех структур и функций организма, которые могут влиять на его движения, мобильность и иные функциональные возможности и предусматривает постановку четких и понятных для родителей ребенка целей вмешательства [1].

Все подходы специалиста по физической реабилитации направлены на поддержание активности ребенка в повседневной жизни, так как именно трудности в повседневной жизни являются основными проблемами родителей, а ограничения активности в повседневной жизни делают ребенка «инвалидом» в современном понимании этого слова [3].

Таким образом, эффективность реализации индивидуальной программы реабилитации обусловлена комплексным подходом к занятиям лечебной физкультурой с применением современных мышечно-фасциальных методик, техник мануальной терапии, методов проприоцептивной коррекции и наличием дистанционных возможностей обучения родителей работе с ребенком в домашних условиях. Максимально возможное восстановление способности ребенка к независимой жизни (самообслуживанию, продуктивной деятельности, отдыху), независимо от того, какие у него есть нарушения, ограничения жизнедеятельности или ограничения участия в жизни общества – конечная цель комплексной реабилитации ребенка в условиях реабилитационного центра.

Цель комплексного метода – коррекция двигательных нарушений и повышение эффективности физической реабилитации пациентов с детским церебральным параличом и другими нарушениями движения.

Задачи: уменьшение интенсивности патологических тонических рефлексов, коррекция патологических мышечных синергий и замена их по мере возможности физиологическими; устранение патологических контрактур и установок туловища, улучшение владения правильной схемой положения тела в момент стояния и при ходьбе; увеличение амплитуды, мышечной силы и объема движений в пораженной конечности; снижение спастичности; становление статики, локомоции, равновесия и координации движений, выработка нового двигательного стереотипа, максимально приближенного к физиологическому.

Материал и методы:

Для реабилитации больных с двигательными нарушениями широко использовались методы динамической проприоцептивной коррекции, мышечно-фасциальные методики в сочетании с лечебной гимнастикой, последующим кинезиотейпированием и продолжением реабилитации в условиях «Дистанционной реабилитации».

Для занятий лечебной физкультурой было взято 32 ребенка в возрасте от 4 до 7 лет, имеющих заболевания нервной системы, сопровождающиеся двигательными нарушениями, заболевания опорно-двигательного аппарата (ДЦП, последствия перинатальной патологии ЦНС, травм головы, перенесенных нейроинфекций, периферические и центральные парезы различной этиологии, сколиозы и т.д.). Занятия проходили ежедневно в течение часа, продолжительность курса тренировок составляла 20 дней. Каждый ребенок получил по 2 курса комплексной реабилитации с перерывом в 3 месяца. В процессе занятия специалистом по физической реабилитации использовались мышечно-фасциальные методики и техники мануальной терапии в течение 20-30 минут, после чего занятие лечебной гимнастикой продолжалось по общим принципам (вводная, основная и заключительная часть). Из 32 детей – у 8 (25%) была применена методика PNF, у 5 (12,5%) – Войта-терапия, у 10 (31%) детей – мануальная терапия. Рефлекторно-нагрузочные костюмы «Гравитон» и «Адели» использовались в комплексных занятиях у 9 детей (28%), продолжительностью от 10 до 40 минут. Последующие занятия в зале ЛФК проводились с использованием тренажеров, мягких модулей, мячей, соответствующего спортивного оборудования и были направлены на формирование правильной схемы тела, сохранение и тренировку равновесия, контроль и обучение ребенка правильным синхронным движениям и новым двигательным навыкам. В дальнейшем, для закрепления результатов, у всех детей использовалось кинезиотейпирование курсами с наложением тейпов на проблемные зоны спины (при нарушениях осанки) и конечностей (при ортопедической патологии, центральных и периферических парезах). 6 детей (19%) после проведенного комплекса занятий были переведены на дистанционный этап реабилитации.

Оценка двигательных функций пациентов в начале и по окончании курса тренировок проводилась в соответствии с результатами базовых методов обследования состояния опорно-двигательного аппарата по общепринятому мировому стандарту шкалам клинической оценки функциональных возможностей ребенка с ДЦП и другими двигательными нарушениями [4].

Используемые методики в комплексе физической реабилитации: Войта-терапия - одна из современных и высокоэффективных методик физической реабилитации, позволяющая организму использовать собственные ресурсы для выздоровления благодаря активации мозгом «врожденных образцов движения» с последующим развитием их в полноценные двигательные реакции [5]. Таким образом, переходя от простого движения к сложному, моторные навыки больного ребенка доводятся до моторных возможностей здоровых детей его возраста. Войта-терапия активно применяется при ДЦП, мышечной кривошее, координационных нарушениях, врожденных миопатиях, контрактурах и деформациях конечностей.

Методика PNF (проприоцептивной нейромышечной фасилитации) – одна из современных и высокоэффективных методик в физической реабилитации, позволяющая организму использовать собственные ресурсы для выздоровления, благодаря улучшению функционального состояния двигательных центров и усилению сигнала со стороны проприорецепторов мышц, суставов и связок. Благодаря стимуляции проприорецепторов происходит формирование и закрепление движения на более высоких уровнях ЦНС, а значит, появляются новые, правильные статические и динамические стереотипы, увеличивается двигательная активность.

Мануальная терапия в педиатрии – авторская комплексная мышечно-фасциальная методика Алины Войчеховской, содержащая методы системной техники воздействия на мягкие костные ткани ребенка безболезненным и безопасным способом. Методика основана на концепциях ведущих разработчиков техник мануальной терапии Левит, Маллиган, Кабат, Войта и актуальна для работы с детьми, имеющими нервно-мышечные заболевания, ДЦП, несовершенный остеогенез, болевой синдром вследствие заболевания костей после травм и операций.

Занятия лечебной физкультурой с использованием рефлекторно-нагрузочных костюмов «Адели», «Гравитон», которые являются одновременно мягким ортопедическим аппаратом и нагрузочным тренажером, помогают гасить патологические рефлексы и дают дозированную нагрузку на мышцы, усиливая влияние гимнастических упражнений. Выполняемые в течение лечебного курса в определенной последовательности упражнения, благодаря созданию мощной нагрузки на мускулатуру больного, способствуют усилению и относительной нормализации афферентного притока с мышечно-суставного аппарата. Это, в свою очередь, приводит к активации центральных структур мозга, ответственных за контроль над моторными актами и создает предпосылки для стимуляции отстающих в развитии функциональных систем [6]. Кинезиотейпирование - это совокупность навыков и приемов для выполнения аппликаций на кожных покровах специально разработанным эластическим пластырем (кинезиотейпом), который способен оказывать влияние на различные моторные стереотипы посредством воздействия на ткани тела и их рецепторный аппарат, оптимизировать течение локального воспалительного процесса, снижать внутритканевое давление, улучшать уровень тканевой микроциркуляции. Методика позволяет организму использовать собственные ресурсы для выздоровления благодаря поддержке, стабилизации мышц, суставов и связок, а также динамическому, противовоспалительному и лимфодренажному эффекту. В педиатрии кинезиотейпирование используется при нарушениях осанки, невритах, нарушениях функции речи, деформациях конечностей, гемипарезах, контрактурах и ДЦП.

Дистанционная реабилитация дает возможность проводить социально-медицинскую реабилитацию в домашних условиях, обеспечивая постоянную связь пациентов и их семей со специалистами, контролирующими и направляющими реабилитационный процесс. Дистанционно специалистом по физической реабилитации проводится контроль техники выполнения лечебных упражнений. Данная форма реабилитации осуществляется с применением монитора в зале ЛФК и программы Skype.

Результаты:

В результате применения комплексного подхода у детей отмечено повышение эффективности двигательной реабилитации: увеличение мышечной силы и произвольной моторики пораженной конечности, снижение спастичности, увеличение амплитуды и объема движений, нормализация мышечного тонуса, улучшение равновесия и координации движений, формирование правильной осанки и выработка нового двигательного стереотипа. Оценка эффективности производилась после клинического осмотра и функционального тестирования ребенка с применением стандартных международных шкал в следующей последовательности: от глобальной оценки характера двигательных нарушений и уровня общего моторного развития к тестированию отдельных двигательных функций и решению специфических проблем конкретного пациента [4].

У 27 детей (84%) отмечалось улучшение равновесия, координации движений и владения правильной схемой положения тела в момент стояния и при ходьбе, улучшение осанки; у 24 (75%) – увеличилась амплитуда и объем движений в пораженной конечности, появилась синхронность движений; в 25% случаев (8 пациентов) – появились новые двигательные навыки и сформировался правильный двигательный стереотип, в 12,5% случаев (4 ребенка) – отмечено уменьшение спастичности и частичная коррекция патологических мышечных синергий с заменой их физиологическими. У всех детей (32 – 100%) в различной степени зарегистрировано увеличение мышечной силы и нормализация мышечного тонуса.

Заключение

На основании вышеизложенного можно сделать вывод об эффективности проведенных реабилитационных мероприятий, выполнении поставленных целей и задач, а также о необходимости комплексного подхода к организации процесса формирования и коррекции двигательных умений и навыков. Все описанные средства физической реабилитации дают положительные результаты и хорошо сочетаются друг с другом. Данную краткую перспективную программу физической реабилитации можно использовать при лечении заболеваний нервной системы (в том числе ДЦП) и опорно-двигательного аппарата в условиях реабилитационных центров.

Таким образом, комплексный подход к физической реабилитации детей с двигательными нарушениями, последовательность, непрерывность и сочетание эффективных мышечно-фасциальных методик с занятиями лечебной физкультурой, позволит повысить эффективность реабилитации, улучшить качество жизни семей, имеющих детей с инвалидизирующей патологией, и интегрировать их в образовательные учреждения.

Данный проект имеет большую практическую значимость и может найти применение в самых разных сферах медицинской деятельности. Он может использоваться как в лечении детей, страдающих детским церебральным параличом, пациентов с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата, включая последствия повреждения позвоночника, так и в реабилитации детей-инвалидов, имеющих тяжелую сочетанную инвалидизирующую патологию, последствия инсульта, тяжелых черепно-мозговых травм, выраженные контрактуры и мышечную атрофию.

Список литературы:

1. Клочкова Е.В. Введение в физическую терапию. М.: Теревинф, 2014. С. 22.
2. Cott C., Finch E., Gasner D. The Movement Continuum Theory of Physical Therapy // Physiotherapy Canada. 1995. Vol.47, No.2.P.87-95.
3. Финни Н.Р. Ребенок с церебральным параличом: Помощь, уход, развитие; Книга для родителей /Пер. с англ. Ю.В. Липес, А.В. Снеговский, - М.: Теревинф, 2001.
4. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С. и др. Комплексная оценка двигательных функций у пациентов с детским церебральным параличом: учебно-методическое пособие. Федеральное гос.бюджетное науч. учреждение Науч.центр здоровья детей. - М.: Педиатр, 2014. – 21 с.
5. Вацлав Войта, Аннегрет Петерс. Принцип Войты. 3 издание. Игра мышц при рефлекторном поступательном движении и в двигательном онтогенезе. Перевод с немецкого, Изд-во: ГК "Мадин", 2014. – 178 с.
6. Семенова К.А. Патогенетическая восстановительная терапия больных детским церебральным параличом.- К.: Здоров'я, 1986 – 168 с.

УДК 616.728.2: 616.08.

Андрियाшек Ю.И., Кочмарёв В.А., Малышев С.С., Острер Е.С., Шаповал А.В.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ФГБУ ВС «КРЫМ» МО РФ

ФГБУ «Военный санаторий «Крым» Минобороны РФ, Республика Крым, г.Алушта

Andriyashchek Y.I., Kochmarev I.V., Malyshev S.S., Ostrer E.S., Shapoval A.V.

MEDICAL REHABILITATION AFTER HIP REPLACEMENT

Sanatorium "Krym", Republic of Crimea, Alushta

Ключевые слова: медицинская реабилитация; эндопротезирование тазобедренного сустава; аквагимнастика.
Keywords: medical rehabilitation; hip replacement; aquatic gymnastic.

Аннотация. Медицинская реабилитация после эндопротезирования тазобедренного сустава на санаторно-курортном этапе проводится спустя 9-14 недель после операции. 24-дневная программа реабилитации включает аквагимнастику с аквапоясом в лечебном бассейне, индивидуально подобранные процедуры аппаратной физиотерапии; пелоидотерапию; массаж; лечебную гимнастику и лечебную нордическую ходьбу.

Abstract. Medical rehabilitation after hip replacement on sanatorium stage is carried out after 9-14 weeks after surgery. 24-day rehabilitation program includes aquatic gymnastic with the aqua belt in therapeutic pool, individually tailored electrotherapy procedures; mud therapy; massage; therapeutic gymnastics and medical Nordic walking.

Медицинская реабилитация (МР) после эндопротезирования тазобедренного сустава на санаторно-курортном этапе играет значительную роль в восстановлении трудоспособности, позволяет сократить частоту осложнений и ускорить сроки выздоровления [1].

Военный санаторий «Крым» располагает всем необходимым для проведения качественной МР после эндопротезирования тазобедренного сустава - современной физиотерапевтической аппаратурой и залами ЛФК, лечебным бассейном с морской водой, комфортными условиями проживания, индивидуальным диетическим питанием, а также целебным субтропическим климатом и равнинной парковой зоной для прогулок. Индивидуальная программа реабилитации выполняется квалифицированным медицинским персоналом, включая терапевта, ортопеда, врача ЛФК и физиотерапевта.

Возможно проведение полного комплекса диагностических мероприятий перед операцией: общий и биохимический анализы крови, ЭКГ, рентгенологическое обследование, УЗ-остеоденситометрия для диа-

гностики остеопороза.

Учитывая, что МР больных, особенно пожилого и старческого возраста, желательно начинать в предоперационном периоде для ранней активизации после эндопротезирования, в санатории разработана специальная 20-дневная предоперационная программа для укрепления силы мышц и выносливости, улучшения трофики тканей и укрепления мышц контралатеральной конечности, на которую после операции будет приходиться повышенная нагрузка [2]. Программа включает в себя патентованную аквагимнастику с аквапоясом в лечебном бассейне с морской водой, массаж ручной и аппаратный, грязевые аппликации сакской грязи на тазобедренный сустав, механотерапию с использованием тренажеров, ударно-волновую терапию, магнито- и лазеротерапию, оригинальную методику лечебной нордической ходьбы для восстановления стереотипа походки и лечебную гимнастику.

МР после эндопротезирования тазобедренных суставов проводится в четвертой фазе реабилитации: «полного восстановления» (9-14 недель после операции). В этот период нужно окончательно восстановить силу мышц, амплитуду движений в тазобедренном суставе, чувство баланса. Проводится аквагимнастика с аквапоясом «Акватонус» соответственно Патента РФ №2541464, которая позволяет выполнять физические упражнения в воде лечебного бассейна, не касаясь дна ногами, что обеспечивает разгрузку суставов ног и укрепление мышечного корсета суставов, а также развитие чувства баланса. Кроме аквагимнастики в лечебном бассейне 24-дневная программа МР включает индивидуально подобранные процедуры аппаратной физиотерапии, такие как СМТ, магнитотерапия, лазеротерапия; пелоидотерапию; массаж; лечебную гимнастику и лечебную нордическую ходьбу [3].

Проведение МР после эндопротезирования тазобедренного сустава в санатории «Крым» приводит к положительной динамике основных клинических симптомов, уменьшению выраженности болевого синдрома. Обеспечивается восстановление функции оперированного сустава, приспособление к статическим и динамическим нагрузкам, повышение мобильности, восстановление стереотипа ходьбы и в конечном итоге - возвращение к активному образу жизни.

Список литературы

- Мерзликин А.В., Пономаренко Г.Н. Медицинская реабилитация военнослужащих на санаторно-курортном этапе оказания медицинской помощи. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2017. – Т. 94 (выпуск 2), №2. – С. 101.
- Кинезотерапия в реабилитации пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава: Методическое пособие. / Сост. Кочетков А.В., Кочунева О.Я. – М.: ФМБА, 2013. – 44 с.
- Тихилов Р.М., Шаповалов В.М. Руководство по эндопротезированию тазобедренного сустава. - СПб.: РосНИИТО им.Р.Р.Вредена, 2008. - 324 с.

УДК 615.8 + УДК 616-006

Волошина Н.И.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Санаторий «Балтийский берег» ГУП «Петербургский метрополитен», Санкт-Петербург

Voloshina N.I.

REHABILITATION OF PATIENTS WITH BREAST CANCER IN SANATORIAL CONDITIONS

Sanatorium "Baltiysky Bereg" State Unitarian Enterprise «Petersburgky metropoliten», St. Petersburg

Ключевые слова: рак молочной железы, санаторно-курортная реабилитация, физиотерапия, качество жизни.

Keywords: breast cancer, quality of life (QOL), activities of daily living, cancer rehabilitation

Аннотация. Реабилитация больных с онкологической патологией является крайне актуальной проблемой современной медицины. Санаторно-курортные условия позволяют соединить широкий выбор физиотерапевтических факторов с другими методами лечения с целью восстановления физического, психологического, эмоционального состояния таких больных на фоне или после интенсивного радикального хирургического, лучевого и лекарственного лечения [2]. Описаны комплексные программы реабилитации пациентов с раком молочной железы.

Abstract. Rehabilitation of patients with oncological pathology is very actual problem of a modern medicine. Sanatorial conditions allow you to connect a wide range of physiotherapeutic factors with other treatment methods to restore physical, psychological and emotional state of such patients during or after an intense radical surgery, radiation and drug treatment. Here is described an integrated program of rehabilitation of patients with breast cancer.

Рак молочной железы (РМЖ) - наиболее распространенный вид опухоли у женщин и является основной причиной смертности во всем мире [5]. Смертность от рака молочной железы составляет 12 тыс. человек в год [3]. Показатели заболеваемости и смертности широко варьируются в разных странах: они высоки в большинстве промышленно развитых стран (за исключением Японии), промежуточные в Восточной и Южной Европе, и низкие в Центральной и тропической Южной Америке, Африке и Азии [4].

В связи с прогрессом в лечении женщин с РМЖ (комбинированное использование хирургического вме-

шатательства, лучевой терапии и химиотерапии) выживаемость по поводу РМЖ сейчас выше 50%. Отмечается тенденция увеличения радикально пролеченных женщин по поводу рака молочной железы, следовательно, растет число больных способных вернуться к прерванной болезнью общественно полезной деятельности. Возвращение к труду без помощи лечебных мероприятий, возможно, не более чем для 53,2% больных, следовательно, реабилитация таких пациентов увеличивает экономический эффект [1].

Цель: оценка эффективности комплексных программ санаторно-курортной реабилитации больных с раком молочной железы.

Под наблюдением находилось 32 пациента (средний возраст составил $53 \pm 2,2$ года) с диагнозом рак молочной железы.

При назначении физиотерапевтического лечения был собран углубленный анамнез заболевания, его продолжительность, методы и объем полученного лечения, его результативность. В реабилитации пациентов основной группы (17 пациентов) был использован базисный курортный комплекс, который включал: общий вариант диеты, режим двигательной активности (щадяще-тренирующий), талассотерапия (в летний лечебный сезон плавание в море), гелиотерапия (щадяще-тренирующий режим), плавание в бассейне, щадяще-тренирующий режим ЛФК. Дополнительно пациентам основной группы были назначены физические методы лечения: лечебный ручной массаж, обладающий трофостимулирующим действием, прессотерапия, оказывающая лимфодренирующее действие, трансцеребральная низкочастотная магнитотерапия направленная на повышение неспецифической резистентности организма к воздействию факторами внешней среды.

В санаторно-курортной реабилитации пациентов основной группы принимала участие команда специалистов, состоящая из врачей онкологов, психологов, арт- и данс терапевтов. В лечении контрольной группы (15 пациентов) был использован базисный курортный комплекс.

Оценку результатов проведенной реабилитации проводили по критериям эффективности санаторно-курортного лечения, учитывающие объективные и субъективные показатели состояния здоровья пациентов. Эффективность лечения пациентов, получавших дополнительно к базисному курортному комплексу физические методы и консультации врачей онкологов, психологов, арт- и данс терапевтов, была значительно выше по сравнению с контрольной группой. В целом значительного улучшения и улучшения самочувствия удалось достичь в 84% случаев, состояние незначительного улучшения или осталось без перемен у 16% пациентов.

Данный лечебный комплекс можно включать в программы восстановительного лечения и реабилитации пациентов с диагнозом рак молочной железы в санаторно-курортных условиях.

Список литературы:

- Грушина, Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 239 с.
- Физическая и реабилитационная медицина: национальное руководство / под ред. Г.Н. Пономаренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 685 с.
- Физиотерапия. Классический курс / под ред. С. Стюарта. – Санкт-Петербург: Человек, 2014. – 764 с.
- Carmack Taylor CL, Demoor C, Smith MA, Dunn AL, Basen-Engquist K, Nielsen I. Active for Life After Cancer: a randomized trial examining a lifestyle physical activity program for prostate cancer patients. *Psychooncol* 2006; 15: 847–862.
- Parkin D, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. *Int J Cancer* 1999; 83: 18–29. Eisenberg HS, Goldenberg IS. The measurement of quality of survival of breast cancer patients. In: Haywald and Bulbook (eds). *Clinical evaluation of breast cancer*. London: Academic Press, 1996: 93.

Поберская В.А., Нагаец О.А.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ КРЫМА

ФКУЗ «САНАТОРИЙ «БУРЕВЕСТИК» МВД РОССИИ», Евпатория

Poberskaya V.A., Nagaez O.A.

MAIN ASPECTS OF MEDICAL-PSYCHOLOGICAL REHABILITATION IN CRIMEA CONDITIONS

FREH «BUREVESTNIK» MIA OF RUSSIA, Evpatoria

Ключевые слова: медико-психологическая реабилитация, Крым, лечебные грязи, минеральная вода, климатотерапия.

Keywords: medical and psychological rehabilitation, Crimea, therapeutic mud, mineral water, climatotherapy.

Аннотация. В условиях бальнеогрязевого климатического курорта Евпатория разработаны индивидуальные программы медико-психологической реабилитации для пациентов с нервно-психическим напряжением, связанным с профессиональной деятельностью. Использование комплекса природных лечебных факторов Крыма позволило достичь повышения функциональных резервов организма, устойчивости психического статуса, улучшения качества жизни.

Abstrakt. In the conditions of the balneo-muddy climatic resort of Evpatoria, individual programs of medical and

psychological rehabilitation for patients with neuropsychic stress associated with professional activity have been developed. The use of a complex of natural therapeutic factors in the Crimea made it possible to achieve an increase in the body's functional reserves, the stability of the mental status, the improvement of the quality of life.

Цель. Повышение эффекта медико-психологической реабилитации пациентов с нервно-психическим напряжением на основе обоснования индивидуальных подходов к комплексному использованию бальнео-грязевых и климатических факторов Крыма.

Материалы и методы. Комплексное клинично-функциональное обследование пациентов с нервно-психическим напряжением, связанным с профессиональной деятельностью, предусматривало оценку сердечной деятельности и состояния вегетативной нервной системы ((определение типа гемодинамики, функционального резерва, вегетативной регуляции сердечной деятельности), состояния гепатобилиарной системы и двигательной функции желчного пузыря. Лабораторная диагностика включала оценку биохимических показателей, расчет ряда интегральных критериев резистентности и интоксикации. Психологическое тестирование направлено на выявление степени выраженности тревоги (тест Спилбергера), агрессии (тест Басса-Дарки). Анализ результатов «Ноттингемского профиля» качества жизни указывал на индивидуальное восприятие эмоциональных, социальных и физических проблем здоровья. Для заключения о достигнутом эффекте использовали Миннесотский опросник качества жизни, результаты клинично-инструментальных показателей и психологического тестирования.

Результаты. С учетом состояния здоровья пациентов и характера сопутствующих заболеваний определяли индивидуальную программу медико-психологической реабилитации. При наличии хронических воспалительных заболеваний использовали высокоминерализованную иловую сульфидную грязь Сакского озера. Методология пелоидотерапии отличалась комплексным применением с бальнеотерапией. Показана эффективность использования солевых ванн определенной концентрации на основе розовой соли озера Сасык-Сиваш, отличающейся содержанием биологически активных макрокомпонентов и микрокомпонентов и В-каротина. Лечебные эффекты солевых ароматических ванн на основе розовой соли и ароматических масел Крыма (шалфей, розмарин, лаванда, можжевельник), помимо вазоактивного, спазмолитического, трофического воздействия, дополнялись седативным, тонизирующим, адаптогенными эффектами. Современные технологии бальнеотерапии с назначением воздушно-газовых ванн способствовали достижению спазмолитического, тонизирующего, вазоактивного эффектов. Генерализованные реакции организма формировались под влиянием гидрогальванических камерных ванн. Курорт Евпатория отличается наличием минеральных вод разных по химическому составу и минерализации, эффективных для наружного и внутреннего применения. Питьевые курсы минеральной воды малой минерализации гидрокарбонатного хлоридно-натриевого состава и борсодержащей гидрокарбонатно хлоридно-натриевой минеральной воды (скв. №13; №58, соответственно) назначали по общим показаниям при нарушении функций желудочно-кишечного тракта и для достижения адаптогенного эффекта. Индивидуальный подход к медико-психологической реабилитации в условиях приморского курорта способствовал достижению коррекции психического статуса на основе психологической поддержки, бальнеотерапии и климатотерапии (аэротерапия, гелиотерапия, талассотерапия). Наличие песчаного пляжа позволило организовать отпуск песочных ванн в соответствии с показаниями к теплолечению. Особенностью медико-психологической реабилитации в условиях Евпаторийского курорта являются дозированные купания в лимане («лиманотерапия»), поскольку близлежащее озеро Мойнакское, с минерализацией солей более 50г/дм³, отнесено к комплексу лечебных солевых озер Крыма.

Эффект медико-психологической реабилитации проявлялся улучшением психического статуса с нивелированием проявлений агрессивности и враждебности, уменьшением высокого и среднего уровней реактивной и личностной тревожности. Установлено повышение функциональных резервов организма за счет улучшения вегетативной регуляции и экономизации сердечной деятельности, регуляции функций желудочно-кишечного тракта и активности желчевыводящих путей. Показатели качества жизни отражали положительную динамику по компоненте здоровья, физической и психической составляющим, общего самочувствия, соответственно, на 31 %; 20 %; 20 % и 28 %.

Заключение. Индивидуальный подход к медико-психологической реабилитации в условиях бальнеогрязевого климатического курорта Евпатория с комплексным применением природных лечебных факторов Крыма способствовал повышению функциональных резервов организма и восстановлению нарушенных функций у пациентов с нервно-психическим напряжением, связанным с профессиональной деятельностью.

УДК 616-036.86+ 342.72/.73

Дренёва А.А., Рябова А.А., Касаткин В.Н.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗРИТЕЛЬНО-МОТОРНОГО ТРЕНАЖЕРА ДЛЯ ТРЕНИРОВКИ ЗРИТЕЛЬНО-МОТОРНОЙ КООРДИНАЦИИ У ДЕТЕЙ В РЕМИССИИ ПОСЛЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева Москва, Россия

Dreneva A.A., Ryabova A.A., Kasatkin V.N.

APPLICABILITY OF VISUAL-MOTOR EXERCISER FOR VISUAL-MOTOR CO-ORDINATION ENHANCEMENT IN PEDIATRIC CANCER SURVIVORS

Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology Moscow, Russia

Ключевые слова: детская онкология, зрительно-моторная координация, опухоли ЦНС, мелкая моторика, крупная моторика.

Keywords: pediatric oncology, visual-motor co-ordination, CNS tumors, fine motor skills, gross motor skills.

Аннотация.

Одной из основных проблем современной детской нейроонкологии является реабилитация моторных и когнитивных функций после перенесенного заболевания. Такие функции, как скорость процессинга, зрительно-моторная координация, ингибирование и шифтинг зачастую снижаются под воздействием самой опухоли и методов ее лечения.

В данной работе приведены результаты тренировки указанных функций с помощью тренажера «Fitlight Trainer». Выборку составили 39 человек; 19 мальчиков, 20 девочек (средний возраст 11,96 + 2,83 лет) со следующими диагнозами: медуллобластома (29 чел.), пилоидная астроцитома (7 чел.) и анапластическая эпендимома (3 чел.). Все пациенты прошли от 4 до 8 занятий на тренажере.

Результаты демонстрируют устойчивое снижение времени реакции на протяжении серии занятий, что свидетельствует об улучшении зрительно-моторной координации.

Abstract.

Rehabilitation of motor and cognitive functions is one of the principle issues in current pediatric neuro-oncology. Such functions as processing speed, visual-motor co-ordination, inhibition and shifting often decrease in consequence of therapy and tumor itself.

In the work we provide the results of training these functions by using «Fitlight Trainer» exerciser. The sample included 39 patients; 19 males, 20 females (mean age was 11,96 + 2,83 years) who survived medulloblastoma (29 patients), pilocytic astrocytoma (7 patients) and anaplastic ependymoma (3 patients). All of the participants underwent from 4 to 8 training sessions.

The results demonstrate strong decrease of reaction time during the rehabilitation process, so it is possible to conclude that visual-motor co-ordination in these patients tends to enhance.

Введение / Цель

В последние годы наблюдается увеличение выживаемости детей после онкологических заболеваний. После различных типов лечения, таких как операция, лучевая и химиотерапия и ТГСК, происходит снижение как моторных, так и когнитивных функций этих детей [1]. Это ухудшение приводит в дальнейшем к трудностям в школьном обучении, общении со сверстниками, вследствие чего снижается качество жизни [2]. Для того, чтобы дети могли жить полноценной жизнью и стать частью общества после лечения онкологического заболевания, необходима реабилитация, направленная на восстановление моторных и когнитивных функций [1,3].

Цель исследования: оценить эффективность использования зрительно-моторного тренажера для реабилитации детей, находящихся в ремиссии после онкологического заболевания.

Материалы и методы

Для тренировки переключаемости, ингибирования, сенсомоторной координации и исполнительного процессинга верхних и нижних конечностей использовался тренажер Fitlight. FitLight Trainer - это световой тренажер для улучшения и реабилитации двигательных-координационных качеств, а также тренировки сенсомоторной реакции, функций управления, контроля и переключаемости. Прибор представляет собой 7 датчиков и центральный контроллер. Датчики располагаются достаточно далеко друг от друга, в том числе на полу, что дает возможность развивать зрительно-моторное взаимодействие не только между глазами и руками, но также между глазами и ногами. В зависимости от выбранного режима, загораются датчики, испытываемому необходимо нажимать на них рукой или ногой как можно скорее [4-7].

Тренинг на данном приборе включает в себя серию из 4-8 занятий, при этом оценивается динамика изменения времени реакции и количества ошибок на протяжении всего курса.

На данном приборе проводятся 3 субтеста:

- 1) Простая сенсомоторная реакция: гасить датчики как можно быстрее
- 2) Ингибирование: нажимать на датчики, загоревшиеся зеленым светом, игнорируя красный
- 3) Цвет-рука: нажимать левой рукой или ногой на датчики желтого цвета, правой рукой или ногой – на датчики синего цвета

Указанные субтесты позволяют выполнить диагностику и коррекцию функций зрительно-моторной ин-

теграции (взаимодействия «глаз-рука» и «глаз-нога») и таких исполнительных функций, как ингибирование, шифтинг и программирование и контроль.

Выборка включала в себя 39 пациентов: 19 мальчиков и 20 девочек. Средний возраст составил 11,96 + 2,83 лет. Пациенты имели следующие диагнозы: медуллобластома (29 чел.), пилоидная астроцитомы (7 чел.), анапластическая эпендимома (3 чел.).

Результаты

По итогам исследования был проведен регрессионный анализ, в котором зависимой переменной выступило среднее время реакции, а независимой – номер занятия. Регрессионный анализ показал улучшение зрительно-моторной координации, выраженное в значимом снижении времени реакции ($p=0.003$) в процессе тренинга у большинства пациентов. Это показывает возможность применения данного оборудования в реабилитации детей после онкологических заболеваний.

Заключение

На основании пилотажного исследования можно говорить о возможности применения тренажера Fitlight для тренировки взаимодействия «глаз-рука» и скорости реакции у детей после онкологических заболеваний.

Список литературы

- Касаткин В.Н., Карачунский А.И., Малых С.Б., Исмагуллина В.И., Володин Н.Н., Мирошкин Р.Б., Крутикова Н.Ю., Румянцев А.Г. Когнитивные характеристики и проблемы поведения у детей с острым лимфобластным лейкозом, завершивших лечение по протоколу МБ-2008: пилотное исследование, Вопросы практической педиатрии. – 2015. – Т. 10. – № 5. – С. 7-12.
- Lawson, G. M., & Farah, M. J. (2017). Executive function as a mediator between SES and academic achievement throughout childhood. *International journal of behavioral development*, 41(1), 94-104.
- Kushner D.S., Amidei C. Rehabilitation of motor dysfunction in primary brain tumor patients. *Neuro Oncol Pract.* 2015; 2(4):185-191.
- Friedman N. P. et al. Individual differences in executive functions are almost entirely genetic in origin // *Journal of Experimental Psychology: General.* – 2008. – Т. 137. – №. 2. – С. 201.
- Jensen M. M., Rasmussen M. K., Grnbæk K. Design sensitivities for interactive sport-training games // *Proceedings of the 2014 conference on Designing interactive systems.* – ACM, 2014. – С. 685-694.
- Aung Y. M., Al-Jumaily A. Effective Physical Rehabilitation System // *Virtual Reality Enhanced Robotic Systems for Disability Rehabilitation.* – 2016. – С. 180.
- Interventions to Improve Neuropsychological Functions in Childhood Cancer Survivors. Robert W. Butler, Olle Jane Z. Sahler, Martha A. Askins, Melissa A. Alderfer, Ernest R. Katz, Sean Phipps, and Robert B. Noll. *Development Disabil Res Rev* 14: 251 – 258 (2008)

УДК 613.71+ 616-08-039.57

Гирченко Е.В., Акименко М.Ю.

АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ДЛЯ ЛИЦ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Социально-реабилитационный центр ветеранов войн и Вооружённых сил, Москва, Россия

Girchenko E.V., Akimenko M.Y.

CURRENT METHODS OF PHYSICAL THERAPY FOR THE ELDERLY IN TERMS OF SOCIO-REHABILITATION CENTER

Social Rehabilitation Centre for War Veterans and the Armed Forces, Moscow, Russia

Ключевые слова: Лечебная физкультура, Гериатрия, Скандинавская ходьба, Твист-гимнастика.

Keywords: Physical therapy, geriatrics, Nordic walking, Twist gymnastics.

Аннотация. Скандинавская ходьба, твист-гимнастика и детензоротерапия являются высокоэффективными методиками, применяемыми в гериатрической практике в условиях социально-реабилитационного центра.

Abstract. Nordic walking, twist-gymnastics and detensortherapy are highly effective techniques used in geriatric practice in the context of the social rehabilitation center.

Введение. В гериатрии значительно ограничена возможность медикаментозного, хирургического и физиотерапевтического лечения. Существенно затрудняет построение реабилитационных программ отягощённость пациентов различной патологией на фоне возрастных изменений. Поэтому лечебная физкультура занимает ведущее место в медико-социальной реабилитации лиц преклонного возраста. Должны использоваться методики, не имеющие противопоказаний и дающие быстрый положительный эффект: уменьшение боли, повышение двигательной активности, коррекция двигательного стереотипа, улучшение координации и равновесия. Упражнения должны быть легко запоминающимися, но при этом требующими мысленной концентрации (так называемая «медитация в движении»). Нагрузка должна быть максимально физиологичной, легко дозироваться, при этом включать в работу все мышечные группы. Необходимо поддерживать положительную мотивацию, приверженность пациента к регулярным занятиям.

Цель работы. Создание оптимальной программы физической реабилитации для лиц преклонного возраста, а также адаптация существующих методик ЛФК для геронтологической практики.

Материалы и методы. В ГБУ СРЦ ВВ и ВС в комплексную программу медико-социальной реабилитации лиц пожилого возраста с 2015 года внедрены скандинавская ходьба, детензоротерапия и твист-гимнастика.

Скандинавская ходьба (разработана М.Кантанева, Финляндия, 1997г.) в пожилом возрасте позволяет эффективно проводить коррекцию осанки и двигательного стереотипа. Это особенно актуально для тех, кто перенёс ОНМК, травмы и операции на нижних конечностях, страдает вертеброгенными болевыми синдромами, изменениями статики вследствие остеопороза. Сочетание ходьбы с дыханием способствует восстановлению дыхательного стереотипа у пациентов с патологией бронхо-лёгочной системы.

Метод детензоротерапии (разработан К.Кинляйном, Германия, 1978 г.) можно рассматривать как разновидность лечения положением. Под действием веса тела происходит долговременное вытяжение позвоночника в оптимальных условиях расслабления, восстановления физиологических изгибов. В программе реабилитации мы сочетаем детензоротерапию с какими-либо видами физической активности: лечебная или твист-гимнастика, занятия на тренажёрах, плавание, аквааэробика.

Твист-гимнастика (разработана Пак Чжэ Ву, Корея, 1999) включает в себе лечебную силу спиральных движений, базирующуюся на фундаментальных законах мироздания (теория Триначалия). Адаптированные нами комплексы обладают высокой эффективностью: уменьшаются болевые синдромы, тугоподвижность, головокружение, повышается двигательная активность в целом. Твист-комплексы могут выполняться по частям, в любых исходных положениях, они безопасны, не имеют противопоказаний – поэтому их применение обосновано как у практически здоровых, так и лиц с существенными ограничениями жизнедеятельности.

Проводился сравнительный анализ работы с пациентами, занимавшимися ЛФК в январе-марте 2014 г. (377 чел. – контрольная группа) и 2015 г. (376 чел. – основная группа). Средний возраст занимавшихся – 81,8 лет. Все пациенты имели основной и более двух сопутствующих диагнозов. Курс кинезиотерапии составлял 6 и более процедур по 30-60 мин. ежедневно или через день.

Результаты. Для оценки эффективности реабилитационного процесса рассмотрены в динамике следующие производственные показатели:

В основной группе по сравнению с контрольной возросло количество посещений на 37%, проведённых занятий - на 60%.

На 8,5% больше человек закончили курс реабилитации с улучшением.

Увеличение средней продолжительности курса ЛФК с 9 до 12 занятий свидетельствует о возрастании интереса к занятиям и уменьшении числа противопоказаний, требующих отмены процедур.

Заключение. Таким образом, использование в гериатрической практике перечисленных методик ЛФК существенно повышает эффективность физической реабилитации; интерес больных к занятиям увеличивается, что в целом сказывается на улучшении качества жизни пациентов пожилого возраста.

УДК 616-098

Колеганова Т.Б.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЩЕЙ КРИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ

ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Министерства здравоохранения РФ г. Москва

Tatyana Koleganova

OUR EXPERIENCE OF USING GENERAL CRYOTHERAPY IN THE COMPREHENSIVE TREATMENT OF ALIMENTARY-CONSTITUTIONAL OBESITY.

Federal Center of Medicine and Rehabilitation, Moscow, Russia

Аннотация

Цель работы заключалась в оценке эффективности общей криотерапии в комплексном лечении ожирения. Наблюдались две группы пациентов, страдающих данным заболеванием. Исследуемая группа пациентов помимо стандартной комплексной терапии, получала курс общей криотерапии. Получен вывод о том, что включение общей криотерапии в комплексное лечение ожирения существенно улучшает результаты терапии.

Summary

The purpose of the work was assessment of efficiency of the general cryotherapy in complex treatment of obesity. Two groups of patients with obesity were observed. The studied group received a course of the general cryotherapy together with standard complex therapy. Our results showed us the general cryotherapy significantly improves results of the complex treatment of obesity.

Ключевые слова: ожирение, криотерапия

Основой современной терапии ожирения является применение немедикаментозных методов лечения, направленных на оптимизацию обмена веществ, уменьшение массы тела, снижение риска развития ассо-

цированных заболеваний. К таким методам относятся лечебная гимнастика, массаж, лимфадренажные процедуры, общая криотерапия.

Цель работы. Оценить эффективность общей криотерапии в комплексном лечении ожирения.

Материалы. Под нашим наблюдением находились 27 пациентов в возрасте от 28 до 58 лет, страдающих алиментарно-конституциональным ожирением. Среди них 21 женщин (78%) и 6 мужчин (12%). Ожирение 1 степени наблюдалось у 37%, 2 степени – у 63%. Все пациенты получали комплексную терапию, включавшую диетотерапию, занятия групповой лечебной гимнастикой, гидрокинезотерапию, тренировки на циклических тренажерах, электролимфадренаж и общую криотерапию. Контрольная группа 25 человек, сопоставимая по возрасту, полу и степеням ожирения с основной, получала аналогичную терапию, исключая общую криотерапию.

Методы. Общая криотерапия проводилась от аппарата «КАЭКТ-01-КРИОН». Температура воздействия от -130 до -180°C. Время воздействия – 30 – 180 секунд. Курс составлял 30 процедур, из которых 10 процедур проводились ежедневно, далее проводилось по 3 процедуры в неделю.

Результаты. Оценивались через 3 месяца от начала лечения. Оценивалась динамика снижения индекса массы тела (ИМТ). В основной группе у пациентов с 1 степенью ожирения отмечено снижение значения ИМТ с $33,5 \pm 0,8$ до $28,3 \pm 1,2$ ($p > 0,05$), у пациентов со 2 степенью ожирения с $38,7$ до $33,1 \pm 1,1$ ($p > 0,05$). В контрольной группе у пациентов с 1 степенью ожирения ИМТ снизился с $32,9 \pm 1,1$ до $29,1 \pm 1,3$ ($p > 0,05$), у пациентов со 2 степенью ожирения – с $39,1 \pm 1,5$ до $35,1 \pm 1,6$ ($p > 0,05$).

Выводы. Включение общей криотерапии в комплексное лечение ожирения существенно улучшает результаты лечения.

Список литературы

Lombardi G, Ziemann E, Banfi G Whole-Body Cryotherapy in Athletes: From Therapy to Stimulation\\

Front Physiol. 2017 May 2;8:258.

Бугаян С.Э. Эффективность применения криотерапии в комплексном лечении алиментарно-конституционального ожирения у лиц молодого возраста\\ Диссертация на соискание степени кандидата медицинских наук, Ростов-на-Дону, 2011, 160.

Lubkowska A, Dudzinska W, Bryczkowska I, Dolegowska B. Body Composition, Lipid Profile, Adipokine Concentration, and Antioxidant Capacity Changes during Interventions to Treat Overweight with Exercise Programme and Whole-Body Cryostimulation\\ Oxid Med Cell Longev. 2015/

УДК 616.8-056.76; 61.575, 616.89; 616.159.9; 76.03.39

Колчева Ю.А., Беникова Е.В., Константинов К.В., Иванова Н.Ю.,
Мирошников Д.Б., Астахова Е.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА «БИОАКУСТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ» У ДЕВОЧКИ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

НИО «Клиника Биоакустической коррекции», Санкт-Петербург, Российская Федерация

Kolcheva Yu.A., Benikova EV, Konstantinov KV, Ivanova N.Yu., Miroshnikov DB, Astakhova E.A.

EFFECTIVENESS OF BIOACOUSTIC CORRECTION IN A GIRL WITH AUTISM (CLINICAL OBSERVATION)

NIO "Clinic of Bioacoustic Correction", Saint-Petersburg, Russian Federation.

Аннотация. В данной работе приводится клинический пример эффективности метода биоакустической коррекции у ребенка 10 лет с диагнозом аутизм.

Abstract. This paper describes the clinical case of the effectiveness of bioacoustic correction in a child of 10 years with autism.

Ключевые слова: Биоакустическая коррекция, ЭЭГ-зависимая физиотерапия, нейрореабилитация, аутизм.

Key words: Bioacoustic correction, EEG-dependent physiotherapy, rehabilitation, autism.

Биоакустическая коррекция (БАК) - инновационный высокоэффективный способ лечения неврологических нарушений у детей. Преимуществами метода являются: отсутствие лекарственной нагрузки, неинвазивность, безопасность, хорошая переносимость, возможность отслеживания параметров ЭЭГ по мере выполнения сеансов [1,2]. В результате более чем 20 летнего опыта применения методики были получены положительные результаты при лечении детей с аутистическим симптомокомплексом. В связи увеличением случаев встречаемости подобных нарушений у детей поиск новых способов коррекции неврологических нарушений является весьма актуальным. Приводим клиническое наблюдение эффективности метода «Биоакустическая коррекция» при лечении ребенка с расстройством аутистического спектра.

Родители девочки 10 лет С. обратилась в клинику «Биоакустической коррекции» с жалобами на недостаточный уровень понимания ребенком обращенной речи, экспрессивная речь не сформирована (присутствуют малочисленные отдельные слова, короткие фразы, которые ребенок произносит только при сильном

возбуждении), боязнь громких звуков, часто закрывает уши руками, нарушение коммуникации с детьми, не развита тонкая моторика, ночные вздрагивания, стереотипии. Из анамнеза известно, ребёнок родился путем Кесарева сечения, масса тела – 3200, рост 52 см, находилась на смешанном вскармливании. На первом году жизни, согласно документации, развивалась с опережением сверстников. Регресс в развитии после первого года жизни. Выполнялась МРТ головного мозга: без патологических изменений. ЭЭГ от 2016 года: диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с дезорганизацией биоритма и снижением функциональной активности нейронов коры, запаздываем формирования доминирующего альфа ритма. ЭЭГ видеомониторинг от 2016 года не показал наличие типичной эпилептиформной активности у ребенка. При этом девочка регулярно наблюдалась у невролога по месту жительства, получала курсовое лечение ноотропными препаратами без выраженных положительных результатов. При осмотре в неврологическом статусе очаговости не обнаружено. При осмотре психиатра был установлен диагноз атипичный аутизм с умственной отсталостью. Был рекомендован курс биоакустической коррекции №15 (через день), медикаментозное лечение не назначалось. В результате проводимой терапии уже на третьей процедуре стали отмечаться первые положительные результаты в виде улучшения артикуляции, нормализации эмоционального состояния, повышения речевой активности, ребенок стал более сознательными. В дальнейшем по мере выполнения процедур было отмечено появление ситуативной фразовой речи, улучшились показатели тонкой моторики, значительно возросло понимание обращенной речи. Данные клинического наблюдения были подтверждены в результате осмотра нейропсихолога до и после курса проводимых процедур.

Таким образом, в данном случае наблюдалась положительная динамика в ходе курса биоакустической коррекции в виде уменьшения выраженности аутистических проявлений. Данный способ является эффективным и может использоваться в качестве дополнительной реабилитационной методики при лечении детей с расстройствами аутистического спектра.

Список литературы:

1. Патент РФ №2410025, 17.02.2009. Константинов К.В. Способ нормализации психофизиологического состояния.
2. Патент РФ № 2492839, 20.04.2012. Константинов К.В. Способ активации речевых функций головного мозга.

УДК 616-08-039.12

Корсакова Е.А.

КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ «РЕАСАНМЕД»

МК «РеаСанМед», Санкт-Петербург

Korsakova E. A.

COMPREHENSIVE REHABILITATION OF CHILDREN WITH NEUROLOGICAL DISORDERS IN MULTIFUNKTIONAL HOSPITAL "REASUNMED"

Multifunktional hospital "Reasunmed", St. Petersburg

Ключевые слова: медицинская реабилитация, мультидисциплинарный подход, детский церебральный паралич

Keywords: medical rehabilitation, multifunktional method, cerebral palsy

Аннотация. В данной статье рассматриваются вопросы мультидисциплинарного подхода к медицинской реабилитации детей с неврологическими нарушениями.

Abstract. In this article discusses some questions of multidisciplinary approach to children with neurological disorders's medical rehabilitation

Введение. По оценкам ООН, в мире инвалиды составляют 10% от общей численности населения. Болезни нервной системы в структуре детской инвалидности составляют 19,5 %. Среди них большой процент инвалидности приходится на детский церебральный паралич — 24% , он является основной причиной детской неврологической инвалидности в мире.[1,2,3]

Цель. Своевременное выявление у ребенка задержки моторного и психо-речевого развития и своевременное начало комплексного восстановительного лечения и реабилитации с целью предотвращения формирования детского церебрального паралича, особенно его тяжелых форм, снижения степени инвалидизации больного.[4]

Задачи. Использование мультидисциплинарного подхода к лечению ДЦП с участием команды врачей специалистов как рекомендовано Министерством здравоохранения Российской Федерации. Такие врачи как педиатр, невролог, ортопед, реабилитолог, врач ЛФК, дефектолог должны участвовать в лечении пациентов с ДЦП постоянно, врачи других специальностей привлекаются по показаниям. Мультидисциплинарный под-

ход является оптимальным в выработке индивидуальной тактики реабилитации ребенка с ДЦП, при этом принятие решения о необходимых подходах к лечению будет приниматься с учетом всесторонней оценки состояния пациента. [3,5]

Материалы и методы. В многопрофильной клиники «РеаСанМед» после консультации поступающего на реабилитацию ребенка с детским церебральным параличом или другими неврологическими нарушениями врачебной мультидисциплинарной бригадой выставляется реабилитационный диагноз, определяются краткосрочные и долгосрочные цели реабилитации, составляется индивидуальный план. Реабилитация проводится амбулаторно или в условиях дневного стационара и наряду с медикаментозным лечением может включать в себя: гидрокинезотерапию (ЛФК в ванне или бассейне при индифферентной температуре, подводный душ-массаж, жемчужные ванны с хромотерапией, пароуглекислую и сухую углекислую ванны), массаж, лечебную гимнастику, остеопатию, кинезиотейпирование, иглорефлексотерапию, грязелечение, аппаратную физиотерапию, Бобат-терапию, Микрополяризацию (ТКМ, ТСМ), Томатис-терапию, занятия с логопедом-дефектологом, занятия с психологом, ортезирование и др.

Результаты. В случае выявления у ребенка задержки двигательного и психо-речевого развития уже на раннем этапе проводится комплексная медицинская реабилитация с использованием мультидисциплинарного подхода, который позволяет с учетом показаний и противопоказаний к различным методам и методикам воздействия выбрать максимально эффективный путь.

Заключение. Медицинская клиника, имеющая поликлинический комплекс, дневной стационар, реабилитационное и спортивно-оздоровительное отделение, ортопедическую мастерскую имеет возможность заниматься профилактикой, ранней диагностикой, своевременной медицинской реабилитацией основанной на мультидисциплинарном подходе неврологических нарушений у детей всех возрастных групп, включая ранний детский возраст, что приводит к снижению инвалидизации детского населения Российской Федерации.

Список литературы

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. основные тенденции здоровья детского населения России. - М., 2011. - 116 с.
2. Лильин Е.Т., Доскин В.А. Детская реабилитология. - М., 2011. - 632 с.
3. Dan V., Mayston M., Paneth N., Rosenbloom L. Cerebral palsy: science and clinical practice – London: Mac Keith Press, 2014/ - 692 p.
4. Немкова С.А., Заваденко Н.Н., Медведев М.И. Современные принципы ранней диагностики и комплексного лечения перинатальных поражений центральной нервной системы и детского церебрального паралича. - Методическое пособие. - М.: ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, 2013. - 76 с.
5. Куренкова А.Л., Клочкова О.А., Змановская В.А., Фальковский И.В., Кенис В.М., Владыкина Л.Н., Красавина Д.А., Носко А.С., Рычкова Л.В., Каримова Х.М., Бурсагова Б.И., Намазова-Баранова Л.С., Мамедьяров А.М., Кузенкова Л.М., Донцов О.Г., Рыженков М.А., Буторина М.Н., Павлова О.Л., Харламова Н.Н., Данков Д.Н., Левитина Е.В., Попков Д.А., Рябых С.О., Медведев С.Н., Губина Е.Б., Агранович О.В., Кисилева Т.И., Васильева О.Н., Зыков В.П., Михнович В.И., Белогорова Т.А. Первый Российский консенсус по применению многоуровневых инъекций Abobotulinumtoxin A при лечении спастических форм детского церебрального паралича. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова 2016; 11 (116) С. 98-107.

УДК 616-035.1

Михайлова О.В., Побута О.В., Лебедева Л.Н.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОЙ ИННОВАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ЭКЗОСКЕЛЕТ «EXOATLET» В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

ГАУ города Москвы РЦ «Текстильщики», Москва

Mikhailova O.V., Pobuta O.V., Lebedeva L.N.

EFFICIENCY OF APPLICATION OF NEW INNOVATIVE TECHNOLOGY EXOSKELETON «EXOATLET» IN INTEGRATED REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE WITH MOTOR DISTURBANCES

State Autonomous Organization of the city of Moscow Rehabilitation Center "Tekstilshchiki", Moscow

Ключевые слова: экзоскелет «EXOATLET», реабилитация, двигательные нарушения.

Keywords: exoskeleton «EXOATLET», rehabilitation, motor disturbances.

Аннотация. Эффективность реабилитации в экзоскелете.

Abstract. The effectiveness of rehabilitation in the exoskeleton.

Введение. Социальная реабилитация инвалидов, их адаптация и интеграция в общество является одним из приоритетных направлений социальной политики в Российской Федерации в настоящее время.

В основу модели комплексной реабилитации лиц, имеющих ограничения жизнедеятельности, реализуемой в ГАУ Реабилитационный Центр «Текстильщики», положены три базовых компонента:

Непрерывный активный социальный мониторинг потребностей инвалидов, организация системы бы-

строго реагирования на их запросы.

Экспертиза психофизиологического состояния инвалида, комплексная оценка имеющихся у него ограничений жизнедеятельности и потенциальных возможностей на основе реабилитационной диагностики.

Доступная, ранняя, непрерывная и эффективная комплексная реабилитация инвалидов и членов их семей, основанная на передовых отечественных и зарубежных технологиях.

Одной из приоритетных задач в работе Центра является отбор наиболее эффективных реабилитационных технологий, отвечающих самым современным мировым требованиям в области реабилитации инвалидов с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности.

В настоящее время в целях поиска эффективных методов реабилитации проводится апробация новой инновационной технологии экзоскелет «ЕхоAtlet». Экзоскелет «ЕхоAtlet» применяется в медико-социальной реабилитации лиц с двигательными нарушениями нижних конечностей вследствие заболеваний опорно-двигательного аппарата и нервной системы, перенесенных травм и операций.

Основной задачей применения данного метода в реабилитации является восстановление естественного для человека вертикального положения, способности к передвижению, что значительно улучшает не только мобильность, процессы кровообращения в органах и тканях, но и значительно повышает качество жизни. Другая важная задача – социальная адаптация: возможность ходить по дому, по улице, по лестницам, без чьей-либо помощи садиться и вставать.

Цель исследования. Проанализировать эффективность технологии экзоскелет «ЕхоAtlet» в социальной адаптации инвалидов-колясочников.

Материалы и методы. Для тренинга были отобраны 5 пациентов («Пилотов») с травматическим поражением спинного мозга и рассеянным склерозом. Проведена полная реабилитационная диагностика с оценкой по различным шкалам и тестам до и после курса реабилитации. В течение от одного до полутора месяцев в рамках программы комплексной реабилитации проводились 60 минутные тренировки в экзоскелете ЕхоAtlet под руководством врача и специалиста по реабилитации. Задачей тренировок являлось восстановление двигательных навыков (подъем со стула вертикально, удержание баланса, поворот на месте, перенос тела в ходьбе, тренировка возможности передвигаться самостоятельно с опорой на костыли). Самостоятельный переход на костыли осуществлялся при условии, когда «Пилот» уверенно чувствовал себя при ходьбе на брусках. Помимо тренировок проводилось обучение «Пилота» самостоятельной настройке интерфейса на костылях, моделированию различных программ передвижения, регулировке скорости ходьбы. Все данные по тренировкам автоматически передавались разработчикам экзоскелета ЕхоAtlet для дальнейшей обработки и накопления материалов исследования.

Результаты. По данным реабилитационной диагностики, проведенной по окончании курса комплексной реабилитации, включающим клинический осмотр, оценку мышечного тонуса по шкале Ashworth, шкале депрессии Бека, шкале личностной тревожности Шихана, шкале реактивной тревожности Спилберга, у 100% «Пилотов» отмечалось частичное восстановление глубокой чувствительности, у 40% (2 человека) отмечалась тенденция к снижению мышечного тонуса в нижних конечностях, у 100% улучшение психо-эмоционального состояния.

Заключение. По результатам проведенных реабилитационных мероприятий тренировки в экзоскелете «ЕхоAtlet» способствуют восстановлению естественного для человека вертикального положения, возможности встать в полный рост, ходить, подниматься по лестнице, нормализации биологических процессов, улучшению психо-эмоционального состояния, что значительно повышает качество жизни. Таким образом, самостоятельное передвижение в экзоскелете для тяжелых инвалидов-колясочников стало настоящей «революцией» в расширении безбарьерной среды.

УДК 159.973

Григорьева А.А., Костылева А.С., Журавлев Д.В.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РЕТТА.

Центр медико-психологической коррекции и реабилитации «Нейроцентр», г. Москва.

Grigorieva A.A., Kostyleva A.S., Zhuravlev D.V.

SPECIFIC OF NEUROPSYCHOLOGICAL SUPPORT AND REHABILITATION OF CHILDREN WITH RETT SYNDROME.

Center for Medico-Psychological Correction and Rehabilitation "Neurocenter", Moscow.

Ключевые слова: Синдром Ретта, нейрокоррекция, реабилитация, психологическое сопровождение, параутистические проявления.

Keywords: Rett syndrome, neurocorrection, rehabilitation, psychological support, paraautistic manifestations.

Аннотация.

Статья посвящена анализу клинического случая с примером коррекционно-реабилитационной работы ребенка с синдромом Ретта. В качестве наиболее эффективных и активно используемых методов в процессе реабилитации рассматриваемого случая были использованы: нейропсихологическая коррекция, метод слуховой сенсорной терапии Томатис, метод мозжечковой стимуляции Баламетрикс, а также медикаментозная поддержка ноотропами с регулярными консультациями невролога. В статье приведены особенности нейропсихологического подхода реабилитации детей с синдромом Ретта.

Abstract.

The article is devoted to the analysis of a clinical case with an example of the corrective-rehabilitation work of a child with Rett syndrome. As the most effective and actively used methods in the process of rehabilitation were: neuropsychological correction, the method of auditory sensory therapy Tomatis, the method of cerebellar stimulation Balametrix, as well as medicines with nootropics with regular consultations of the neurologist. The article describes the features of the neuropsychological approach to the rehabilitation of children with Rett syndrome.

Актуальность

Синдром Ретта – психоневрологическое прогрессирующее наследственное, сцепленное с X-хромосомой генетическое заболевание, характеризующееся множественными нарушениями движения, дыхания, снижения умственных способностей. Синдром манифестирует в возрасте от 6 до 18 месяцев с остановки в развитии, только у девочек. Встречается с частотой 1:10000-15000 девочек. С учетом нарастающей выраженности или стагнации предметно-манипулятивных, парааутистических проявлений, речевых и локомоторно-статических дефектов стандартные методы реабилитации, используемые в обычной коррекции расстройств развития малоэффективны. Анализ научных работ как в отечественной так и в зарубежной литературе показал дефицит практических рекомендаций по эффективному сопровождению таких детей.

Цель: анализ клинического случая, процесса коррекционно-реабилитационной работы девочки (3,2 года) с синдромом Ретта.

Материалы и методы.

Проведено 50 коррекционных занятий по 3 раза в неделю. В реабилитационной работе использовались следующие методы: элементы нейрокоррекционной работы; метод мозжечковой стимуляции Баламетрикс, Метод Томатис (слуховая сенсорная терапия).

Состояния ребенка на момент первичного осмотра следующий:

При внешнем осмотре физическое состояние

Уменьшение размеров головы, размеров рук и ступней. Несгибаемость ножек в области коленей. Гипертонус верхних конечностей, отсутствие захвата и пронации. Стереотипные, «моющие» движения руками, смачивание их слюной и выпячивание языка, бруксизм, тяжелый с задержкой вдох, напряженный форсированный выдох, сложности при глотании жидкости. При ходьбе трудности удержания равновесия, неуверенная походка с постоянными спотыканиями, отсутствие поворачивания туловища.

Психический статус: утрата речевых навыков, отсутствие глазного слежения за объектом, ориентировочного поведения.

Социальное взаимодействие: фиксация на внутренних процессах организма, с полной потерей интереса к окружающему.

В настоящее время статус ребенка следующий:

Физическое состояние: сгибает ноги в области коленей, способна подниматься по ступенькам, подниматься со стула, перешагивать невысокое препятствие; уменьшился тонус верхних конечностей, улучшилось глотание, уменьшилась саливация. Удерживает равновесие при хождении, появились повороты туловища и при наклоне вперед самостоятельно себя выравнивает.

Психический статус: появилась ориентация на звук, стала фокусироваться на внешних объектах, выделять и проследить объекты, реагирует на собственное имя, стала проявлять интерес к игрушкам.

Социальное взаимодействие: появились элементы социальной коммуникации, звуки и взгляд обращены на другого человека.

Заключение

Несмотря на прогрессирующий характер заболевания, методы нейрокоррекционной работы в сочетании с медикаментозной поддержкой показывают свою эффективность. Применение комплекса методов сенсомоторной, сенсорной коррекции, методов оперантного научения, метода мозжечковой стимуляции, слуховой сенсорной терапии - существенно улучшают физическое состояние, психоэмоциональный статус, коммуникативные процессы ребенка с синдромом Ретта. Видимые улучшения при комплексном подходе отмечаются после первых 20 занятий. Важным аспектом в реабилитационной работе является комплаенс специалиста с мамой.

УДК 616.832-001-036.838:615.825.6

Ляховецкая В.В., Коновалова Н.Г., Деева И.В.

ФОРМИРОВАНИЕ ПОЗЫ СИДЯ И ПРОИЗВОЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ РУК У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ С ПОМОЩЬЮ ТРЕНАЖЕРА «ЭКЗАРТА»

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

Lyakhovetskaya V.V., Konovalova N.G., Deeva I.V.

RESUMING SITTING POSITION AND VOLUNTARY MOVEMENT OF THE HANDS IN PATIENTS WITH CERVICAL SPINE PATHOLOGIES USING REDCORD

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

Ключевые слова: формирование позы сидя, упражнений возрастающей сложности, спинной мозг, тренажер «Экзарта», биомеханическая цепь, неустойчивое равновесие.

Keywords: resuming sitting position, increasing complexity of the exercises, spinal cord, Redcord, biomechanical chain, unstable balance.

Аннотация. Проанализировали влияние занятий на тренажере «Экзарта». Обследовано 23 пациента с травмой позвоночника и спинного мозга на шейном уровне. Все они проходили стандартное восстановительное лечение и дополнительно получали занятия на тренажере «Экзарта» на формирование позы сидя и активных движений в суставах верхних конечностей. После проведенного лечения все пациенты чувствуют себя в положении сидя гораздо уверенней, научились сидеть в кресле-коляске без дополнительной опоры о спинку и подлокотники. Увеличились объемы активных и пассивных движений в суставах верхних конечностей. Пациенты научились манипулировать легкими и крупными предметами.

Abstract. Influence of the Redcord exercises was analyzed. Twenty-three patients with spine and spinal cord injuries on cervical level were examined. All patients were undergoing rehabilitative treatment and also had complementary Redcord exercises to resume sitting position and active movements in upper limbs joints. After that treatment, all patients felt much comfortable while sitting, they learnt how to seat in a wheelchair without supporting bearing on armrests and back of the chair. The volume of the active and passive movements of the upper limbs joints has increased. Patients learnt how to manipulate with light and large objects.

В задачи реабилитации пациентов с патологией позвоночника и спинного мозга на шейном уровне входит формирование позы сидя и движений верхними конечностями, что открывает этим пациентам возможности передвижения в кресле-коляске, трудовой и бытовой активности. Особенность данных пациентов в том, что пояс атрофии, неизбежный при спинальной травме, часто захватывает мышцы плечевого пояса.

Задача исследования: проанализировать влияние занятий на тренажере «Экзарта» на формирование позы сидя и активных движений в суставах верхних конечностей у пациентов с травмой позвоночника и спинного мозга на шейном уровне.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 23 пациента обоего пола в промежуточном и позднем периодах травматической болезни спинного мозга с поражением на шейном уровне. Все они поступили для восстановительного лечения в нейрохирургическое отделение ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в 2013–2016 годах.

Критерии включения: неврологический дефицит тип А по шкале ASIA/ISCSCI; уровень спастичности от 1 до 3 баллов по шкале Ашфорт; отсутствие противопоказаний к занятиям физической культурой; наличие информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии невключения: неврологический дефицит тип В, С или D, наличие противопоказаний к занятиям физической культурой, отсутствие информированного согласия на участие в исследовании.

Пациенты получали курс из 10 занятий на тренажере «Экзарта» продолжительностью 10–30 минут, массаж, медикаментозную терапию, занятия лечебной физкультурой, теплотечение, магнитотерапию и электротечение, исключая электростимуляцию мышц.

Обследование пациентов до и после курса лечения включало опрос, клиническую оценку неврологического статуса, измерение объема активных и пассивных движений в плечевых и локтевых суставах, экспертную оценку сформированности функции сидения, выполнения мануальных функций.

Занятия на тренажере предусматривали выполнение упражнений по возрастающей сложности в исходном положении сидя в кресле-коляске, руки согнуты в локтевых суставах, предплечья расположены в гамаке тренажера «Экзарта» одно поверх другого. Упражнения включали наклоны, повороты корпуса с одновременным движением верхних конечностей в условиях замкнутой биокинематической цепи и неустойчивого равновесия.

На протяжении всего занятия методист ЛФК страховал пациента.

Результаты. При первичном обследовании все пациенты предъявляли жалобы на неустойчивость позы сидя, ограничение активных и пассивных движений в суставах верхних конечностей, невозможность захвата, удержания предметов, перемещения предметов на длину руки, двуручного манипулирования.

Объем пассивного сгибания, отведения, разгибания в плечевых суставах резко ограничен, движения в плечелопаточных суставах отсутствовали из-за боли. Сгибание в локтевых суставах, супинация и пронация предплечья, разгибание в пястно-фаланговых, межфаланговых суставах ограничены. Активные движения в суставах верхних конечностей силой 1-2 балла.

Все пациенты сидели в кресле-коляске, опираясь на спинку и подлокотники, 2 человека нуждались в дополнительной фиксации туловища к спинке кресла для профилактики падения. Пациенты не могли самостоятельно крутить колеса кресла-коляски и передвигаться без посторонней помощи даже по ровной поверхности на небольшие расстояния.

После курса восстановительного лечения, включавшего занятия на тренажере «Экзарта», все обследованные сообщили, что они чувствуют себя в положении сидя гораздо уверенней, чем до курса лечения.

Объемы сгибания и отведения в плечевых суставах восстановились практически полностью, появились движения в плечелопаточных суставах, увеличился объем движений в локтевых, лучелоктевых, пястнофаланговых и межфаланговых суставах. Сила активных движений в суставах верхних конечностей выросла до 2 баллов, объем активных движений увеличился. Пациенты научились захватывать легкие крупные предметы (мяч, надувной шар), перемещать их в пределах, лимитируемых объемом активных движений в плечевых и локтевых суставах.

Все пациенты научились сидеть в кресле-коляске без дополнительной опоры о спинку и подлокотники, 7 человек могли совершать движения глазами, головой, повороты туловища без дополнительной опоры спиной или руками. Самостоятельно крутить колеса кресла-коляски и передвигаться по ровной поверхности на небольшие расстояния без посторонней помощи научились 5 пациентов.

Обсуждение. Организация движения парализованными частями тела в условиях отсутствия чувствительности и возможности произвольно управлять мышцами – непростая задача для пациента и методиста лечебной физкультуры. Для решения этой задачи использовали исходное положение сидя в кресле-коляске с фиксацией верхних конечностей в гамаке тренажера «Экзарта». Такая фиксация замыкает биомеханическую цепь, позволяет выполнять движения в суставах позвоночника, плечевых и лопаточно-плечевых суставах в полном объеме, движения в остальных суставах верхних конечностей – в небольшом объеме.

Замкнутая биомеханическая цепь дает возможность организовать движения во всех своих звеньях, используя минимальные сохранившиеся возможности, поскольку перемещение одного звена влечет изменение положения всех остальных.

Опора предплечьями частично поддерживает занимающегося, создавая условия неустойчивого равновесия, что способствует мобилизации возможностей организма для удержания позы и предотвращения падения.

Аналогичные результаты можно получить и при занятиях на фитболе, где действуют те же условия: замкнутая биокинематическая цепь и неустойчивое равновесие [1]. Однако занятия подобного рода требуют участия двух квалифицированных физически крепких помощников, в то время как работа на тренажере «Экзарта» предполагает участие одного квалифицированного методиста, не предъявляя повышенных требований к его физической подготовленности.

Таким образом, занятия на тренажере «Экзарта» способствуют формированию позы сидя и активных движений в суставах верхних конечностей у пациентов с травмой позвоночника и спинного мозга на шейном уровне. Особым достоинством занятий на тренажере «Экзарта» является сравнительная простота их проведения.

Список литературы

1. Коновалова, Н.Г. Формирование поструральных функций спинальных пациентов с использованием фитбола / Н.Г. Коновалова, И.В. Деева, В.В. Ляховецкая // Российский нейрохирургический журнал им. проф. А.Л. Поленова т. IV специальный выпуск «Поленовские чтения»: мат. XI Всеросс. н-пр. конф. 17-19 апреля 2012, СПб. – с. 31-33.

УДК 616.831:616.24-0023-08:615.8

Кунцевская И.В., Бобрик Ю.В., Кушнир Г.М.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия.

Kuncevskaiy I.V., Bobrik Yu.V., Kushnir G.M.

EVALUATION OF THE EFFICIENCY OF THE RESTORATION TREATMENT COMPLEX FOR PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE WITH ENCEPHALOPATHY ON THE SANATORIUM STAGE OF REHABILITATION

Medical Academy named after S.I. Georgievsky of Vernadsky CFU, Simferopol, Russia

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, энцефалопатия, реабилитация, физическая терапия.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, encephalopathy, rehabilitation, physical therapy

Аннотация. В статье представлено сравнительное исследование стандартного комплекса реабилитационных мероприятий у больных хронической обструктивной болезнью легких с энцефалопатией и разработанным способом восстановительного лечения на этапе санаторно-курортной реабилитации. Доказано более эффективное положительное влияние разработанной реабилитационной методики, как на субъективное состояние пациентов, так и на показатели церебральной гемодинамики.

Abstract. The article presents a comparative study of standard rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease with encephalopathy and author method of rehabilitation treatment at the stage of sanatorium rehabilitation. Proven positive impact rehabilitation technique developed as the subjective condition of the patients, and the rates of cerebral hemodynamics.

Цель данной работы - разработать способ восстановительного лечения пациентов хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) с энцефалопатией и оценка его эффективности на санаторно-курортном этапе реабилитации.

Материалы и методы. Нами было обследовано 141 пациент. Основная группа: была разделена на 3 подгруппы в зависимости от стадии ХОБЛ: 1-ая подгруппа - больные с 1-ой стадией ХОБЛ, 2-ая подгруппа - 2-ая стадия ХОБЛ, 3-я подгруппа - 3-я стадия ХОБЛ. Все подгруппы были разделены на три подгруппы (А, Б и В) в зависимости от назначаемого лечения: подгруппы А – больные получали стандартный комплекс санаторно-курортного лечения, подгруппа Б – к стандартному комплексу лечения был добавлен венотонический препарат диосмин, подгруппы В - пациентам был назначен разработанный нами комплекс восстановительного лечения (климатотерапия, лечебная физкультура, массаж грудной клетки и шейно-воротниковой зоны; аэрофитотерапия при помощи ароматерапевтического средства «Полиол» с проведением во время сеанса дифференцированной дыхательной гимнастики; электрофорез 2,4 % раствором эуфиллина по воротниковой методике, биорезонансная стимуляция на шейно-воротниковую область, венотонический препарат диосмин). Всем пациентам проводили неврологическое обследование. Состояние церебральной гемодинамики исследовали при помощи экстра- и интракраниальной доплерографии на приборе SA-8000 EX (MEDISON).

Результаты. При сравнительной оценке влияния лечения на жалобы больных и неврологический статус существенных различий выявлено не было. При сравнении оценки эффективности влияния на уровень тревожности проведенных комплексов лечения было выявлено, что у пациентов подгрупп В статистически значимо снижается уровень реактивной тревожности по всех стадиях ХОБЛ (1В подгруппа до лечения - 29,0±1,5 баллов, после лечения - 24,3±1,3 баллов; 2В подгруппа до лечения - 30,8±0,9 баллов, после лечения - 26,8±1,5 баллов; 3В подгруппа до лечения - 33,4±1,6 баллов, после - 28,4±2,0 баллов (p<0,05)). В то время как у пациентов других подгрупп снижение реактивной тревожности наблюдается только у больных 3-ей стадией ХОБЛ. Особо осязаемое различие выявляется при сравнении влияния проводимого лечения на церебральную гемодинамику. У исследуемых подгрупп выявлено статистически значимое улучшение артериального кровотока (повышение скорости кровотока по средней мозговой артерии, передней мозговой артерии, задней мозговой артерии, позвоночной артерии) на всех стадиях развития ХОБЛ, в то время как у больных подгрупп Б выявлено влияние лечения только на кровоток на средней мозговой артерии на 3-ей стадии ХОБЛ, у обследуемых подгрупп А статистически значимое изменение скоростных показателей артериального кровотока выявлено не было (скорость кровотока по средней мозговой артерии в 3А подгруппе до лечения – 92,2±1,7 см/с, после лечения – 93,4±2,1 см/с, в 3В подгруппе до лечения – 90,0±1,1 см/с, после лечения – 94,6±0,8 см/с (p<0,05)). При оценке динамики цереброваскулярной реактивности также было выявлено статистически значимое улучшение цереброваскулярного резерва только у больных в подгруппах В (в 3А подгруппе до лечения – 7,0±1,1%, после лечения – 9,4±0,9%, в 3В подгруппе до лечения – 7,0±0,3%,

после лечения – $10,0 \pm 0,5\%$ ($p < 0,05$). При оценке венозного оттока наблюдалось снижение кровотока по вене Розенталя (а следовательно улучшение венозного оттока) в подгруппах Б и В (в 3А подгруппе до лечения – $20,0 \pm 1,9$ см/с, после лечения – $18,6 \pm 0,3$ см/с, в 3В подгруппе до лечения – $20,5 \pm 0,8$ см/с, после лечения – $14,6 \pm 0,5$ см/с ($p < 0,05$)).

Заключение. Сравнительная оценка эффективности проведенного восстановительного лечения свидетельствует о преимуществе разработанной нами способа восстановительной терапии по сравнению со стандартным комплексом санаторно-курортной терапии больных ХОБЛ с церебральными нарушениями.

УДК 616.8-005+615.83 +616-053.9

Либова Е.В., Зуева О.Н., Дмитриева Е.К., Доник А.В.,
Кудрин В.И., Кисина Е.В., Михайлова О.Б., Иванова Т.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПИИ В СОСТАВЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», Санкт-Петербург

Libova E.V., Zueva O.N., Dmitrieva E.K., Donik A.V., Kudrin V.I., Kisina E.V., Michaylova O.B., Ivanova T.V.

THE EXPERIENCE OF USE OF PHYSIOTHERAPY AS A PART OF MULTIDISCIPLINARY APPROACH IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH ACUTE DISORDER OF CEREBRAL CIRCULATION

St. Petersburg state budgetary institution of health "Hospital for veterans of wars" Sant-Petersburg

Ключевые слова: острое нарушение мозгового кровообращения, физиотерапия, реабилитация, пожилой и старческий возраст

Keywords: acute disorder of cerebral circulation, physiotherapy, rehabilitation, elderly and old age.

Аннотация. У пациентов пожилого и старческого возраста с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) на всех этапах медицинской реабилитации в структуре мультидисциплинарного подхода важна последовательность и преемственность в применении физиотерапевтического лечения (ФТЛ).

Abstract. The sequence and continuity in the use of physiotherapeutic treatment are important in the structure of multidisciplinary approach for patients of elderly and old age who have acute disorder of cerebral circulation at all stages of medical rehabilitation.

Введение. Нами проводилась оценка результатов последовательности и преемственности ФТЛ в составе мультидисциплинарного подхода на начальных этапах реабилитации у пациентов геронтологического профиля с ОНМК.

Материалы и методы. В Госпитале для ветеранов войн представлены два начальных этапа реабилитации пациентов с ОНМК (1 этап – отделение реанимации и интенсивной терапии для пациентов с ОНМК (ОРИТ) и неврологические отделения для пациентов с ОНМК; 2 этап – отделение медицинской реабилитации (ОМР)), на каждом из которых помощь оказывается специалистами мультидисциплинарной бригады (МДБ).

С первых суток пребывания пациента в ОРИТ, наряду с комплексным консервативным лечением, врачами МДБ ставятся реабилитационные цели и последовательные задачи для каждого специалиста. Врач физиотерапевт входит в состав МДБ на всех этапах реабилитации. Он определяет тактику физиотерапевтического ведения больного с учетом стабилизации жизненно важных функций и тяжести общего состояния геронтологического пациента, характера инсульта (ишемический или геморрагический), риска осложнений, степени компенсации сочетанной патологии, наличия противопоказаний для отдельных видов ФТЛ, обусловленных возрастом и снижением компенсаторных возможностей организма. Для контроля эффективности и адекватности лечения используются шкалы Бартел, Ривермид, NIHSS.

Результаты. Исходя из наших наблюдений, в ОРИТ ФТЛ в острейший период ОНМК решает в основном симптоматические и профилактические задачи. Нами отмечено, что назначение не более двух низкоинтенсивных физических факторов с помощью портативной аппаратуры не оказывает значительной энергетической нагрузки на пациентов пожилого и старческого возраста. ФТЛ проводится с более мягкими параметрами и с меньшей длительностью процедур, но более продолжительным курсом.

При переводе пациентов в профильное отделение физиотерапевт расширяет индивидуальную программу ФТЛ, определяет реабилитационные задачи для текущего этапа и вводит патогенетические методы ФТЛ.

В раннем восстановительном периоде при переводе пациентов на ОМР мы продолжаем начатое лечение, принимая во внимание достигнутые на предыдущих этапах успехи, тем самым подготавливая пациентов к поликлиническому и санаторно-курортному этапам.

Заключение. По нашим данным, совместная постановка реабилитационных целей и задач специалистами

МДБ позволяет максимально точно определять тактику ведения пациента с учетом пожилого и старческого возраста и обусловленных этим особенностей течения инсульта. Четкая последовательность, преемственность и дозированность ФТЛ на всех этапах реабилитации позволяет своевременно скорректировать физиотерапевтическую помощь для достижения наилучшего результата в лечении больных геронтологического профиля.

УДК 616.832-001-08:615.7

Филатов Е.В., Овчинников О.Д.

ИНТРАТЕКАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДАЛАРГИНА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический Центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»
Минтруда России

Filatov E.V., Ovchinnikov O.D.

INTRATHECAL ADMINISTRATION OF DALARGIN IN TRAUMATIC SPINAL CORD INJURY

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

Ключевые слова: реабилитация, травма спинного мозга, спастичность.

Keywords: rehabilitation, spinal cord injury, spasticity.

Аннотация. В исследование включено 49 пациентов с травматической болезнью спинного мозга. Снижение спастического синдрома после интратекального введения даларгина в комплексе со стандартным курсом терапии улучшает двигательные возможности пациентов. У больных с низким уровнем спастичности улучшается удержание тела в положении сидя, что позволяет овладевать новыми двигательными навыками, высвобождает верхние конечности для самообслуживания и трудовой деятельности.

Abstract: the study includes 49 patients with traumatic spinal cord injury. Spasticity reduction after dalargin intrathecal administration along with a standard therapy course improves patients' motor abilities. Patients with reduced level of spasticity improve their ability to keep body in a sitting position, which allows them to acquire new locomotor skills and disengages upper limbs for self-care and work activity.

Введение. Спинальная травма вызывает стойкие соматические и вегетативные нейрогенные расстройства, что является причиной инвалидизации 80-95 % больных. Количество инвалидов после травм позвоночника и спинного мозга в последние годы возрастает, что связано с развитием производства, увеличением количества автомобилей и т.д. Даже при отсутствии произвольных движений в ногах пациента можно обучить не только передвижению в инвалидном кресле, но и самостоятельной ходьбе. Восстановление или компенсацию утраченных функций зачастую ограничивает не только снижение силы мышц, но и выраженный спастический синдром.

В настоящее время для коррекции спастического синдрома проводится оперативное лечение на позвоночнике и спинном мозге, лечение сопутствующих трофических, урологических и других нарушений, блокады триггерных узлов, проводятся занятия лечебной физкультурой (ЛФК), постизометрическая релаксация мышц, используются методы физиотерапии, ботулинотерапия, а также применяются противоспастические препараты.

В нашей клинике разработан метод лечения гипертрофированного спастического синдрома – субарахноидальное введение даларгина (патент на изобретение № 2362580).

Цель исследования: изучить изменение уровня спастичности мышц у пациентов с ТБСМ после курса субарахноидального введения даларгина.

Материалы и методы. Исследование проведено в отделении нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. В изучаемую группу вошло 49 пациентов обоего пола в позднем периоде травматической болезни спинного мозга. Включенные в исследование пациенты были разделены на 3 группы: первая – пациенты со спастичностью мышц 4-5 баллов (по шкале Ашфорт); вторая – пациенты со спастичностью мышц 3 балла; третья – пациенты со спастичностью мышц 1-2 балла. Пациентам всех 3 групп для коррекции спастического синдрома проводилось субарахноидальное введение даларгина. Помимо этого все пациенты проходили стандартный курс консервативного лечения, физиотерапию (исключалась только электростимуляция мышц) и ЛФК. До и после курса терапии проводилась стимуляционная электромиография (оценивался Н-рефлекс и М-ответ) и стабилметрия на программно-аппаратном комплексе клинического анализа движений «МБН-БИОМЕХАНИКА» (Москва, 1996) (исследование проводилось в положении пациента сидя по методике Н.Г. Коноваловой). Выполнение описательной статистики проводилось с использованием программы «Статистика 10.0».

Результаты. В первую группу вошло 13 человек; после курса терапии высокий мышечный тонус уменьшился у 9 пациентов на 1-2 балла, что составило 69,2 %. По данным ЭМГ Н-рефлекс и М-ответ после курса лечения увеличился у 2 пациентов (22 %). Длина статокинезиограммы (с открытыми и закрытыми глазами)

уменьшилась у 3 человек (33 %). Площадь уменьшилась у 2 человек при проведении обследования с открытыми глазами и у 4 – с закрытыми глазами (44 %). При этом у одного пациента вместе со снижением уровня спастичности увеличился двигательный балл.

Во второй группе было 26 пациентов. Спастичность мышц уменьшилась у 14 человек, что составило 53,8 %. По данным ЭМГ Н-рефлекс увеличился у 3 человек (из обследованных данным методом 4 пациентов), что составило 75 %, М-ответ увеличился у 1 пациента (25 %). Стабилометрия проведена только 2 пациентам данной группы. Длина статокинезиограммы (с открытыми и закрытыми глазами) уменьшилась у 1 человека. Площадь уменьшилась у 2 человек при проведении обследования с открытыми и закрытыми глазами.

В третью группу вошло 10 человек, после курса терапии спастичность не изменилась. Методом ЭМГ обследовано 4 пациента. Н-рефлекс после курса лечения увеличился у 3 пациентов (75 %), М-ответ увеличился у 1 человека (25 %). Стабилометрия проведена 4 пациентам. Длина статокинезиограммы (с открытыми и закрытыми глазами) уменьшилась у 3 человек (75 %). Площадь уменьшилась у 3 пациентов (75 %) при проведении обследования с открытыми и закрытыми глазами. При этом у одного пациента увеличился двигательный балл.

Проведенный статистический анализ имеющихся данных достоверных различий в исследуемых группах не выявил, что связано с малой выборкой пациентов ($p > 0,05$).

В ходе исследования выявлено, что после курса терапии многие пациенты отмечали улучшение «схемы тела», но в результате статистической обработки достоверных данных получено не было ($p > 0,2$).

При рассмотрении изменения уровня спастичности в зависимости от срока травмы выявлены следующие различия. После курса лечения даларгином пациентов со сроком после травмы от одного года до трех лет статистически достоверно уменьшается количество больных со спастическим синдромом 3 балла ($p < 0,05$). Среди пациентов, имеющих посттравматический анамнез более 3 лет, после курса терапии достоверно снижается количество пациентов в группе с интенсивностью спастического синдрома 4-5 баллов ($p < 0,05$). Со сроком после травмы до одного года достоверных различий в изменении количества больных в зависимости от выраженности спастического синдрома не выявлено.

Выводы. Снижение высокого спастического синдрома после курса субарахноидального введения даларгина в комплексе со стандартным курсом терапии улучшает двигательные возможности пациентов, снижает зависимость от посторонней помощи, облегчает уход посторонними лицами. У пациентов с низким уровнем спастичности улучшается удержание тела в положении сидя, что позволяет овладевать новыми двигательными навыками, высвобождает верхние конечности для самообслуживания и трудовой деятельности.

УДК 616.832-001-036.868

Филатов Е.В., Палаткин П.П., Баранников А.А., Урюпин В.Ю.

ФАКТОРЫ, ЛИМИТИРУЮЩИЕ РЕАБИЛИТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА

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

Filatov E.V., Palatkin P.P., Barannikov A.A., Uryupin V.Yu.

FACTORS LIMITING THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH TRAUMATIC SPINAL CORD INJURY

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

Ключевые слова: реабилитация, травма спинного мозга.

Keywords: rehabilitation, spinal cord injury.

Аннотация. В исследование включено 1434 пациента с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ). Пациентов с осложнениями течения ТБСМ было 54,9 %. Наиболее значимо ограничивают двигательную реабилитацию пролежневый процесс, урологические осложнения и сочетание осложнений течения ТБСМ. При наличии ортопедической патологии конечностей план реабилитации должен учитывать уровень компенсации локомоторных функций.

Abstract. The study includes 1434 patients with traumatic spinal cord injury (TSCI). Complications of TSCI progression were in 54.9% patients. Bed sores process, urological complications and combination of complications of TSCI progression are major factors limiting the motor rehabilitation. In case of orthopedic acropathology the rehabilitation plan should consider the level of compensation of locomotor functions.

Актуальность. Спинальная травма вызывает стойкие соматические и вегетативные нейрогенные расстройства, что является причиной инвалидизации 80-95 % больных. В большинстве своем лица, перенесшие травму позвоночника и спинного мозга, утрачивают способность к самостоятельному передвижению и контроль над функцией тазовых органов, становятся инвалидами первой группы.

Восстановление или компенсацию утраченных функций зачастую ограничивает не только снижение силы мышц, но и такие проявления, осложнения течения позвоночно-спинномозговой травмы как спастический и нейропатический болевой синдромы, пролежневые раны, уроинфекция, контрактуры суставов и гетеротопические оссификации, которые в свою очередь в большинстве случаев требуют специфического лечения.

Цель работы. Оценить влияние осложнений течения травматической болезни спинного мозга на возможность проведения двигательной реабилитации данной категории пациентов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 1434 историй болезни пациентов с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ), поступивших на реабилитационное лечение. Пациентов с осложнениями ТБСМ было 54,9 %: с пролежневыми ранами – 12,8%, с урологическими осложнениями – 16,9 %, с ортопедическими – 9,6 %, с сочетанием осложнений – 15,7 %. Нарушение функции движения является наиболее значимым инвалидизирующим фактором. В связи с этим восстановление позы и движения является одной из важнейших задач, определяющей цели реабилитационных мероприятий. Конечной целью и основным критерием успешности реабилитационных мероприятий является улучшение локомоции. Определяющим показателем в достижении данной цели является уровень компенсации утраченных статодинамических функций, который базируется на оценке двигательного и локомоторного баллов.

Анализ данных между наличием осложнений ТБСМ и изменением двигательного и локомоторного баллов осуществлялся методом корреляционного и логистического анализов. С помощью метода логистического анализа оценивали вероятность негативного исхода реабилитационного лечения.

Результаты. В исследовании выявлено, что существует взаимосвязь между изменением двигательного балла на фоне проводимого реабилитационного лечения у пациентов с наличием пролежневых ран, урологической патологии, а также при наличии сочетаний осложнений ТБСМ. При наличии ортопедических нарушений статистически значимых изменений не выявлено. Локомоторный балл статистически достоверно изменялся на фоне реабилитационного лечения у пациентов с наличием пролежневого процесса и сочетанием осложнений ТБСМ.

Снижение двигательного балла в 4,25 раза отмечено у пациентов с пролежневыми ранами. В 2,28 раза отмечено снижение двигательного балла у пациентов с урологическими осложнениями. При сочетании осложнений вероятность негативного результата двигательной реабилитации возрастала в 2,97 раза. Риск снижения локомоторного балла в 1,63 раза наблюдался в группе пациентов с пролежневыми ранами.

Заключение. Наиболее значимо ограничивают двигательную реабилитацию пролежневый процесс, урологические осложнения и сочетание осложнений течения ТБСМ. При наличии ортопедической патологии конечностей план реабилитации должен учитывать уровень компенсации локомоторных функций.

УДК:615.825

¹Толкачёв П.И., ²Хероудинов Б.И., ^{3,4}Суворов Н.Б., ³Сергеев Т.В., ¹Толкачёв Н. П.,
⁵Парамошко В.В.

СОЧЕТАННЫЕ МАНУАЛЬНЫЕ И АВТОМАТИЗИРОВАННЫЕ ПОСТУРАЛЬНЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ В ТЕРАПИИ ДЕФОРМИРУЮЩИХ ДОРСОПАТИЙ

¹ООО «АРС – Автоматизированные Реабилитационные Системы», Санкт-Петербург

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

³ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины», Санкт-Петербург

⁴СПбГЭТУ «ЛЭТИ», Санкт-Петербург

⁵ФГБУ СПб ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург

¹Tolkachev P.I., ²Herodinov B.I., ^{3,4}Suvorov N.B., ³Sergeev T.V., ¹Tolkachev N.P.

THE COMBINED MANUAL AND AUTOMATED POSTURAL EFFECTS IN THERAPY OF DEFORMING DORSOPATHIES

¹ООО «ARS - Automated Rehabilitation Systems», Saint-Petersburg, Russia

²North-western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg

³FSBSI «Institute of Experimental Medicine», St. Petersburg

⁴SPbETU «LETI», St. Petersburg

⁵Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: дорсопатии, тракция, постуральные и мануальные воздействия.

Keywords: dorsopathies, traction, and manual postural effects.

Аннотация. Рассмотрены методы вытяжения при деформирующих дорсопатиях, их влияние на патогенез, и известные механотерапевтические установки. Обосновано сочетанное применение динамических постуральных воздействий в виде многоэтапной динамической квазипериодической ориентации организма в трёхмерном пространстве для повышения эффективности тракционных методов. Описано соответствующее оборудование – компьютеризированный массажный стол с изменяемым положением ложа и специальными средствами дистальной

фиксации конечностей. Представлен пример использования мануально-постуральной процедуры для лечения пациента, страдающего деформирующей дорсопатией.

Abstract. Methods of traction with deforming dorsopathies, their influence on pathogenesis, and known mechanotherapeutic devices are considered. The combined application of dynamic postulates in the form of a multi-stage dynamic quasi-periodic orientation of the organism in three-dimensional space is justified for increasing the effectiveness of traction methods. Appropriate equipment – a computerized massage table with a variable position of the bed and special means of distal limb fixation is described. An example of using a manual-postural procedure for a patient with deforming dorsopathy is presented.

Введение

Распространёнными немедикаментозными методами профилактики, лечения и медицинской реабилитации пациентов, страдающих деформирующими дорсопатиями, является сочетанное применение методов вытяжения и массажа [1]. Эффективность методов вытяжения при деформирующих дорсопатиях определяется возможностью их влияния на патогенез. Примером такого влияния может служить устранение вертеброгенных и дискогенных болей за счёт уменьшения раздражения рецепторов мягких тканей позвоночника путём снижения внутридискового давления и уменьшения степени смещения диска за границы фиброзного кольца. Это приводит к уменьшению давления на переднее внутреннее венозное сплетение и заднюю продольную связку, а значит на нервно-сосудистые образования в спинно-мозговом канале. Важным результатом тракций должно являться восстановление нормальных соотношений морфологических структур деформированных позвоночных двигательных сегментов, в частности, устранения подвывихов дугоотростчатых суставов. Массаж при этом призван обеспечить анальгезирующий, миорелаксирующий эффект [1].

Известны механотерапевтические установки, например, выпускаемые фирмой «Ормед», используемые для проведения тракций. При этом перед процедурой вытяжения больного фиксируют на дистракционном столе при помощи корсетов и подставок для ног. Для уменьшения потерь силы тракции при преодолении силы трения тела больного о поверхность кушетки используется подвижная тазобедренная секция дистракционного стола. Тракции поясничного отдела позвоночника проводят с силой растяжения 5-25 кг. Отметим основные недостатки таких и подобных им систем, ограничивающие их функциональные возможности. Основными из них является неравномерность и пространственная линейность распределения воздействия, связанные со способами приложения растягивающих сил (корсеты, лямки и т.п.), что приводит к повышенной нагрузке на закрепляемые части тела. Также важным недостатком является сложность определения силы нагрузки, предназначенной для конкретного пациента, требующей учёта его конституциональных особенностей и состояния костно-связочного аппарата, а соответственно и её регулировки во время проведения тракционных процедур. Способы крепления пациента также ограничивают одновременное проведение массажных (мануальных, остеопатических) воздействий.

Материалы и методы

Эффективность тракционных методов может быть значительно повышена путём применения динамических постуральных воздействий (ПВ) в сочетании с проведением мануальных воздействий. Авторами предложено использовать ПВ в виде многоэтапной динамической квазипериодической ориентации организма в трёхмерном пространстве. При таких воздействиях пациент перемещается в различных направлениях в пространстве на специальном столе с дистальной фиксацией верхних и нижних конечностей. Особенность заключается в том, что мануальное воздействие проводится во время динамической ориентации организма при различных положениях пациента.

Особенность реакций организма на ПВ, в отличие от реакций на тракционные воздействия при горизонтальном расположении пациента, заключается в том, что при ПВ происходят значительные изменения не только со стороны суставного аппарата, но и со стороны гемодинамики [2]. Выраженность эффекта определяется динамическими параметрами ПВ с применением дополнительного мануального воздействия, в соответствии с возрастом и состоянием пациента.

Техническим обеспечением для проведения сочетанных мануально-постуральных процедур является компьютеризированный массажный стол с изменяемым положением ложа («Стол механургический») [3] и специальными средствами дистальной фиксации конечностей, изготавливаемый ОАО «ГОЗ Обуховский завод» (Санкт-Петербург).

На рис. 1,а представлен внешний вид «Стол механургического» в исходном горизонтальном положении, на рис. 2,б – в одном из возможных инфракраниальных. Стол механургический позволяет по программируемому протоколу определять порядок углов и скорости ориентации ложа, продолжительность процедуры. Специальные средства дистальной фиксации применяются для удержания верхних и нижних конечностей организма относительно ложа. Одновременно в определённой последовательности применяются мануальные приёмы. Сила и направленность приёмов определяется состоянием пациента, порядковым номером процедуры, морфологическими изменениями и функциональными реакциями организма по итогам предыдущих сеансов.

Таким образом, предлагается новый подход к проведению тракционных воздействий на основе сочетанных

мануально-постуральных процедур. Технические системы для постуральных воздействий, обеспечивающие растягивающий эффект, не имеют указанных выше недостатков прототипов и обладают рядом преимуществ. Во-первых, вытяжение происходит за счёт веса собственного тела пациента, к которому структуры костно-связочного аппарата пациента так или иначе адаптированы. Во-вторых, предлагаемая механургическая технология обеспечивает динамическое вытяжение связочного аппарата относительно любых осей и с различной силой, задаваемой скоростью и углами наклона ложа в трёх координатах. В-третьих, ничто не препятствует одновременному проведению мануально-массажных и постуральных воздействий.

Динамическая ориентация создаёт условия для возникновения отрицательной компрессии в межкостных сочленениях – суставах, а локальное приложение к ним мануальной силы способствует восстановлению нормальной позиции и подвижности костных структур в костной системе организма, а также в локальном усилении тракционного эффекта. Кроме того, проведение определенных приемов массажа может создавать дополнительный импульс усиливающий эффективность лечебного процесса. Так, приемами кожного поглаживания с разной глубиной и скоростью движений можно вызвать рефлекторную релаксацию организма пациента в целом, снижение мышечного тонуса гладкой и поперечнополосатой мускулатуры и спастики. Приемы разминания и колебания разной амплитуды и скорости создают стимулирующий эффект рецепторов, повышают нервную проводимость, увеличивают объём мышц и повышают мышечный тонус. Важно помнить, что дополнение постуральных воздействий массажем необходимо правильно и четко дозировать. Так, короткая процедура вызывает выраженный стимулирующий эффект в организме пациента, тогда как длительное воздействие комплексной процедуры ПВ и массажа приводит к расслаблению.

Результаты и их обсуждение

Пример одной из стадий мануально-постуральной процедуры, когда пациент К. находится в инфракраниальном положении, представлен на рис. 2; при этом может оказываться, и только постуральное воздействие (рис. 2,а), и мануально-постуральное воздействие (рис. 2,б). На рис. 2,в показаны направления прилагаемых сил от мануальных воздействий. Ложе пациента во время указанной стадии с небольшой скоростью перемещается к своему горизонтальному положению (время перемещения 3 мин.).

Анамнез пациента К. Боли в пояснице с июня 2014 г., вначале слабой интенсивности, затем с нарастанием до нестерпимых и продолжительных, по поводу которых 30 августа 2014 года он вызывал скорую помощь. Обезболивание полностью боль не купировало. С болями в течение некоторого времени продолжал работать, с 29.09.14 г. начал амбулаторное лечение: фармпрепараты, физиотерапевтические процедуры, 10 сеансов мануальной терапии. Боли с течением времени меняли интенсивность, но полностью не проходили. Препарат Найс боль не купировал, препарат Лирика полностью снимал боль, но последующие приёмы требовали увеличения дозы и пациент испугался возникновения нарастающей зависимости и перестал их принимать. Тактика длительно проводимого лечения ограничилась локальным воздействием – блокадами. Боль полностью не устранялась или уходила ненадолго, осанка оставалась искривлённой. За время лечения снизилась трудоспособность, качество жизни, появилась депрессия, ограничение жизненных интересов, мышечная сила снижалась, присоединилась хромота, сопровождаемая усилением боли, работа за компьютером выполнялась в полу лежачей позе. Явно выражены следующие нарушения: цервикальная, торакальная, люмбаляная, сакральная деформации позвоночного столба, относящиеся к деформирующим дорсопатиям, деформированы большинство сочленений костного скелета.

Для лечения пациента К. была применена механургическая репозиция костей в суставах системы костного скелета, включающая локальное лечение деформирующих дорсопатий (за счёт мануальных воздействий) и целостное лечение костного скелета (за счёт постуральных воздействий). Оно осуществлялось с помощью динамической ориентации организма, действия которой создают положительные и отрицательные величины динамической компрессии. Последовательным дозированным воздействием достигалась поэтапная адаптация организма к репозиции костных структур. Их перемена оказывала на организм тренирующее действие. Была осуществлена длительная реконструкция к нормальному анатомическому строению, которая одновременно сопровождалась физиологической реституцией функций внутренних систем организма. Процедура сопровождалась применением мануального воздействия на структуры организма пациента в определённой последовательности и в зависимости от положения тела человека. В ходе механургической реабилитации происходило снижение болевых ощущений, а длительность без болевых периодов увеличивалась. Всего было проведено 98 процедур с 29.04.15 по 07.11.16 г.

Мануальное воздействие, применяемое в различные моменты ориентации организма, т.е. в сочетании с ПВ усиливает положительный эффект воздействия на очаги патологии. Такое совместное действие сил способствует восстановлению нормальной позиции костей в суставных сочленениях. Организм приобретает стойкие изменения в строении костного скелета, закрепляются выработанные взаимосвязи между структурами систем организма, пациенты отмечают отсутствие болей разной локализации, уменьшение отёчности и тяжести, утомляемости, восстановление глубины сна и повышение активности в период бодрствования,

улучшение качества жизни. Дополнительно применяются упражнения лечебной физкультуры и пассивной кинезотерапии. Ложе при этом двигается по специальной программе, пациент получает пассивную активацию конечностей и позвоночного столба, затем произвольно выполняет упражнения. Последовательность выполнения пассивных движений или упражнений ЛФК синхронизирована со скоростью и углами динамической ориентации ложа так, чтобы начинающий пациент успел выполнить упражнение, а освоивший комплекс упражнений – ритмично его повторять. Таким образом, механургический метод позволяет оказывать целостное воздействие на организм приёмами динамической ориентации и мануации. Разнообразие положений организма относительно вектора силы гравитации позволяет применять локальное мануальное воздействие более эффективно, чем в статичном положении, например, горизонтальном, сидячем или ортостатическом.

Выводы

В системе профилактической физиотерапевтической помощи терапию с использованием сочетанных мануальных и автоматизированных постуральных воздействий уместно применять в ряду методов использования природных и преформированных лечебных факторов в комплексной терапии и реабилитации больных с деформирующими дорсопатиями, а также расширить показания к применению динамических тракций на основе ПВ.

Список литературы

- Мирютова Н.Ф. Эффективность применения нелинейных тракций позвоночника в комплексе с механическим массажем у больных с деформирующими дорсопатиями // Дальневосточный медицинский журнал. 2012. № 4. С. 41 – 44.
- Софронов Г.А., Суворов Н.Б., Толкачев П.И., Сергеев Т.В. Влияние постуральной коррекции гемодинамики на параметры сердечного ритма // Медицинский академический журнал. 2014. №3. С. 31-43.
- Толкачев П. И., Пантелеев А.В., Подвизников М.Л. Механургический стол для массажа и мануальной терапии. Патент РФ № 2391084 // Бюл. «Изобретения. Полезные модели». 2010. № 16.

УДК 616-006.4-053.2

¹Цейтлин Г.Я., ¹Кокорева М.Е., ¹Бородина И.Д., ¹Карелин А.Ф., ²Никитина Т.П., ²Ионова Т.И.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВНИЯМИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ

¹Национальный научно-практический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева МЗ РФ, Москва

²Международный центр исследования качества жизни, Санкт-Петербург

¹Tseitlin G.Ya. ¹Kokoreva M.E., ¹Borodina I.D., ¹Karelin A.F., ²Nikitina T.P., ²Ionova T.I. ¹The D.Rogachev

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF CANCER CHILDREN AND ADOLESCENTS AS A CRITERION OF REHABILITATION EFFECTIVENESS

¹ National Medical Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow, Russia

² Multinational Center for Quality of Life Research, Saint Petersburg, Russia

Аннотация. Целью реабилитации можно считать максимально возможное повышение качества жизни (КЖ) ребенка-инвалида. В этой связи, КЖ можно рассматривать как важный критерий эффективности реабилитации. В докладе анализируются результаты оценки КЖ детей в ремиссии после окончания лечения опухолей головного мозга (ОГМ, 87 детей) и острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ, 82 ребенка). По основным показателям КЖ детей с ОГМ значимо ниже, чем детей с ОЛЛ ($p < 0.05$). После курса реабилитации параметры КЖ детей с ОГМ стали значимо выше по сравнению с исходными значениями.

Ключевые слова: детская онкология, качество жизни, опухоли головного мозга, острый лимфобластный лейкоз.
Abstract. The goal of rehabilitation can be considered as possible improvement of quality of life (QOL) of the disabled child. So, QOL can be considered as an important criterion of the effectiveness of rehabilitation. The report analyses the results of the assessment of QOL in children in remission after treatment of brain tumors (BT, 87 children) and acute lymphoblastic leukemia (ALL, 82 children). The main indicators of QOL in children with BT was significantly lower than that of children with ALL ($p < 0.05$). After treatment, the parameters of QOL in children with BT have become significantly higher compared to baseline values.

Key words: pediatric oncology, quality of life, brain tumors, acute lymphoblastic leukemia.

Введение. По определению ВОЗ, «реабилитация – активный процесс, цель которого достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо ... реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, его социальная интеграция». Это означает, что цель реабилитации – максимально возможное повышение КЖ. В этой связи, КЖ можно рассматривать как важный критерий эффективности реабилитации.

Цели исследования – изучить КЖ детей с ОГМ и ОЛЛ в состоянии ремиссии; оценить эффективность программы реабилитации детей с ОГМ с применением вопросника PedsQL™ Inventory.

Пациенты и методы. Дети в возрасте 5–18 лет с диагнозом ОГМ ($n=87$) и ОЛЛ ($n=82$) в ремиссии. Проводилась оценка родителями КЖ этих детей; средний возраст родителей детей с ОГМ – $39,4 \pm 6,0$ года

(9 – отцы, 78 – матери), средний возраст родителей детей с ОЛЛ – 37,9±6,7 лет (4 – отцы, 78 – матери). Применялся общий вопросник оценки КЖ PedsQL™ Inventory. Оценка родителями КЖ детей проводилась по родительской форме этого же вопросника. Для оценки эффективности курса реабилитации КЖ определяли дважды – перед началом курса и после его окончания. Для статистической обработки применен ряд непараметрических методов.

Результаты. КЖ детей с ОГМ по всем показателям, кроме шкал эмоционального функционирования и «жизнь в школе» статистически значимо ниже, чем у детей с ОЛЛ: физическое функционирование (ФФ) – 54,2 и 70,8; социальное функционирование (СФ) – 68,4 и 79,2; суммарный балл психосоциального функционирования (СБПСФ) – 61,6 и 68,9; суммарный балл (СБ) вопросника – 59,4 и 69,3, соответственно ($p < 0,05$). По ответам родителей, была та же закономерность: ФФ – 44,5 и 60,5; СФ – 60,5 и 70,4; жизнь в школе – 50,9 против 57,2; СБПСФ – 55,3 и 67,2; СБ – 52,0 и 62,0 баллов, соответственно ($p < 0,05$).

Важно, что разница в КЖ детей с ОГМ и ОЛЛ зависела от сроков ремиссии. Так, при сроках ремиссии < 5 лет не было статистически достоверной разницы по суммарному баллу между обеими группами ($p > 0,05$). В то время как при сроках ремиссии ≥ 5 лет разница была существенной ($p < 0,05$). Оценка эффективности 32-дневного курса реабилитации у 36 детей с ОГМ показало, что параметры КЖ по всем шкалам, кроме шкалы «жизнь в школе», стали статистически значимо выше по сравнению с исходными значениями: ФФ – 51,5 и 58,6; эмоциональное функционирование – 60,4 и 70,7; СФ – 68,6 и 75,4; СБПСФ – 60,7 и 68,3; СБ вопросника – 58,0 и 64,6 ($p < 0,05$).

Заключение. Сравнительный анализ показал, что КЖ детей с ОГМ после окончания лечения ниже, чем у детей с ОЛЛ, как по ответам детей, так и по оценкам их родителей. Важно, что при длительных сроках ремиссии эта разница увеличивается, что ставит на повестку дня вопрос о необходимости более интенсивной и длительной реабилитации этого контингента. Показатели КЖ детей с ОГМ и ОЛЛ оказались ниже при оценке родителями, чем самими детьми. Это соответствует данным работ других авторов, посвященных изучению различий между оценками, полученными от детей и родителей, при исследовании КЖ детей с хроническими заболеваниями. Результаты, полученные в настоящем исследовании, указывают на высокую информативность метода оценки КЖ как критерия эффективности реабилитации у детей с онкологическими заболеваниями. Информация, полученная в данном исследовании, может быть применена в дальнейшем для разработки рекомендаций по психологическому и социальному сопровождению детей с онкологическими заболеваниями.

УДК: 616.12-008.331:616-08:615; 612.017.2:615.834

Шишко Е.Ю., Бобрик Ю.В., Колбасин П.Н., Кулик Н.М.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕЛАТОНИНСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АККЛИМАТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», г. Симферополь, Россия

Shishko E.Yu., Bobrik Yu.V., Kolbasin P.N., Kulik N.M.

POSSIBILITIES OF USING MELATONINS CONTAINING PREPARATIONS FOR IMPROVING THE EFFECTIVENESS OF ACCELERATION OF PATIENTS WITH HYPERTENSION DISEASE AT THE SANATORIUM-STAGE OF REHABILITATION.

Medical Academy named after S.I. Georgievsky of V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Russia

Ключевые слова: гипертонической болезни, мелатонин, реабилитации

Key words: hypertensive disease, melatonin, rehabilitation

Аннотация. В исследовании было выявлено, что назначение мелатонина и агомелатина больным гипертонической болезнью (ГБ) 1-2 стадии приводит к нормализации циркадианных ритмов и способствует повышению эффективности восстановительного лечения, а также сокращению периода адаптации на санаторно-курортном этапе реабилитации.

Abstract. The study found that the appointment of melatonin and agomelatine in patients with hypertensive disease of stage 1-2 leads to normalization of circadian rhythms and promotes an increase in the effectiveness of restorative treatment, as well as a reduction in the period of adaptation at the sanatorium-rehabilitation stage.

Введение. На санаторно-курортной реабилитации больных всегда следует учитывать такой важный аспект как длительность адаптации. Многочисленные исследования свидетельствуют, что утрата (снижение) циркадианного ритма мелатонин образующей функции эпифиза приводит к снижению адаптивных возможностей организма – дезадаптации. Дезадаптация определяется, в частности, нарушением биоритмов (десинхроноз),

в связи со сменой климата, часового пояса, особенностями патологического процесса и психологического статуса. Также может возникнуть у больных, находящихся в привычных жизненных условиях, что сказывается на течении заболевания и его лечении, так и на санаторном этапе реабилитации, влияя на длительность и адекватность адаптации. Адаптация при курортной терапии может длиться от 3 до 10 дней, уменьшая при этом эффективность реабилитации.

Целью исследования явилась оптимизация периода адаптации больных гипертонической болезнью с использованием мелатонин содержащих препаратов на санаторно-курортном этапе реабилитации.

Материалы и методы. В реабилитационном отделении санатория «Украина» Крым, было произведено обследование 92 больных гипертонической болезнью (ГБ) 1-2 стадии. В контрольную группу вошли 15 здоровых лиц. В процессе реабилитации осуществлялось суточное мониторирование артериального давления (АД), холтеровское мониторирование ЭКГ с расчётом циркадианного индекса, а также определялся исходный уровень мелатонина в суточной моче. Уровень мелатонина в моче определяли иммуноферментным методом перед началом коррекции адаптогена гормона эпифиза – мелатонина (80 больных). А у 12 больных коррекция дисинхроноза осуществлялась агонистом мелатонинергических рецепторов МТ1 и МТ2 – рецепторов и антагониста 5HT2с-рецепторов агомелатонина (мелитора). Повторно уровень мелатонина определяли после курса лечения. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программы Статистика 5.0, по основным показателям вариационной статистики включая определение Т-критерия Стьюдента.

Результаты. Результаты проведённых исследований свидетельствуют о том, что нарушения адаптивных реакций (десинхроноз) может происходить как при смене климатических факторов, часовых поясов так и при развитии заболевания в условиях привычной жизнедеятельности. При определении уровня мелатонина в моче у больных ГБ было выявлено его снижение в 2,3 раза по сравнению с контрольной группой. Включение в лечебный комплекс основного регулятора биоритмов гормона эпифиза мелатонина позволило снизить или ликвидировать проявление десинхроноза. О чём свидетельствовала нормализация суточной динамики АД с формированием кривых типа «dipreg» у 42 больных и уменьшению амплитуды колебания АД у 19 больных (суточный индекс 17 и 11 % соответственно). 14 больных с сохранённым десинхронозом нуждались в продлении приёма мелатонина или перехода на приём агомелатина.

Заключение. Таким образом, назначение мелатонина и агомелатина больным ГБ 1-2 стадии приводит к нормализации циркадианных ритмов и способствует повышению эффективности лечения, а также сокращению периода адаптации на санаторно-курортном этапе реабилитации.

УДК 616.7:615.825.6

Щербицкая О.В., Познякова Е.А., Смирнова Е.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП И ДРУГИМИ НАРУШЕНИЯМИ ДВИЖЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Государственное бюджетное учреждение Самарской области «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», Самара

Shcherbitskaya O.V., Pozniakova E.A., Smirnova E.A.

MODERN ABILITIES OF PHYSICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY AND OTHER MOVEMENT DISORDERS IN A REHABILITATION CENTER

State budgetary institution of Samara region "Regional rehabilitation center for children and adolescents with disabilities", Samara.

Ключевые слова: дети, ДЦП, физическая терапия, двигательная реабилитация

Keywords: children, cerebral palsy, physical therapy, motor rehabilitation

Аннотация.

В статье представлен комплексный подход к физической реабилитации 32 детей с двигательными нарушениями, включающий сочетание мышечно-фасциальных техник, методов динамической проприоцептивной коррекции и лечебной гимнастики, с последующим кинезиотейпированием и дистанционным сопровождением ребенка в домашних условиях. В результате применения данного метода у всех детей отмечено повышение эффективности двигательной реабилитации: увеличение амплитуды, объема движений и мышечной силы, снижение мышечного тонуса, улучшение равновесия, координации движений и формирование нового двигательного стереотипа. Данную краткую перспективную программу можно использовать при лечении заболеваний нервной системы (в том числе ДЦП) и опорно-двигательного аппарата в условиях реабилитационных центров.

Abstract.

The article presents a comprehensive approach to physical rehabilitation of 32 children with motor impairments, comprising the combination of muscle-fascial techniques, methods of dynamic proprioceptive correction and therapeutic exercises, subsequent kinesiotope and remote maintenance of the child at home. As a result of applying this method at all the children observed the efficiency of motor rehabilitation: the increase in amplitude of range of motion and muscle strength, decreased muscle tone, improving balance, coordination and the formation of a new motional stereotype. This brief perspective program

can be used in the treatment of diseases of the nervous system (including cerebral palsy) and musculoskeletal conditions in rehabilitation centres.

Введение. Ведущую роль в развитии движений у детей с ДЦП играет физическая терапия. В фокусе физической терапии находится движение, причем максимально активное, которое инициирует сам пациент [1]. Под влиянием движения в мышцах, сухожилиях, суставах возникают нервные импульсы, направляющиеся в ЦНС и стимулирующие развитие двигательных зон мозга, что является мощным стимулом к развитию и совершенствованию двигательных функций и навыков ребенка. Особое внимание в физической реабилитации уделяется тем двигательным навыкам, которые более всего необходимы в жизни, обеспечивающим ребенку ходьбу, предметно-практическую деятельность, самообслуживание. В любом нашем движении неразрывно переплетены физические, социальные и психологические факторы [2]. Специалист по физической реабилитации использует нейроразвивающие подходы к занятиям лечебной физкультурой, основой которых является механическая сила и движение. Результатом его работы являются максимально активные и правильные движения, которые планирует, инициирует и выполняет уже сам пациент в рамках своего двигательного потенциала. Работа начинается с оценки состояния всех структур и функций организма, которые могут влиять на его движения, мобильность и иные функциональные возможности и предусматривает постановку четких и понятных для родителей ребенка целей вмешательства [1].

Все подходы специалиста по физической реабилитации направлены на поддержание активности ребенка в повседневной жизни, так как именно трудности в повседневной жизни являются основными проблемами родителей, а ограничения активности в повседневной жизни делают ребенка «инвалидом» в современном понимании этого слова [3].

Таким образом, эффективность реализации индивидуальной программы реабилитации обусловлена комплексным подходом к занятиям лечебной физкультурой с применением современных мышечно-фасциальных методик, техник мануальной терапии, методов проприоцептивной коррекции и наличием дистанционных возможностей обучения родителей работе с ребенком в домашних условиях. Максимально возможное восстановление способности ребенка к независимой жизни (самообслуживанию, продуктивной деятельности, отдыху), независимо от того, какие у него есть нарушения, ограничения жизнедеятельности или ограничения участия в жизни общества – конечная цель комплексной реабилитации ребенка в условиях реабилитационного центра.

Цель комплексного метода – коррекция двигательных нарушений и повышение эффективности физической реабилитации пациентов с детским церебральным параличом и другими нарушениями движения.

Задачи: уменьшение интенсивности патологических тонических рефлексов, коррекция патологических мышечных синергий и замена их по мере возможности физиологическими; устранение патологических контрактур и установок туловища, улучшение владения правильной схемой положения тела в момент стояния и при ходьбе; увеличение амплитуды, мышечной силы и объема движений в пораженной конечности; снижение спастичности; становление статики, локомоции, равновесия и координации движений, выработка нового двигательного стереотипа, максимально приближенного к физиологическому.

Материал и методы:

Для реабилитации больных с двигательными нарушениями широко использовались методы динамической проприоцептивной коррекции, мышечно-фасциальные методики в сочетании с лечебной гимнастикой, последующим кинезиотейпированием и продолжением реабилитации в условиях «Дистанционной реабилитации».

Для занятий лечебной физкультурой было взято 32 ребенка в возрасте от 4 до 7 лет, имеющих заболевания нервной системы, сопровождающиеся двигательными нарушениями, заболевания опорно-двигательного аппарата (ДЦП, последствия перинатальной патологии ЦНС, травм головы, перенесенных нейроинфекций, периферические и центральные парезы различной этиологии, сколиозы и т.д.). Занятия проходили ежедневно в течение часа, продолжительность курса тренировок составляла 20 дней. Каждый ребенок получил по 2 курса комплексной реабилитации с перерывом в 3 месяца. В процессе занятия специалистом по физической реабилитации использовались мышечно-фасциальные методики и техники мануальной терапии в течение 20-30 минут, после чего занятие лечебной гимнастикой продолжалось по общим принципам (вводная, основная и заключительная часть). Из 32 детей – у 8 (25%) была применена методика PNF, у 5 (12,5%) – Войта-терапия, у 10 (31%) детей – мануальная терапия. Рефлекторно-нагрузочные костюмы «Гравитон» и «Адели» использовались в комплексных занятиях у 9 детей (28%), продолжительностью от 10 до 40 минут. Последующие занятия в зале ЛФК проводились с использованием тренажеров, мягких модулей, мячей, соответствующего спортивного оборудования и были направлены на формирование правильной схемы тела, сохранение и тренировку равновесия, контроль и обучение ребенка правильным синхронным движениям и новым двигательным навыкам. В дальнейшем, для закрепления результатов, у всех детей использовалось кинезиотейпирование курсами с наложением тейпов на проблемные зоны спины (при нарушениях осанки) и

конечностей (при ортопедической патологии, центральных и периферических парезах). 6 детей (19%) после проведенного комплекса занятий были переведены на дистанционный этап реабилитации.

Оценка двигательных функций пациентов в начале и по окончании курса тренировок проводилась в соответствии с результатами базовых методов обследования состояния опорно-двигательного аппарата по общепринятым мировым стандартам шкалам клинической оценки функциональных возможностей ребенка с ДЦП и другими двигательными нарушениями [4].

Используемые методики в комплексе физической реабилитации: Войта-терапия - одна из современных и высокоэффективных методик физической реабилитации, позволяющая организму использовать собственные ресурсы для выздоровления благодаря активации мозгом «врожденных образцов движения» с последующим развитием их в полноценные двигательные реакции [5]. Таким образом, переходя от простого движения к сложному, моторные навыки больного ребенка доводятся до моторных возможностей здоровых детей его возраста. Войта-терапия активно применяется при ДЦП, мышечной кривошее, координационных нарушениях, врожденных миопатиях, контрактурах и деформациях конечностей.

Методика PNF (проприоцептивной нейромышечной фасилитации) – одна из современных и высокоэффективных методик в физической реабилитации, позволяющая организму использовать собственные ресурсы для выздоровления, благодаря улучшению функционального состояния двигательных центров и усилению сигнала со стороны проприорецепторов мышц, суставов и связок. Благодаря стимуляции проприорецепторов происходит формирование и закрепление движения на более высоких уровнях ЦНС, а значит, появляются новые, правильные статические и динамические стереотипы, увеличивается двигательная активность.

Мануальная терапия в педиатрии – авторская комплексная мышечно-фасциальная методика Алины Войчеховской, содержащая методы системной техники воздействия на мягкие костные ткани ребенка безболезненным и безопасным способом. Методика основана на концепциях ведущих разработчиков техник мануальной терапии Левит, Маллиган, Кабат, Войта и актуальна для работы с детьми, имеющими нервно-мышечные заболевания, ДЦП, несовершенный остеогенез, болевой синдром вследствие заболевания костей после травм и операций. Занятия лечебной физкультурой с использованием рефлекторно-нагрузочных костюмов «Адели», «Гравитон», которые являются одновременно мягким ортопедическим аппаратом и нагрузочным тренажером, помогают гасить патологические рефлексы и дают дозированную нагрузку на мышцы, усиливая влияние гимнастических упражнений. Выполняемые в течение лечебного курса в определенной последовательности упражнения, благодаря созданию мощной нагрузки на мускулатуру больного, способствуют усилению и относительной нормализации афферентного притока с мышечно-суставного аппарата. Это, в свою очередь, приводит к активации центральных структур мозга, ответственных за контроль над моторными актами и создает предпосылки для стимуляции отстающих в развитии функциональных систем [6]. Кинезиотейпирование - это совокупность навыков и приемов для выполнения аппликаций на кожных покровах специально разработанным эластичным пластырем (кинезиотейпом), который способен оказывать влияние на различные моторные стереотипы посредством воздействия на ткани тела и их рецепторный аппарат, оптимизировать течение локального воспалительного процесса, снижать внутритканевое давление, улучшать уровень тканевой микроциркуляции. Методика позволяет организму использовать собственные ресурсы для выздоровления благодаря поддержке, стабилизации мышц, суставов и связок, а также динамическому, противовоспалительному и лимфодренажному эффекту. В педиатрии кинезиотейпирование используется при нарушениях осанки, невритах, нарушениях функции речи, деформациях конечностей, гемипарезах, контрактурах и ДЦП.

Дистанционная реабилитация дает возможность проводить социально-медицинскую реабилитацию в домашних условиях, обеспечивая постоянную связь пациентов и их семей со специалистами, контролирующими и направляющими реабилитационный процесс. Дистанционно специалистом по физической реабилитации проводится контроль техники выполнения лечебных упражнений. Данная форма реабилитации осуществляется с применением монитора в зале ЛФК и программы Skype.

Результаты:

В результате применения комплексного подхода у детей отмечено повышение эффективности двигательной реабилитации: увеличение мышечной силы и произвольной моторики пораженной конечности, снижение спастичности, увеличение амплитуды и объема движений, нормализация мышечного тонуса, улучшение равновесия и координации движений, формирование правильной осанки и выработка нового двигательного стереотипа. Оценка эффективности производилась после клинического осмотра и функционального тестирования ребенка с применением стандартным международных шкал в следующей последовательности: от глобальной оценки характера двигательных нарушений и уровня общего моторного развития к тестированию отдельных двигательных функций и решению специфических проблем конкретного пациента [4].

У 27 детей (84%) отмечалось улучшение равновесия, координации движений и владения правильной схемой положения тела в момент стояния и при ходьбе, улучшение осанки; у 24 (75%) – увеличилась ам-

плитуда и объем движений в пораженной конечности, появилась синхронность движений; в 25% случаев (8 пациентов) – появились новые двигательные навыки и сформировался правильный двигательный стереотип, в 12,5% случаев (4 ребенка) – отмечено уменьшение спастичности и частичная коррекция патологических мышечных синергий с заменой их физиологическими. У всех детей (32 – 100%) в различной степени зарегистрировано увеличение мышечной силы и нормализация мышечного тонуса.

Заключение

На основании вышеизложенного можно сделать вывод об эффективности проведенных реабилитационных мероприятий, выполнении поставленных целей и задач, а также о необходимости комплексного подхода к организации процесса формирования и коррекции двигательных умений и навыков. Все описанные средства физической реабилитации дают положительные результаты и хорошо сочетаются друг с другом. Данную краткую перспективную программу физической реабилитации можно использовать при лечении заболеваний нервной системы (в том числе ДЦП) и опорно-двигательного аппарата в условиях реабилитационных центров.

Таким образом, комплексный подход к физической реабилитации детей с двигательными нарушениями, последовательность, непрерывность и сочетание эффективных мышечно-фасциальных методик с занятиями лечебной физкультурой, позволит повысить эффективность реабилитации, улучшить качество жизни семей, имеющих детей с инвалидизирующей патологией, и интегрировать их в образовательные учреждения.

Данный проект имеет большую практическую значимость и может найти применение в самых разных сферах медицинской деятельности. Он может использоваться как в лечении детей, страдающих детским церебральным параличом, пациентов с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата, включая последствия повреждения позвоночника, так и в реабилитации детей-инвалидов, имеющих тяжелую сочетанную инвалидизирующую патологию, последствия инсульта, тяжелых черепно-мозговых травм, выраженные контрактуры и мышечную атрофию.

Список литературы:

1. Клочкова Е.В. Введение в физическую терапию. М.: Тервинф, 2014. С. 22.
2. Cott C., Finch E., Gasner D. The Movement Continuum Theory of Physical Therapy // Physiotherapy Canada. 1995. Vol.47, No.2.P.87-95.
3. Финни Н.Р. Ребенок с церебральным параличом: Помощь, уход, развитие; Книга для родителей /Пер. с англ. Ю.В. Липес, А.В. Снеговский, - М.; Тервинф, 2001.
4. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С. и др. Комплексная оценка двигательных функций у пациентов с детским церебральным параличом: учебно-методическое пособие. Федеральное гос.бюджетное науч. учреждение Науч.центр здоровья детей. - М.: ПедиатрЪ, 2014. – 21 с.
5. Вацлав Войта, Аннегрет Петерс. Принцип Войты. 3 издание. Игра мышц при рефлекторном поступательном движении и в двигательном онтогенезе. Перевод с немецкого, Изд-во: ГК "Мадин", 2014. – 178 с.
6. Семенова К.А. Патогенетическая восстановительная терапия больных детским церебральным параличом.- К.: Здоров'я, 1986 – 168 с.

УДК: 616.12-005.4-089.163:615.825

Аргунова Ю.А., Помешкина С.А., Барбараш О.Л.

ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ – ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», г.Кемерово

Argunova Yulia A., Pomeshkina Svetlana A., Barbarash Olga L.

EXERCISE TRAININGS AS A FACTOR OF IMPROVING THE ADHERENCE TO THERAPY OF PATIENTS AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING

Federal State Budgetary Scientific Institution "Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases", Kemerovo, Russia

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование, приверженность к лечению, кардиореабилитация, физические тренировки, велотренировки.

Keywords: coronary artery disease, coronary artery bypass grafting, adherence to treatment, cardio rehabilitation, physical training, cycle training.

Аннотация Успешные результаты коронарного шунтирования (КШ) зависят не только от качества проведенного хирургического вмешательства, но и от того, насколько полноценно пациентами выполняются рекомендации по медикаментозной терапии и модификации образа жизни [1, 2].

Одним из методов повышения приверженности пациентов к терапии могут рассматриваться физические тренировки [3, 4].

В работе проведен анализ влияния различных видов реабилитации на приверженность к медикаментозной

и немедикаментозной терапии пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшихся КШ в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Abstract Successful results of coronary artery bypass grafting (CABG) depend on the efficiency of surgical repair as well as on the level of patients' adherence to medical therapy and recommendations involving lifestyle changes.

Exercise trainings are regarded as one of the promising methods to improve patients' adherence to recommended therapy.

The current study was aimed at assessing the effects of various types of rehabilitation programs on adherence to medical and non-medical therapy in patients with coronary artery disease (CAD) who underwent on-pump CABG.

Цель: оценить влияние различных видов реабилитации на приверженность к медикаментозной и немедикаментозной терапии пациентов с ИБС, подвергшихся КШ в условиях ИК.

Материал и методы: в исследование включено 113 пациентов мужского пола 45-70 лет со стабильной ИБС, планируемых для проведения КШ в условиях ИК, подписавших информированное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения были: сочетание ИБС и клапанных пороков сердца, тяжелые нарушения ритма и проводимости, реконструктивные операции на периферических артериях в анамнезе, состояния, препятствующие проведению физических тренировок в послеоперационном периоде.

Пациенты были рандомизированы на группы в зависимости от вида реабилитации. Пациентам первой группы (n=38, средний возраст 56,6±5,5 лет) на втором этапе стационарной реабилитации был проведен трехнедельный курс велотренировок на базе загородного стационарного отделения, пациенты второй группы (n=22, 55,2±4,6 лет) прошли второй этап стационарной реабилитации без использования велотренировок, пациенты третьей группы (n=53, 57,2±6,2 лет) были направлены на амбулаторный этап реабилитации. Велотренировки начинались с 14-х суток послеоперационного периода, проводились 5-6 раз в неделю в течение трех недель. Тренирующая нагрузка основного периода составляла 50% от индивидуальной пороговой мощности, определенной при велоэргометрии до начала тренировок. Тренирующий эффект основного периода достигался увеличением экспозиции нагрузки, доводимой до 30 минут. Максимальный прирост ЧСС составлял не более 75% от порогового значения.

Параметры приверженности оценивались до операции, через 6 месяцев и 1 год после операции.

Результаты: пациенты не различались по исходным клинико-anamnestическим характеристикам и основным интраоперационным параметрам. Однако через 6 месяцев и 1 год после КШ пациенты 1-й группы демонстрировали лучшую динамику достижения компенсации артериальной гипертензии (АГ). В 1-й группе процент больных, достигших целевого артериального давления (АД), по сравнению с таковым до операции увеличился на 46% (p=0,001), во 2-й группе – на 45,7% (p=0,02), в 3-й группе – на 40,6% (p=0,002). При этом эта динамика была более значима в 1-й группе (p=0,001).

Анализ динамики показателей липидного обмена выявил значимое снижение уровня общего холестерина (ОХС) в течение года после КШ у всех пациентов по сравнению с дооперационным (1-я группа – p=0,001; 2-я группа – p=0,01; 3-я группа – p=0,03). При этом значимое снижение концентрации холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) в динамике наблюдалось только в 1-й группе пациентов (p=0,001). Динамика достижения целевых значений ХС ЛПНП также оказалась более значимой в 1-й группе (1-я группа – p<0,0001; 2-я группа – p=0,03; 3-я группа – p=0,01). В 1-й группе к 6 месяцам после операции значимо вырос процент пациентов, принимавших 4-компонентную терапию ИБС, по сравнению с таковым до операции (p=0,003), в то время как во 2-й и 3-й группах эта динамика была на уровне тенденции (p=0,06; p=0,05, соответственно). К году послеоперационного периода процент пациентов, получавших необходимую терапию в 1-й группе значимо увеличился по сравнению с исходным (p=0,04), в то время как в других группах динамика была статистически незначимой (p>0,05).

Заключение: включение велотренировок в программу второго этапа стационарной реабилитации положительно сказывается на показателях приверженности пациентов после КШ к медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Список литературы:

- Погосова, Г. В. Приверженность к лечению артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца – ключевой элемент снижения сердечно-сосудистой смертности / Г. В. Погосова, Ю. С. Белова, А. Н. Рославцева // Кардиоваскуляр. терапия и профилактика. – 2007. – Т. 6, № 1. – С. 99-104.
- Приверженность медикаментозной терапии и следование национальным рекомендациям по ведению пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда. Итоги 5-летнего проспективного наблюдения / А. А. Гарганеева, К. Н. Борель, С. А. Округин и др. // Комплекс. проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2014. – № 3. – С. 31.
- Влияние физических нагрузок на качество жизни пациентов с артериальной гипертензией / Р. Н. Кильдебекова, А. В. Дмитриев, А. Л. Федотов и др. // Мед. вестн. Башкортостана. – 2014. – Т. 9, № 6. – С. 27-31.
- Филиппова, Ю. М. Пути повышения комплаентности, качества жизни и психологического статуса больных артериальной гипертензией на терапевтическом участке // Ю. М. Филиппова, Г. А. Никитин, К. А. Якунин // Вестн. Смолен. гос. мед. акад. – 2015. – Т. 14, № 3. – С. 53.

УДК 616.831-009.11-031.4

Ковальчук В.В.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПРИНЦИП РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА. КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ФАКТОРЫ УСПЕХА: РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

СПб ГБУЗ «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко», Санкт-Петербург

Kovalchuk V.V.

THE PRINCIPLE OF MULTIDISCIPLINARY REHABILITATION IN STROKE PATIENTS. CRITERIA OF EFFICACY AND SUCCESS FACTORS: THE ROLE OF PHYSICAL AND NEUROPSYCHOLOGICAL THERAPY

Hospital No.38 named by N. I. Semashko, St.-Petersburg

Аннотация. В данной статье раскрываются особенности организации реабилитации пациентов после инсульта, а также принципы деятельности мультидисциплинарной бригады. Обсуждаются вопросы ведения данной категории пациентов и выделяются бригадные цели реабилитации.

Ключевые слова: реабилитация, инсульт, мультидисциплинарная бригада.

Abstract. This article is devoted to the peculiarities of organization of rehabilitation in stroke patients and the principles of activity of multidisciplinary team. The features of management of stroke patients and the goals of rehabilitation are discussed.

Key words: rehabilitation, stroke, multidisciplinary team.

Целью реабилитации является возвращение пациента к активной социально-бытовой деятельности, создание оптимальных условий для его активного участия в жизни общества и в конечном итоге, улучшение качества жизни как самого больного, так и его родственников. Отсутствие своевременного восстановительного лечения ведет к возникновению необратимых анатомических и функциональных изменений и нарушению психоэмоционального статуса человека.

Наиболее очевидными последствиями инсульта являются физические, однако в некоторых случаях не менее важными становятся психологические, когнитивные, социальные и финансовые проблемы. Поэтому лечение, целью которого является уменьшение до минимума патологического воздействия инсульта на пациента и его жизнь, должно быть направлено на все перечисленные проблемы.

Для достижения значительного эффекта реабилитационных мероприятий необходимо соблюдение мультидисциплинарного принципа ведения пациентов, для реализации которого необходимо наличие в отделениях острого инсульта, стационарной, амбулаторной и домашней реабилитации мультидисциплинарных бригад (МДБ).

МДБ объединяет различных специалистов, участвующих в ведении и проведении восстановительного лечения пациентов. Данные специалисты функционируют не по отдельности, а как единая команда с четкой согласованностью и координированностью действий, обеспечивая тем самым проблемный и целенаправленный подход к проведению реабилитации постинсультных пациентов.

Преимущества ведения пациента с помощью МДБ [1]:

более активное участие каждого специалиста-члена МДБ;

возможность всех членов МДБ участвовать в осуществлении планирования и проведения реабилитации;

большая профессиональная заинтересованность в деятельности медицинских сестер;

оптимальные условия для повышения профессиональной подготовки специалистов-членов МДБ;

экономия рабочего времени;

нормализация психоэмоционального состояния пациента и его родственников;

повышение мотивации пациента к реабилитации;

вовлечение в процесс реабилитации самого пациента и его родственников.

Основными направлениями деятельности МДБ являются следующие:

проведение всеми специалистами МДБ осмотра пациента и оценка его состояния и степени нарушения функций с заполнением специальных оценочных карт [2,3,4];

совместная постановка целей лечения [1];

совместное создание адекватной окружающей среды для пациента в зависимости от его потребностей;

совместное обсуждение особенностей ведения пациента;

совместное планирование выписки:

- планирование выписки заранее

- определение условий дальнейшего лечения, которые позволят добиться наибольшей самостоятельности пациента в повседневной жизни: реабилитация в стационарных, амбулаторных, домашних, санаторно-курортных условиях

- оценка способности родственников научиться приемам ухода и помощи пациентам и обучение их этим навыкам

- составление совместно с пациентом и его родственниками плана дальнейшего наиболее рационального ведения пациента;

оценка эффективности проводимого вмешательства.

Деятельность МДБ отличается мультидисциплинарное целевое планирование, которое основывается на эффективной оценке потребностей пациентов и составлении программ для их реализации, обеспечивает координацию усилий членов МДБ и направлено на повышение роли самого пациента в программе лечения, а также своевременное поступление пациента на лечение ко всем необходимым специалистам.

Можно выделить цели бригадные, которые требуют активных действий и усилий всех специалистов МДБ и цели отдельных специалистов – планированное действие, требующее вмешательства одного или двух специалистов. Для достижения целей необходимо осуществление планированного действия, например методист ЛФК и эрготерапевт исследуют оптимальный для пациента угол наклона сидения в кресле-коляске к определенному конкретному дню.

Для целевого планирования реабилитационного лечения необходимо вовлечение в процесс планирования реабилитации пациента и его родственников, а также определение проблем и потребностей пациента, в рамках чего важно определение стремлений и надежд пациента, выявление физических, психоэмоциональных и социальных ресурсов больного, применение оценочных и измерительных шкал, тестов, форм и опросников, а также совместная оценка состояния пациента всеми специалистами МДБ [1].

Реабилитационные цели должны отличаться следующими параметрами и характеристиками:

- согласованность целей (постановка целей лечения совместно всеми специалистами МДБ);
- специфичность целей (учитываются, прежде всего, приоритеты и пожелания пациента и его родственников);
- реалистичность целей (учитываются функциональное состояние и ресурсы пациента во избежание амбициозности целей, т.к. невозможность их достижения окажет негативное влияние на состояние как самого пациента, так и специалистов);
- измеримость целей (возможность для специалистов точно сказать, достигнуты цели или нет);
- временная определенность целей (определяется промежуток времени, в течение которого цель будет достигнута) [1]:

долгосрочные цели (достигаются в течение недель-месяцев):

- определяют, что пациент будет в состоянии делать после выписки или в определенный момент через определенный промежуток времени (через несколько недель или месяцев);
- определяют направление деятельности, на котором фокусируются усилия всех членов МДБ;
- отражают следующие вопросы:
 - * где будет находиться пациент?
 - * что пациент будет способен делать?
 - * будет ли он нуждаться в помощи?

краткосрочные цели (достигаются в течение дней-недель):

- представляют собой разделенную долгосрочную цель на более мелкие, легче достижимые цели;
- дают возможность как самому пациенту, так и членам МДБ возможность выполнить незамедлительно работу по достижению цели в течение одной-двух недель.

Основными специалистами МДБ являются врач, медицинская сестра, врач и инструктор ЛФК, эрготерапевт, логопед.

Необходимо отметить жизненно важную и уникальную роль медицинской сестры МДБ:

медицинская сестра МДБ – клинический специалист;

медицинская сестра МДБ пребывает с пациентом в течение 24-х часов/сутки, в связи с чем данный специалист является важнейшим источником информации для всех остальных членов МДБ, которые общаются с пациентом в течение незначительного периода времени и лишь в дневное время;

одна из основных функций медицинской сестры МДБ – координация процесса реабилитации от момента поступления пациента до момента его выписки.

Функции врача МДБ:

определение основных медицинских проблем пациента и целей реабилитации;

выявление и лечение сопутствующих заболеваний;

внедрение современных методик реабилитации в деятельность бригады;

координация работы бригады.

Функции медицинской сестры МДБ:

ежедневная оценка проблем больного как существующих, так и потенциальных: состояние кожных покровов, пролежни; пневмония и аспирация; проблемы питания; дегидратация; дисфагия; нарушение функции тазовых органов; недостаток самоухода; риск травматизации; психомоторное возбуждение; болевой синдром;

проблемы семьи и родственников;

ежедневная оценка возможностей пациента;

скрининговое тестирование глотания [1];

оценка риска развития пролежней по шкале Ватерлоу [5];

составление плана ухода, соответствующего потребностям больного;

обеспечение всех основных нужд пациента: питание, умывание, туалет, переворачивание, перемещение;

участие в оценке двигательных возможностей и повседневной деятельности пациента;

обеспечение качественного ухода для предупреждения возможных осложнений, как-то пневмонии, пролежни, боли в плече, падения, переломы;

психологическая и информационная поддержка больного и его семьи.

Функции врача ЛФК:

детальная оценка двигательных и чувствительных нарушений пациента;

восстановление двигательных функций: повороты на бок, переход в положение сидя и стоя, равновесие сидя и стоя, ходьба, дотягивание, захват и перенос предметов;

ведение пациентов с целью уменьшения проявлений заболеваний грудной клетки, в т.ч. пневмонии, недостаточного отделения секрета легких;

советы медицинским сестрам и другим ухаживающим лицам по правильному позиционированию пациента;

обучение перемещению, правильному обращению с пораженными конечностями с целью избегания болевых ощущений как самому пациенту, так и ухаживающими за ним;

профилактика и ведение боли в плече;

советы по использованию приспособлений для ходьбы;

участие в оценке глотания для подбора позы при кормлении;

участие в оценке повседневной деятельности пациента

Функции эрготерапевта МДБ:

оценка больного с целью выявления того, как те или иные нарушения влияют на его повседневную деятельность, самообслуживание, досуг;

выяснение возможностей пациента до инсульта и бытовых условий в его доме;

установление желаемых самим больным основных приоритетов восстановительного процесса;

оценка функции зрительно-пространственного восприятия;

занятия с больным для восстановления ежедневной активности;

способствование адаптации пациента к окружающей среде (подбор кресла каталки, высоты сидений, высоты столика, бытовых приборов, кухонных и столовых принадлежностей и т.д.);

использование вспомогательных приспособлений для улучшения функциональных возможностей пациента.

Функции логопеда МДБ:

оценка безопасности глотания;

обучение медицинских сестер, пациента и его родственников навыкам, которые позволят преодолеть нарушения глотания и избежать аспирации;

подбор и модификация диеты;

оценка проблем общения пациента;

проведение занятий по восстановлению нарушений речи;

обучение пациента и ухаживающих за ним лиц методикам, позволяющим больному общаться, используя устную или письменную речь, а также альтернативные методы общения.

Также целесообразно включение в состав МДБ психолога, нейропсихолога, мануального терапевта, иглорефлексотерапевта, ортопеда-подотерапевта, ассистента среднего медицинского персонала и ассистента методиста ЛФК, диетолога, координатора досуга и социального работника.

Для наиболее полноценного ведения пациента различными специалистами МДБ необходима оценка состояния и динамики состояния пациента, а также анализ эффективности применяемых реабилитационных мероприятий, для чего целесообразно использование специальных шкал, тестов и опросников.

Шкалы для реаниматолога: шкала комы Глазго [6], шкала инсульта Национального института здоровья США (NIHSS) [7].

Шкалы для реабилитолога: шкала инсульта Национального института здоровья США (NIHSS) [8], модифицированная шкала Рэнкин (mRS) [9], модифицированная шкала Эшворта для пациентов с повышенным мышечным тонусом [10], визуальная аналоговая шкала для пациентов с болевыми синдромами [11].

Шкалы для медицинской сестры: шкала инсульта Национального института здоровья США (NIHSS) [7], шкала Ривермид [12], мера функциональной независимости FIM (Functional Independence Measure) [13].

Шкалы для инструктора ЛФК: шкала Ривермид [12], шкала баланса Берг [14], шкала комитета медицинских исследований (MRC-scale) [15], тест Френчай для пациентов с нарушением функции верхней конечности [13].

Шкалы для эрготерапевта: канадская шкала оценки выполнения деятельности (COPM) [4], шкала самооценки бытовых возможностей повседневной жизни Мертон и Саттон [16], шкала оценка качества жизни (EQ-5D) [17], мера функциональной независимости FIM (Functional Independence Measure) [13], шкала Ривермид [12].

Шкалы для логопеда: тест дисфагии [18], шкала оценки дисфагии (MASA) [13], шкала нарушения речи Васермана [19].

Шкалы для психолога: госпитальная шкала тревоги и депрессии [20], монреальская шкала оценки психического статуса (MoCA) [21], шкала тревоги Спилберга [22] (исключение – реанимационные и парализованные пациенты), опросник Бека на выявление депрессии [23] (исключение – реанимационные и парализованные пациенты), шкала Снейга-Гамильтона на выявление ангедонии [24] (исключение – реанимационные и парализованные пациенты).

Кроме того, специалисты, осуществляющие ведение пациентов после инсульта, должны использовать в своей деятельности такие шкалы и опросники как шкала оценки нутритивного статуса NRS-2002 [13], шкала оценки риска развития пролежней Ватерлоу [5], опросник оценки нарушений функций тазовых органов Аддисона [25] и некоторые другие.

Список литературы

1. Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 1. Организация Инсультного Блока / Под ред. А.А. Скоромца. – СПб., 2003. – 34 с.
2. Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 2. Сестринские вопросы / Под ред. А.А. Скоромца. – СПб., 2003. – 41 с.
3. Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 5. Физическая терапия / Под ред. А.А. Скоромца. – СПб., 2003. – 42 с.
4. Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 6. Эрготерапия / Под ред. А.А. Скоромца. – СПб., 2003. – 40 с.
5. Сорокоумов В.А. Методические рекомендации по организации неврологической помощи больным с инсультами в Санкт-Петербурге. – СПб.: Человек, 2002. – 48 с.
6. Teasdale G., Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale // *Lancet*. – 1974. – Vol. 2. – P. 81-84.
7. Brott T., Adams H.P. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale // *Stroke*. – 1989. – Vol. 20. – P. 864-870.
8. Левин О.С., Васенина Е.Е., Трусова Н.А., Чимагомедова А.Ш. Современные подходы к диагностике и лечению постинсультных когнитивных нарушений // *Пожилой пациент*. – 2016. – №1. – С. 9-16.
9. Rankin J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. II. Prognosis // *Scott Med J*. – 1957. – Vol. 2. – P. 200-215.
10. Ashworth B. Preliminary trial of carisoprodol in multiple sclerosis // *Practitioner*. – 1964. – Vol. 192. – P. 540-542.
11. Scott J., Huskisson E.C. Graphic representation of pain // *Pain*. – 1976. – Vol. 2. – P.175-184.
12. Wade D.T. Measurement in neurological rehabilitation. – New York: Oxford University Press, 1992. – 308 p.
13. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. М.: Антидор, 2002. – 440 с.
14. Berg K., Wood-Dauphin S., Williams J.I., Gayton D. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument // *Physiotherapy Canada*. – 1989. – Vol. 41. – P. 304-311.
15. Warlow C.P., Dennis M.S., van Gijn J. et al. Stroke. A practical guide to management. – London: Blackwell Science, 1997. – 664 p.
16. Kwantabisa N. Occupational therapy ADL checklist self maintenance // Merton and Sutton Community NHS Trust. Stroke Rehabilitation Team Protocol. – London, 1999. – P. 7-9.
17. Захаревич О.А., Леонова М.В. Изучение качества жизни у больных артериальной гипертензией. Методы оценки и значение в клинической практике // *Международный медицинский журнал*. – 2001. – №5. – С. 412-416.
18. Ковальчук В.В. Пациент после инсульта. Принципы реабилитации и особенности ведения. – Москва: «АСТ 345», 2016. – 327 с.
19. Л. И. Вассерман, С. А. Дорофеева, Я. А. Меерсон. Методы нейропсихологической диагностики: Практическое руководство. – СПб.: Стройлеспечать, 1997. – 304 с.
20. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1983. – Vol. 6. – P. 361-370.
21. Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Bedirian V. et al. The Montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment // *J Am Geriatr Soc*. – 2005. – Vol. 53. – P. 695-699.
22. Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов. – М.: Эксмо, 2007. – 416 с.
23. House A., Dennis M., Hawton K. et al. Methods of identifying mood disorders in stroke patients: experience in the Oxfordshire Community Stroke Project // *Age Ageing*. – 1989. – Vol. 18. – P. 371-379.
24. Snaith R.P., Hamilton M., Morley S. et al. A scale for the assessment of hedonic tone the Snaith-Hamilton Pleasure Scale // *British Journal of Psychiatry*. – 1995. – Vol. 167. – P. 99-103.
25. Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 4. Функция тазовых органов / Под ред. А.А. Скоромца. – СПб., 2003. – 22 с.

УДК 616.36+616.61+612.12]-0.89.843-036.82/.85

Власова-Розанская Е.В.

ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ (ПОЧКИ, ПЕЧЕНИ, СЕРДЦА)

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, Минск, Беларусь

Vlasov-Rozanskaya E. V.

EXPERT REHABILITATION CARE TO PATIENTS AFTER ORGAN TRANSPLANTATION (KIDNEY, LIVER, HEART)

Republican scientific-practical center of medical examination and rehabilitation, Minsk, Belarus

Аннотация

Цель исследования: разработка системы экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органов (печени, почек, сердца).

Материал и методы: Проведено обследование 194 пациентов после пересадки органов, из них 61 (31,4%) – после пересадки почки, 57 (29,4%) – после пересадки печени, 76 (39,2%) – пересадки сердца. Средний возраст составил $49,4 \pm 2,3$. Обследование пациентов проводилось в соответствии с утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь протоколами диагностики и лечения.

Результаты: В статье приведены основные положения системы экспертно-реабилитационной помощи пациентам после перенесенной трансплантации органов (печени, почек, сердца). Приведены основные учреждения, направления деятельности, задач, этапов и стадий системы экспертно-реабилитационной помощи пациентов после трансплантации органов.

Заключение. Таким образом, в ходе проведенного исследования разработана система экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органов (печени, почек, сердца), включающая реабилитационную и экспертную составляющие.

Ключевые слова: трансплантация, печень, почки, сердце, система экспертно-реабилитационной помощи, медицинская, реабилитация, профессиональная реабилитация, социальная реабилитация

Summary

Research objective: development of the system of the expert and rehabilitation help to patients after an organ transplantation (a liver, kidneys, heart).

Material and methods: Examination of 194 patients after organ transplantation, from them 61 (31,4%) – after a renal transplantation, 57 (29,4%) – after a liver transplantation, 76 (39,2%) – heart transplantations is conducted. Middle age has made $49,4 \pm 2,3$. Examination of patients was conducted according to the protocols of diagnostics and treatment approved by the Ministry of Health of Republic of Belarus.

Results: Basic provisions of system of the expert and rehabilitation help to patients after the postponed organ transplantation are given in article (a liver, kidneys, heart). The main establishments, activities, tasks, stages and stages of system of the expert and rehabilitation help of patients after an organ transplantation are given.

Conclusion. Thus, during the conducted research the system of the expert and rehabilitation help to patients after an organ transplantation (a liver, kidneys, heart) including rehabilitation and expert components is developed.

Keywords: transplantation, liver, kidneys, heart, sitema ekpertenno-reabilitatsionnoy of the help, medical, rehabilitation, professional rehabilitation, social rehabilitation

Введение. В соответствии с Национальной программой демографической безопасности Республики Беларусь на 2011 - 2015 годы и программой мероприятий по укреплению здоровья населения и увеличению ожидаемой продолжительности жизни (п.п. 34, 36) приоритетными направлениями в политике сохранения здоровья нации в настоящее время считаются «обеспечение проведения трансплантации органов и тканей в РНПЦ трансплантации органов и тканей», «разработка и внедрение в стационарных и амбулаторно-поликлинических организациях современных технологий медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях различных профилей, а так же пациентов, перенесших трансплантацию органов» [1].

Беларусь занимает первое место среди стран СНГ по количеству органных трансплантаций. Трансплантационная активность в стране за прошлый год составила 25,5 операций на один миллион населения. Хотя, если взять США (страна с наивысшим показателем трансплантационной активности), то там на один миллион населения делают 90 операций по пересадке органов в год. Словом, Беларусь держит хороший европейский уровень [2,3,4].

Цель исследования: разработка системы экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органов (печени, почек, сердца).

Материалы и методы. Проведено обследование 194 пациентов после пересадки органов, из них 61 (31,4%) – после пересадки почки, 57 (29,4%) – после пересадки печени, 76 (39,2%) – пересадки сердца.

Для решения поставленных в исследовании задач сформирована целевая выборка, состоящая из 61 пациента, перенёвшего трансплантацию почек. Среди обследуемых лиц было 39 (63,9%) мужчин и 22 (36,1%) женщин. Средний возраст обследованного контингента составил $45,3 \pm 1,4$ лет. В структуре инвалидности можно отметить следующее.

Для решения поставленных в исследовании задач сформирована целевая выборка, состоящая из 57 пациентов, перенёвших трансплантацию печени. Среди обследуемых лиц было 29 (50,9%) мужчин и 28 (49,1%) женщин. Средний возраст обследованного контингента составил $44,4 \pm 1,6$ лет.

Проведен анализ результатов обследования 76 пациентов после пересадки сердца. Из них 68 (89,5%) мужчин и 8 (10,5%) женщины. Средний возраст составил $55,2 \pm 3,6$ года.

Обследование пациентов проводилось в соответствии с утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь протоколами диагностики и лечения.

Математическая обработка полученных материалов проводилась методом вариационной статистики с вычислением средней арифметической (M), стандартной ошибки средней арифметической (m), достоверности разницы (p) по критерию Стьюдента, коэффициента корреляции. Обработка осуществляется с помощью пакета программ статистической обработки материала Microsoft Excel, Statistika 6.0.

Результаты исследования.

Система экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органов создается с целью обеспечения оптимальных условий для организации и проведения экспертных мероприятий, направленных на определение групп инвалидности, формирование программ реабилитации, мероприятия по реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов с целью восстановления их социального статуса и интеграции реабилитанта в жизнь общества. Она представляет собой совокупность управленческих структур, экспертных, реабилитационных служб и учреждений различной ведомственной принадлежности, которые на основе единых методологических подходов, целей и задач осуществляют комплекс мероприятий по медико-социальной экспертизе, медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов.

Структурные подразделения системы экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органов в своей деятельности руководствуются Конституцией Республики Беларусь (РБ), законодательством РБ, Указами Президента РБ, Постановлениями Правительства РБ и приказами соответствующих министерств и ведомств, постановлениями и распоряжениями главы исполнительной власти субъектов РБ и органов местного самоуправления.

Система экспертно-реабилитационной помощи пациентам, перенесшим трансплантацию органов должна включать в себя следующие стадии:

- реабилитационно-экспертная диагностика;
- оценка ограничений жизнедеятельности;
- определение реабилитационного потенциала;
- проведение реабилитации на лечебно-реабилитационном этапе, стационарном этапе ранней медицинской реабилитации, амбулаторно-поликлиническом, домашнем этапах;
- определение критериев инвалидности;
- проведение первичной медико-социальной экспертизы;
- определение клинико-реабилитационных групп;
- составление индивидуальной программы реабилитации;
- реализация индивидуальной программы реабилитации;
- проведение повторной медико-социальной экспертизы;
- оценка эффективности проведенной реабилитации.

Первая стадия – реабилитационно-экспертная диагностика – включает оценку последствий трансплантации органов, которая является объектом МСЭ и реабилитации. Оценка выраженности нарушенных функций и способностей производится по функциональным классам. При этом оцениваются имеющиеся у реабилитанта нарушения и ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной недостаточности.

Непосредственное отношение и результат реабилитационно-экспертной диагностики связан с:

- оценкой ограничений жизнедеятельности;
- определением реабилитационного потенциала;
- определением критериев инвалидности.

Основную работу по исследованию состояния здоровья пациента ведут лечебно-профилактические учреждения, обследуя функции органов и систем организма, способных влиять на ограничение жизнедеятельности или стать причиной нарушений, приводящих к инвалидности.

Данные параметры необходимы для проведения медико-социальной экспертизы и получения мер социальной защиты, предусмотренной инвалидам.

Вторая стадия – определение реабилитационного потенциала направлена на определение адекватных целей и задач реабилитации.

Следующая стадия – проведение реабилитации на лечебно-реабилитационном этапе, стационарном этапе ранней медицинской реабилитации, амбулаторно-поликлиническом, домашнем этапах медицинской реабилитации

Четвертая стадия – проведение первичной медико-социальной экспертизы подразумевает оценку степени выраженности отдельных нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной дезадаптации, имеющихся у реабилитанта, как следствие перенесенного заболевания и операции; изучение динамики предыдущей инвалидности (если она имела место), изучение профессионального маршрута и определение основной профессии реабилитанта; изучение его социального и бытового статуса, предварительное пред-

полагаемое экспертное решение на момент первичного проведения медико-социальной экспертизы.

Пятая стадия – определение клинико-реабилитационных групп является логическим продолжением предыдущей стадии и распределяет реабилитантов на группы в зависимости от степени выраженности ограничений жизнедеятельности, типа и уровня инвалидизирующих последствий, имеющегося реабилитационного потенциала.

Шестая стадия – составление индивидуальной программы реабилитации. По результатам проведения первых пяти этапов врач-реабилитолог составляет индивидуальную программу реабилитации конкретного реабилитанта, в которой отражаются исходное состояние нарушенных функций и имеющихся ограничений жизнедеятельности, ставится конкретная цель реабилитации и указывается планируемый объем реабилитационных мероприятий с точной их дозировкой и порядком осуществления.

Седьмая стадия – реализация индивидуальной программы реабилитации предполагает выполнение тех реабилитационных мероприятий, которые были запланированы при ее составлении, включая психологические, физические, рефлекторные, медикаментозные методы, методы диетотерапии, бытовой адаптации, трудотерапии, «школы пациента» и др. В ходе выполнения индивидуальной программы реабилитации пациент осматривается врачом-реабилитологом, осуществляет динамический контроль для коррекции проводимой реабилитации и промежуточной оценки ее качества и эффекта. Управление ведомственными реабилитационными службами и реабилитационными учреждениями, проводящими мероприятия по реализации индивидуальных программ реабилитации в соответствии с ведомственными нормативными актами, следует оставить за соответствующими органами государственного управления, которые обеспечивают организационно-методическое руководство подведомственными структурами, координируют и контролируют их деятельность, в рамках своей компетенции несут ответственность за проведение реабилитационных мероприятий.

Восьмая стадия – оценка эффективности проведенной реабилитации – подводит итог реабилитационным мероприятиям и определяет достигнутый эффект. При этом должен оцениваться уровень достижения поставленной цели. Это достигается сравнением исходного состояния и достигнутого уровня трудоспособности реабилитанта, степени выраженности и ограничений жизнедеятельности до и после реабилитации, оценивается техническое исполнение индивидуальной программы реабилитации в зависимости от запланированной помощи, полнота выполнения ИПР. На этой же стадии реабилитационного процесса составляются рекомендации по дальнейшей медицинской или профессиональной реабилитации (в случае угрозы потери профессиональной пригодности, в случае необходимости приобретения новой профессии или адаптации рабочего места), мероприятиям социальной реабилитации.

Таким образом, система экспертно-медицинской помощи пациентам, перенесшим трансплантацию органов, позволяет в каждом конкретном случае правильно ставить цель, определять состояние трудоспособности, решать экспертные вопросы, составлять индивидуальную программу реабилитации и достигать запланированного результата, что и является положительным итогом работы.

Список литературы:

1. Об утверждении Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы / Указ Президента Республики Беларусь 11 августа 2011 г. № 357 Изменения и дополнения: Указ Президента Республики Беларусь от 12 сентября 2012 г. № 406 (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 14.09.2012, 1/13752)
2. Данович Габриэль М. Трансплантация почки / Габриэль М. Донович; пер. с англ.; под. ред. Я.Г. Мойсюка. – М. ГЭОТАР – Медиа, 2013. – 848 с.
3. Авундук К. Трансплантация печени / К. Авундук // Гастроэнтерология: пер. с англ.; под. ред. Е.Л. Никонова, Н.В. Первуховой. – М.: изд-во Практика, 2013. – 700 с.
4. Шумаков В.И. Трансплантация сердца / В.И. Шумаков. – М.: изд-во МИА, 2006. – 404с.

Григорьева В.Н.

УДК 615.825

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

г. Санкт-Петербург

Grigorieva V.N.

MODERN APPROACHES TO THE USE OF METHODS OF PHYSICAL REHABILITATION

St. Petersburg

Ключевые слова: методы, методики, физическая реабилитация.

Keywords: methods, methodologies, physical rehabilitation.

Аннотация. В основе физической реабилитации лежит комплексное использование различных методов с целью восстановления здоровья, а также улучшения функции поврежденного органа или системы.

Abstract. At the heart of physical rehabilitation is the integrated use of various methods to restore health, as well as improve the function of the damaged organ or system.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) реабилитация представляет собой совокупность мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушениями функций в результате болезней, травм и врожденных дефектов приспособление к новым условиям жизни в обществе.

Цель реабилитации — эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к бытовым и трудовым процессам, в общество; восстановление личностных свойств человека.

Реабилитацию следует рассматривать как сложную социально-медицинскую проблему, которую можно подразделить на несколько видов, или аспектов: медицинская, физическая, психологическая, профессиональная (трудовая) и социально-экономическая.

Первое и основное направление физической реабилитации — восстановление здоровья больного посредством комплексного использования различных средств, направленных на максимальное восстановление нарушенных физиологических функций организма, а в случае невозможности достижения этого — развитие компенсаторных и заместительных приспособлений.

При осуществлении медицинской реабилитации необходимо учитывать физическую активность современного человека, которая в соответствии с медицинскими показаниями является важнейшим условием формирования здорового образа жизни, а также основой правильного построения медицинской реабилитации.

Физическая реабилитация - это процесс и система мероприятий, направленных на:

- восстановление или компенсацию физических возможностей,
- повышение функционального состояния организма,
- улучшение физических качеств,

-улучшение психоэмоциональной устойчивости и адаптационных резервов организма человека средствами и методами физической культуры, элементов спорта и спортивной подготовки, массажа, физиотерапии и природных факторов.

Задачи физической реабилитации направлены на поддержание физической активности больных и противодействию влиянию гипокинезии, восстановление нарушенных функций, а также здоровья и адаптации к физическим нагрузкам. Для этого используются различные методы воздействия на нейромышечную систему. До недавнего времени для этого применялись: массаж, лечебная гимнастика, дозированная ходьба, терренкур, закаливающие процедуры. В последние годы значительно расширился арсенал современных методов и методик: физические упражнения с использованием тренажеров для восстановления кардиореспираторной системы (велотренажер, беговая дорожка, степпер, эллиптический и гребной тренажер), для восстановления функций конечностей с БОС и/или программным обеспечением («Artromot», Мотомед, «Gyrotonic», Локома т), кинезитерапевтическая установка «Экзарта» («RedCord»), с помощью которой наблюдается уменьшение гравитации и разгрузка позвоночника, стабилизация глубоких мышц и восстановление нервно-мышечного контроля, подвесная система Гросса, PNF терапия, скандинавская ходьба, гидрокинезотерапия, Бобат- и Войта-терапия, нейроортопедическая терапия с помощью костюмов Адели и Атлант, стабиллоплатформы (Posturomed, Huber) для укрепления глубоких постуральных мышц и тренировки вестибулярного аппарата, а также эрготерапия, помогающая больному адаптироваться в повседневной жизни. Одно из современных достижений в физической реабилитации – это внедрение мультифункционального комплекса Nabilect, позволяющий дистанционно контролировать и регулировать правильность выполнения упражнений как в клинике, так и дома, сохранять мотивацию к занятиям благодаря БОС, что ускоряет процесс реабилитации пациентов.

Таким образом, наличие огромного количества методов и методик для физической реабилитации в сочетании с другими методами (физиотерапия, мануальная терапия, рефлексотерапия, кинезиотейпирование,

диетотерапия), согласно принципу определенной последовательности и постепенности, позволяет разрабатывать индивидуальные программы для пациентов с учетом возраста, заболевания или травмы, активности процесса, класса тяжести и его функционального состояния на различных этапах медицинской реабилитации.

УДК 616.711-002-084:615.8

Дружинина О.И.

СЛОВАТСКАЯ СИСТЕМА ГИДРОКИНЕЗИОТЕРАПИИ. РЕАБИЛИТАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА.

НКО «Ассоциация Врачей Амбулаторной Реабилитации». Россия. г. Санкт-Петербург

Druzhinina O.I.

SLOVATSKAYA SYSTEM HYDROKINESIOTHERAPY. REHABILITATION OF SPINE DISEASES.

NGO "Association of Physicians Outpatient Rehabilitation". Russia. Saint-Petersburg

Ключевые слова: гидрокинезотерапия, реабилитация, Европейская Ассоциация Амбулаторной Реабилитации.
Key words: hydro-kinesiotherapy, rehabilitation, European Association of Ambulatory Rehabilitation.

Аннотация: представлен ознакомительный материал по работе Европейской Ассоциации Амбулаторной Реабилитации (EAAR). Одним из аспектов работы EAAR является ознакомление с реабилитационными программами, которые применяются коллегами в странах Евросоюза и СНГ. Один из реабилитационных методов, который заинтересовал коллег в России - метод гидрокинезотерапии при заболеваниях позвоночника.

Abstract: presents introductory material on the work of the European Association of Ambulatory Rehabilitation (EAAR). One of the aspects of EAAR is familiarization with the rehabilitation programs used by colleagues in the EU and the CIS, as it causes considerable interest of experts of Russia. One of the rehab methods that has attracted interest is the method of hydrokinesiotherapy in diseases of the spine.

Введение.

Гидрокинезотерапии - это аквагимнастика, которая проходит в бассейне с морской или термальной водой. Этот вид лечения объединил в себе полезные свойства физических занятий и позитивные условия, которые для организма человека создает вода. Основная задача гидрокинезотерапии – релаксация скелетных мышц конечностей и спины. Отличительное свойство такой гимнастики заключается в облегчении водной средой выполняемого физического упражнения. Поэтому гидрокинезотерапией могут заниматься люди, которые не могут заниматься обычной физкультурой либо выполнение физических упражнений связано с возникновением сильной боли. Показания для гидрокинезотерапии: различные нарушения осанки, в частности сколиоз; заболевания суставов; последствия инфекционных поражений нервной системы – например, полиомиелита; реабилитация после травм, включая родовую травму. Восстановления после самых разнообразных видов травм стоит на отдельном месте. По сравнению с другими методами лечебной физкультуры гидрокинезотерапия позволяет проводить реабилитацию в более короткие сроки и с использованием намного меньших нагрузок. Хорошую эффективность имеет водная гимнастика и в случаях реабилитации дорсопатий с различного рода клиническими проявлениями.

С 2016 года Ассоциация Врачей Амбулаторной Реабилитации (далее АВАР) начала новый проект по взаимодействию с коллегами стран СНГ и Евросоюза в рамках развития реабилитационным программам.

Целью нашей работы является создание условий для посещения коллегами из разных реабилитационных центров России и стран СНГ, в рамках этого проекта, реабилитационных баз стран Евросоюза (ЕС), ознакомление с реабилитационными программами по разным направлениям и обмен опытом.

Материалы и методы. Условием для данного вида работы и есть Европейская Ассоциация Амбулаторной Реабилитации (EAAR). Философия всех национальных профессиональных медицинских ассоциаций и сообществ заключается в том, что медицинская помощь становится наилучшей в том случае, когда качественное медицинское образование и подготовка являются достоянием медицинских работников. В каждой стране профессионалы отстаивают такую позицию, но все чаще делать это становится труднее - контролировать качество медицинской помощи страстно желают такие структуры, как правительство, страховые и коммерческие компании.

Результаты. Работа в этом направлении уже идет полным ходом и, учитывая интерес коллег из России и стран СНГ, они уже смогли посетить реабилитационные центры Словакии, ознакомиться и изучить одно из таких направлений, как реабилитация заболеваний позвоночника с применением гидрокинезотерапии.

Выводы. European Association of Ambulatory Rehabilitation (далее EAAR) – это новая система взаимодействия по развитию такого направления, как медицинская реабилитация, которая открывает перед членами EAAR следующие возможности: посещения реабилитационных центров стран ЕС таких как Финляндия, Германия, Словакия, Эстония и многих других; получение нового опыта работы у коллег по профилям

травматология -ортопедия, неврология, терапия, кардиология, пульмонология, а также реабилитация в детском возрасте; и, конечно же, одним из немаловажных аспектов деятельности ЕААР является возможность участия в разработке и написании совместных европейских клинических рекомендаций. Тем самым, все заинтересованные в своем дальнейшем развитии, в получении новых знаний и возможностей, в рамках направления медицинская реабилитация, специалисты, а это не только врач, но и специалисты других категорий, занимающиеся вопросами реабилитации приглашаются к сотрудничеству в рамках членства в European Association of Ambulatory Rehabilitation.

Список литературы:

1. Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия. СПб. ВМедА. 1998. - 253с.
2. «Физическая реабилитационная медицина» Национальное руководство. 2-е издание, переработанное и дополненное. Под редакцией Заслуженного деятеля наук РФ профессора Г.Н.Пономаренко. Москва. ГЕОТАР-Медиа. 2015. -551с.
3. Физиотерапия. Классический курс. Под редакцией Стюарта Портера./пер.с англ. Под ред.Г.Н. Пономаренко. СПб. «Человек». 2014. -765с.
4. Медицинская реабилитация. Учебник. Под редакцией проф. А.В.Епифанова, проф. Е.Е. Ачкасова, проф. В.А.Епифанова. Москва. Геотар-Медиа. 2015. -669с.
5. Хроническая боль в спине. Клинические рекомендации. Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации». Москва, Санкт-Петербург, Ростов-на-Дону. 2014. -20 с.

УДК 616.71-007.234

Иванов С.Н.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ АЛГОРИТМОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА.

ФГБУЗ КБ №122 ФМБА России, Санкт-Петербург

Ivanov S.N.

REHABILITATION OF PATIENTS WITH OSTEOPOROTIC FRACTURES USING MODERN ALGORITHMS FOR TREATING OSTEOPOROSIS.

The L.G. Sokolov Memorial Hospital №122, St. Petersburg

Ключевые слова: остеопороз, остеопоротические переломы, FRAX, реабилитация.

Keywords: osteoporosis, osteoporotic fractures, FRAX, rehabilitation.

Аннотация. Важнейшие аспекты лечения пациентов с остеопорозом: своевременная диагностика, расчет риска остеопоротических переломов, адекватная тяжести остеопороза медикаментозная терапия и реабилитация.

Abstract. The most important aspects of the treatment of patients with osteoporosis: timely diagnosis, calculation of the risk of osteoporotic fractures, adequate severity of osteoporosis, drug therapy and rehabilitation.

Остеопороз (ОП) это системное заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы и нарушением ее качества (микроархитектоники), что приводит к хрупкости костей, которая проявляется переломами при незначительной травме. Последние годы уделяется большое внимание решению проблемы остеопороза, как в плане повышения минеральной плотности костной ткани, ее качества, профилактике повторных остеопоротических переломов, самого грозного и социально значимого осложнения остеопороза, так и в плане последующей реабилитации пациентов с остеопоротическими переломами, снижению риска падений, оптимизации условий быта, особенно пациентов старшей возрастной группы. Все эти мероприятия направлены на повышение качества жизни пациентов [1]. Их можно разделить на несколько основных групп. 1. Своевременная диагностика ОП с использованием рентгеновской денситометрии и расчетом индекса 10-летней вероятности остеопоротических переломов (FRAX), который позволяет учесть факторы риска, в том числе наиболее значимый из них - предшествующие переломы [2]. 2. Своевременное назначение медикаментозной терапии ОП, которая направлена не только на повышение плотности костной ткани и ее качества, но и на профилактику повторных переломов с использованием двух основных групп препаратов: антирезорбентов и костных анаболиков [3,4]. Необходимо также определять уровень витамина Д у пациентов, так как его дефицит может выступать самостоятельным фактором риска падений, а отсутствие компенсации при лечении препаратами вышеназванных групп приводит к значимому снижению их эффективности. 3. Применение современных ортезов для профилактики повторных компрессионных переломов тел позвонков, как одного из самых частых типов остеопоротических переломов, для динамической стабилизации позвоночника, формирования стереотипа движений с сохранением правильной осанки, что самостоятельно может снижать риск повторных переломов. Так же пациентам с тяжелым ОП необходимо рекомендовать использование протекторов бедра, как средства снижения риска наиболее тяжелого во всех аспектах перелома проксимального отдела бедра [5]. 4. Комплекс мероприятий восстановительного лечения,

включающий ЛФК (особенно в бассейне), скандинавскую ходьбу [6,7].

Таким образом, только комплексный подход к лечению пациентов с остеопорозом, особенно осложненного переломами, позволяет не только повышать плотность и качество костной ткани, но и улучшать качество жизни пациентов, проводить эффективную профилактику повторных остеопоротических переломов.

Список литературы:

1. Кочиш А.Ю., Лесняк О.М., Зоткин Е.Г., Иванов С.Н., Сафонова Ю.А. Создание служб профилактики повторных переломов костей у пациентов с остеопорозом. Остеопороз и остеопатии. 2015. №3. С. 30-35.
2. Торопцова Н.В., Баранова И.А., Лесняк О.М. Рекомендации по применению российской модели FRAX для определения 10-летней вероятности остеопоротических переломов. Фарматека. 2016; Остеопороз/Ревматология: 10-4.
3. Кочиш А.Ю., Иванов С.Н. Сравнительное исследование эффективности отечественного генерика и оригинального препарата золедроновой кислоты у пациенток с малоэнергетическими переломами тел позвонков и постменопаузальным остеопорозом. Фарматека. 2014. № 10-2. С. 24-29.
4. Иванов С.Н., Кочиш А.Ю., Резник Л.Б., Санникова Е.В. Взгляд травматолога-ортопеда на возможности применения терипаратида при лечении пациентов с переломами костей на фоне остеопороза. Фарматека. 2015. №7(300). С. 14-20.
5. Sinaki M. Musculoskeletal challenges of osteoporosis. Aging (Milano). 1998. № 10 (3). P. 249-262.
6. Евстигнеева Л.П., Кожемякина Е.В., Негодаева Е.В. и др. Эффективность физических упражнений у лиц с остеопоротическими переломами позвонков. Научно-практическая ревматология. 2014; 52(1); С. 49-55.
7. Papaioannou A., Adachi J.D., Winogard K. et al. Efficacy of home-based exercise for improving quality of life among elderly women with symptomatic osteoporosis-related vertebral fractures. Osteoporos Int. 2003. № 14 (8). P. 677-682.

УДК 616-036.86+616-08-039.34

Колечко Ю.В., Детков В.Ю., Образцова В.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

СПбГБУЗ «Детская городская больница № 19 им. К.А. Раухфуса» Санкт-Петербург, Россия.

Kolechko Y.V., Detkov V.Y., Obraztsova V.M.

DEPARTMENT EFFICIENCY OF MEDICAL REHABILITATION OF DAY PATIENT FACILITY.

Saint-Petersburg State Budgetary Healthcare Institution «Children's municipal hospital № 19 named after K. A. Rauhfus».

Ключевые слова: дневной стационар, медицинская реабилитация, реабилитационная помощь детям.

Keywords: day patient facility, medical rehabilitation, rehabilitation treatment for children.

Аннотация. Отделение медицинской реабилитации дневного стационара как одна из форм стационарозамещающих технологий. Опыт, эффективность, значимость.

Abstract. Unit of medical rehabilitation of day patient facility as one of the forms of inpatient department substitution technologies. Experience, effectiveness, significance.

Введение. Сложившаяся негативная демографическая ситуация в конце 90-х годов прошлого столетия, высокий уровень заболеваемости и инвалидизации детей потребовали энергичных мер по модернизации и укреплению службы охраны материнства и детства. Позитивные изменения коснулись реабилитационной помощи детям, которая стала сопровождать нуждающихся детей с момента рождения до перехода во взрослую сеть.

СПбГБУЗ «Детская городская больница № 19 им. К.А. Раухфуса» является многопрофильным стационаром, с целью повышения качества медицинской помощи и оптимизации маршрутизации пациентов, в больнице было открыто дневное отделение медицинской реабилитации, оказывающее медицинскую помощь по профилям «неврология», «травматология-ортопедия», «педиатрия».

Методы. В связи с высокой потребностью в реабилитационных мероприятиях детей, имеющих неврологические расстройства, в том числе недоношенных, нами проведена оценка эффективности как по клиническим признакам, так и по результатам анкетирования родителей.

В группу вошли 20 детей в возрасте 3-7 лет, основу которой составили дети с различными клиническими формами детского церебрального паралича (ДЦП), средней степени тяжести. Среди других заболеваний: состояние после оперативного лечения Spina-bifida, последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), резидуально-органического поражение мозга.

Каждому пациенту в день поступления составлена индивидуальная программа реабилитации. Курс лечения был рассчитан в среднем на 28 дней и в соответствии с диагнозом, включал такие методы лечения, как:

- массаж, занятия лечебной физкультурой с инструктором, рефлексотерапия (в том числе иглорефлексотерапия), физиотерапевтическое лечение;
- занятия на аппаратах с биологической обратной связью (БОС);
- механотерапия, в том числе роботизированная;

- консультации психолога, логопеда и травматолога-ортопеда,
 - детям 3-5 лет занятия лечебной физкультурой (ЛФК) проводились в кабинете психоэмоциональной разгрузки с помощью «интерактивной системы виртуальной реальности-«Nirvana».

Результаты. При оценке эффективности медицинской реабилитации отмечено:

- улучшение двигательных навыков-65%;
- снижение спастичности в конечностях- 83%;
- положительный эмоциональный фон у детей-95%.
- сокращение сроков адаптации-50%

Перед выпиской пациентов было проведено анкетирование законных представителей ребенка, где была отмечена высокая степень удовлетворенности потребностей по следующим критериям:

- преимущественно положительный эмоциональный фон ребенка - 96%;
- высокая степень доверия к лечащему врачу-75%;
- удовлетворенность условиями пребывания - 93%.

Заключение. Таким образом, проведение медицинской реабилитации в условиях дневного стационара многопрофильной детской больницы выявило положительные направления:

- выраженный позитивный эффект лечения;
- высокую социальную эффективность;
- положительный эмоциональный фон пациентов;
- снижение уровня тревоги как детей, так и их родителей;
- постепенное проявление медицинской инициативы пациентов.

УДК 617.75

Разумовская А.М.¹, Разумовский М.И.², Кожушко Л.А.², Коровянский Ю.А.², Арынова А.А.³.

СОСТОЯНИЕ ЗРИТЕЛЬНОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ ЛИЦ СТРАДАЮЩИХ МОНОКУЛЯРНЫМ ЗРЕНИЕМ ВСЛЕДСТВИЕ СОСУДИСТОЙ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ

¹ ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, Санкт-Петербург

² ФГБУ ФНЦРИ Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург

³ ФКУ ГБ МСЭ по Белгородской области Минтруда России, Белгород

Razumovskaya A.M.¹, Razumovskiy M.I.², Kozhushko L.A.², Korovyanskiy YU.A.², Arynova A.A.³.

STATUS OF THE VISUAL WORKING EFFICIENCY OF PERSONS AFFECTED BY THE MONOCULAR VISION AS THE VASCULAR OPHTHALMOPATHOLOGY

¹ St. Petersburg Institute of the Improvement of the Doctor- Experts, St. Petersburg

² Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

³ Main Bureau of the Medico- Social Examination on Belgorod region

Ключевые слова: зрительная работоспособность, монокулярное зрение, сосудистая офтальмопатология.

Keywords: visual fitness for work, monocular sight, the vascular ophthalmopathology

Аннотация. Одним из основных факторов определяющих визуальные возможности инвалида является зрительная работоспособность (ЗР), представляющая собой способность приема передачи и обработки информации зрительным анализатором, что отражает результат взаимодействия ЦНС и глаз.

В связи с этим ЗР следует рассматривать как один из основных показателей интегративной функции зрительного анализатора и как важный нормативный критерий для оценки зрительной функции в целом.

Abstract. One of the basic factors of those determining the visual possibilities of invalid is the visual fitness for work (ZR), which is the ability of the method of transfer and information processing visual analyzer, which reflects the result of interaction CNS and eyes. In connection with this ZR should be considered as one of the basic indices of the integrative function of visual analyzer and as important normative criterion for evaluating the visual function as a whole.

Одним из основных факторов определяющих визуальные возможности инвалида является зрительная работоспособность (ЗР), представляющая собой способность приема передачи и обработки информации зрительным анализатором, что отражает результат взаимодействия ЦНС и глаз [1,2].

В связи с этим ЗР следует рассматривать как один из основных показателей интегративной функции зрительного анализатора и как важный нормативный критерий для оценки зрительной функции.

В практической деятельности врача-эксперта необходимость количественной оценки состояния зрительной работоспособности наиболее часто связана со следующими патологическими состояниями функции зрительного анализатора: затруднение обнаружения и опознания объектов, затруднение адаптации к меняющимся уровням освещенности, диплопия (двоение объектов зрения), колебания остроты зрения с появлением микро и макроскотом в центральном поле зрения [1,2,3]. Помимо этого на зрительную работоспособность могут влиять: нарушение артериального давления (гипер- или гипотония), прогрессирующий остеохондроз шейного и грудного отделов позвоночника с неврологической симптоматикой, изменение состояния нервной системы (невротическое состояние), нарушение общего и локального кровообращения.

Развитию этих процессов способствует напряженная зрительная работа слабовидящего, выполняемая при длительном поддержании вынужденного положения тела и нефизиологичной рабочей позой, а также развивающаяся монотония характерная для профессиональной работы лиц с глубоким нарушением зрительной функции вследствие сосудистой офтальмопатологии или последствию острых нарушений кровообращения органа зрения [4,5].

В связи с изложенным в каждом конкретном случае профтестирования и рационального трудового устройства этой категории больных в обязательном порядке следует проводить оценку состояния зрительной работоспособности [6].

Список литературы:

1. Разумовский М.И., Кожушко Л.А., Колюка О.Е., Гашина О.В., Красикова Н.С., Почобут Л.В. Показания к рациональному трудовому устройству инвалидов вследствие заболеваний и дефектов органа зрения. Методическое пособие. СПб.: 2009. - 47 с.
2. Разумовский М.И., Кожушко Л.А., Колюка О.Е., Гашина О.В., Красикова Н.С., Гордиевская Е.О., Суворова Т.К. Критерии МСЭ при монокулярном зрении. Методическое пособие. СПб.: 2011. - 55с.
3. Разумовский М.И. Кожушко Л.А., Колюка О.Е., Гашина О.В., Гордиевская Е.О., Суворова Т.К., Кузьмина И.Е. Качество жизни лиц перенесших офтальмопротезирование. Методическое пособие. СПб.: Изд. «Знак», 2012. – 67с.
4. Малышев В.В., Гутник И.Н., Бачалдина Л.Н. Эволюция представлений о механизмах бинокулярного пространственного зрения. Иркутск.: Бюллетень Восточно-сибирского центра РАМН. 2004. № 2 .-С. 13-19.
5. Малышев В.В. Розанова О.И., Гутник И.Н., Пивоваров Ю.И. Трансформация функциональной системы зрительного восприятия из нормальной в физиологическую. Иркутск.: Бюллетень Восточно-сибирского центра РАМН. 2004. № 2 .-С. 19-27.
6. Лудченко О.Е., Лазаренко В.И. Оценка качества жизни у пациентов в процессе адаптации к монокулярному зрению после травмы глазного яблока. Сибирское медицинское обозрение. Красноярск: 2006. № 4.- С . 46-51.

УДК 615.8:616.711.1–003.84–08

Ключева Е.Г.¹, Шиман А.Г.¹, Шоферова С.Д.¹, Жукова М.В.²,
Кантемирова Р.К.^{1,3,5}, Кароль Е.В.^{1,4}

ФИЗИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРАЛЬНО–БАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ

¹ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России

² Медицинский центр «Эсенди», Санкт-Петербург

³ФГБУ ФНЦИР им. Г.А.Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург ⁴ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России

⁵Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Klocheva E.G.¹, Shiman A.G.¹, Shoferova S.D.¹, Zhukova M.V.², Kantemirova R.K.^{1,3,5}, Karol E.V.^{1,4},

PHIOTHERAPY IN COMPLEX TREATMENT REHABILITATION OF PATIENTS WITH CIRCULATORY INSUFFICIENCY IN THE VERTEBRAL–BASILAR POOL

¹GBOU HPE SZGMU them. I.I. Mechnikov, St. Petersburg

²Medical center "Esendi", Saint-Petersburg

³FGBU FNCIR by H.Albrecht", St. Petersburg

⁴«Chief Bureau of medical social expertise of St. Petersburg», St. Petersburg, Russia

⁵Saint Petersburg State University, St. Petersburg

Ключевые слова: недостаточность кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне, физиотерапия, цитофлавин, транскраниальная электростимуляция, магнитолазерная терапия, реабилитация.

Key words: circulatory insufficiency in the vertebral–basilar pool, physiotherapy, cytoflavin, transcranial electrical stimulation, magnetic-laser therapy rehabilitation.

Аннотация. Проведено обследование и лечение 120 больных с недостаточностью кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне (ВББ). –Изучено состояние церебральной гемодинамики в экстра- и интракраниальных артериях, венозного кровотока головы и шеи. Оценивали в динамике субъективные и объективные клинические показатели до лечения и на фоне проводимой комбинированной физиотерапии в сочетании с лекарственными препаратами. Показана высокая эффективность влияния лечебного комплекса с использованием транскраниальной электростимуляции, магнитолазерного воздействия в сочетании с лекарственными препаратами (цитофлавин) на динамику клинико-функциональных показателей, сокращение сроков пребывания в стационаре у больных с недостаточностью кровообращения в ВББ.

Abstract. 120 patients with circulatory insufficiency in the vertebral-basilar basin (VBB) were examined and treated. We studied the state of cerebral hemodynamics in extra- and intracranial arteries, venous blood flow of the head and neck. Subjective and objective clinical indicators were assessed in terms of dynamics before treatment and against the background of the combined therapy. The high efficiency of the effect of the treatment complex with the use of transcranial electrostimulation, magnetolaser action in combination with drugs (cytoflavin) on the dynamics of clinical and functional indices, and the shortening of hospital stay in patients with circulatory failure in VBB is shown.

Введение. Нарушение кровообращения в вертебрально–базиллярном бассейне (ВББ) является предметом пристального изучения медицинской науки во всем мире. Это обусловлено как высокой распространенностью данной патологии, так и с социальной значимостью проблемы [1,2,4,7,9,12,15,23,24].

Современный подход к комплексному лечению больных обуславливает широкое применение сочетанных и комбинированных методов физиотерапии, которые, при правильном подборе лечебных факторов, позволяют влиять на различные звенья патогенеза заболевания, оптимизировать лечебные мероприятия, повысить качество и эффективность терапии, снизить риск инвалидизации, уменьшить длительность и сократить экономические затраты на лечение данной категории больных [3,5,6,8,17,18,19,20,21,22,25]. В связи с этим необходима разработка новых эффективных методик в лечении данного контингента пациентов.

Цель. Оценить эффективность использования цитофлавина, транскраниальной электростимуляции и магнитолазерной терапии в комплексном лечении и реабилитации больных с недостаточностью кровообращения в сосудах вертебрально-базиллярного бассейна.

Материалы и методы. Обследовано 120 больных с признаками недостаточности кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне: начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ) – у 57 (47,5%), и дисциркуляторной энцефалопатии I стадии (ДЭ I) – у 63 (52,5%) пациентов (устанавливались в соответствии с «Классификацией сосудистых поражений головного и спинного мозга», разработанной НИИ неврологии РАМН). Из них 69 (57,5 %) женщин и 51 (42,5 %) мужчин в возрасте от 20 до 45 лет, средний возраст – 33,4±4,2 года. Продолжительность заболевания от 2 до 6 лет.

Обследование включало изучение жалоб пациентов, анамнеза жизни и заболевания, клинический осмотр; всем проводился комплекс лабораторных и современных инструментальных методов диагностики: рентгенография (РГ) шейного отдела позвоночника, транскраниальная ультразвуковая доплерография (ТКУЗДГ) сосудов шеи и головного мозга, магнитно-резонансная томография (МРТ) или компьютерная томография (КТ) головного мозга; 28 больным – дуплексное сканирование (ДС), 46 пациентам проведена магнитно-резонансная ангиография (МРАГ) и 32 пациентам – магнитно-резонансная флебография.

Все больные осматривались терапевтом, окулистом и отоларингологом.

Для полуколичественной оценки выраженности 9 клинических симптомов использовалась 6-балльная рейтинговая шкала, которая предусматривает стандартизированные критерии оценки выраженности каждого симптома.

Неврологический статус оценивали по стандартной методике [14].

Диагноз дисциркуляторной энцефалопатии устанавливали в соответствии с рекомендациями НИИ неврологии РАМН, классификацией Гусева Е.И., Скворцовой В.И. [4], а также согласно характеру нейровизуализационных изменений при дисциркуляторной энцефалопатии [11].

Лечение больных с вертебро-базиллярной недостаточностью (ВБН) основывалось на критериях патогенетической и симптоматической терапии с назначением медикаментозных средств, оказывающих воздействие на различные звенья патогенеза и основные клинические проявления заболевания [10,13,16].

При наличии артериальной гипертензии, изменений реологических свойств крови, нарушениях липидного спектра больные получали рекомендованные кардиологом гипотензивные, либо гиполипидемические или антиагрегантные препараты. В качестве базовой терапии всем пациентам назначали антиоксидант и цитопротектор цитофлавин, содержащий сбалансированный комплекс двух метаболических антигипоксантов (янтарной кислоты и рибоксина) и двух витаминов – рибофлавина-моноклеотида (витамина В₂) и никотинамида (витамина РР), по 2 табл. 2 раза в сутки в течение 60 дней. У пациентов с головокружением (86,7%) также применяли бетагистин (бетасерк), влияющий на кохлеарный кровоток, на центральный и периферический вестибулярный аппарат, по 8 мг 3 раза в сутки в течение 45 дней. При комбинации препаратов у пациентов учитывались ведущие механизмы развития дисциркуляторного процесса при ВБН.

В комплексном лечении больных с ВБН применяли медикаментозные средства, сочетанные и комбинированные методы физиотерапии в виде магнито-лазерной терапии (МЛТ) или транскраниальной электростимуляции (ТЭС) и МЛТ, использование которых направлено на оказание антиоксидантного, антигипоксантного, антиагрегантного, нейропротекторного воздействия, оптимизацию мозгового метаболизма.

Обследованные больные были разделены на три группы, по 40 человек в каждой, различавшиеся по способам проводимой терапии. В I группе (основная) пациенты получали ЛТ и, дополнительно, ТЭС и МЛТ. Курс физиотерапии состоял из 8–10 процедур, проводимых ежедневно, с чередованием по дням методов воздействия. Во II группе (сравнения) пациентам назначалась ЛТ и МЛТ. Курс физиотерапии состоял из 8–10 процедур, проводимых ежедневно. В III группе (сравнения) лечебный комплекс был ограничен только приемом медикаментозных препаратов.

Эффективность проведенного лечения оценивали через 14 дней с характеристикой динамики выраженности основных симптомов заболевания, результатам клинических и функциональных методов исследования

Результаты. При проведении сравнительного анализа результатов лечения среди трех групп установлено,

что использование комбинированного применения лекарственной терапии, транскраниальной электростимуляции и магнитолазерной терапии приводит к значимому улучшению функциональных и клинических показателей. Оценка неврологического статуса до и после проведенных курсов лечения, свидетельствовала о том, что у большинства пациентов отмечалась положительная динамика в виде уменьшения выраженности неврологической симптоматики, однако достоверных различий в группах не получено.

При проведении сравнительного анализа динамики результатов ТКУЗДГ выявлено, что наибольшее позитивное влияние на состояние церебральной гемодинамики в экстракраниальных и интракраниальных артериях головы и шеи, венозного оттока из полости черепа оказывает применение лекарственных средств и комбинированных методов физиотерапии, приводящее к нормализации доплерографических показателей в 35,0%, по сравнению с использованием ЛТ и МЛТ или только медикаментозных средств (30,0% и 27,5% во II и III группах соответственно). Улучшение достигнуто в равной степени у пациентов I и II групп (по 52,5%) и несколько меньше (50,0%) в III группе. Однако, лечебный комплекс, ограниченный только медикаментозной терапией, был не эффективным у 22,5% больных, применение МЛТ во II группе снизило этот показатель до 17,5%, а при использовании ТЭС и МЛТ на фоне приема лекарственных препаратов – до 12,5% ($p < 0,001$).

В результате проведенного курса лечения пациентами субъективно отмечалась положительная динамика в I группе в среднем к 5 дню, во II группе к 7 дню, в то время как в III группе только к 9–10 дням от начала лечения больных с недостаточностью кровообращения в ВББ.

Ретроспективный анализ полученных положительных результатов в сравниваемых группах показал, что во II группе лучшая динамика клинических и гемодинамических показателей была у пациентов, у которых выявлялись НПНКМ и менее выраженные – у больных с признаками ДЭ. В I группе достоверно положительные результаты отмечались у пациентов, как с НПНКМ, так и при ДЭ в сосудах вертебрально-базиллярного бассейна.

Таким образом, сравнительный анализ результатов лечения у пациентов, как между группами, так и внутри них, при наличии более выраженных субъективных, неврологических симптомов и данных доплерографического исследования, соответствующих признакам недостаточности кровообращения в сосудах ВББ, продемонстрировал возможность, наряду с применением таблетированной формы цитофлавина в течение 60 дней, рекомендовать комплексное воздействие в виде медикаментозной терапии и последовательного воздействия изученными физиотерапевтическими методами (по 4–5 процедур, чередуя их по дням в ходе лечебного курса). В то же время применение магнитолазерной терапии на фоне лекарственной терапии следует использовать у пациентов с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга (с учетом субъективных, неврологических, доплерографических критериев и нейровизуализационных данных).

Заключение. По результатам исследования выявлена высокая эффективность применения лекарственной терапии, включающей цитофлавин, и сочетанных или комбинированных методик физиотерапии. С целью повышения эффективности лечения предложена тактика дифференцированного подхода к выбору терапии с учетом исходных клинико-функциональных показателей у данной категории больных, что позволяет индивидуально подходить к проблеме комплексной реабилитации пациентов с признаками недостаточности кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне, повысить эффективность реабилитации и сократить продолжительность лечения, оптимизировать работу врачей общей практики, неврологов, реабилитологов и физиотерапевтов.

Список литературы.

- Александров, М.В. Общая неврология / М.В. Александров, Е.Г. Клочева, В.А. Макарова. – СПб., 2009. – 232 с.
- Волков, С.К. Вертебрально-базиллярная недостаточность клинические и диагностические аспекты/ С.К. Волков // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2010. – № 2. – С. 33–39.
- Гурленя, А.М. Физиотерапия в неврологии / А.М. Гурленя, Г.Е. Багель, В.Б. Смычек. – М.: Мед. лит., 2011. – 296 с.
- Гусев, Е.И. Ишемия головного мозга / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова // М.: Медицина, 2001. – 328 с.
- Дидур, М.Д. Использование немедикаментозных методов в коррекции нейровегетативных нарушений / М.Д. Дидур, [и др.] // Ученые записки СПбГМУ. – 2006. – Т. XIII. – № 3. – С. 81–82.
- Дударенко, С.В. Механизм развития патологии внутренних органов в условиях экологического и профессионального перенапряжения регуляторных систем организма человека / С.В. Дударенко, А.А. Новицкий, С.С. Алексанин // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2010. – № 1. – С. 5–9.
- Кантемирова Р. К., Чернобай В. Г., Арьев А. Л., Дзахова С. Д. Фармако-терапия в гериатрической практике: руководство для врачей // СПб.: СпецЛит, 2010. 160 с.
- Камчатнов, П.Р. Вертебрально-базиллярная недостаточность / П.Р. Камчатнов // Журнал неврологии и психиатрии. – 2011. – Т. 111. – № 9. – С. 3–9.
- Кириянова, В.В. Применение лазерного излучения и магнитных полей при лечении неврологических заболеваний / В.В. Кириянова [и др.]. – СПб, Издательский дом СПб МАПО, 2002. – 48 с.
- Клочева, Е.Г. Применение цитофлавина у больных с гипоксическими состояниями головного мозга ишемического генеза / Е.Г. Клочева, М.В. Александров, Е.Б. Фомина // Вестник СПбГМА им. И.И. Мечникова. – 2002. – № 2. – С. 133–138.

- Ключева, Е.Г. Этиологические, патогенетические и клинические особенности вертебрально–базиллярной недостаточности / Е.Г. Ключева [и др.] // Физиотерапевт. – 2013. – № 2. – С. 13–18.
- Левин, О.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: анахронизм или клиническая реальность? / О.С. Левин // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2012. – № 3. – С. 40–46.
- Лобзин, С.В. Опыт использования препарата омарон в лечении вертебрально–базиллярной недостаточности / С.В. Лобзин, Т.В. Бодрова, А.В. Василенко // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – № 1. – С. 40–43.
- Пономаренко, Г.Н. Медицинская реабилитация: Учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 – 360 с.
- Пузин, М.Н. Медикаментозное лечение больных с вертебрально-базиллярной недостаточностью / М.Н. Пузин, Г.А. Зиновьева, Л.П. Метелкина // Клиническая фармакология и терапия. – 2006. – №2. – С. 23–26.
- Скоромец, А.А. Нервные болезни: учебное пособие / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. –9-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 560 с.
- Сорокоумов, В.А. Влияние глиатилина на когнитивные функции, уровень невротической астении и депрессии у пациентов с хронической вертебрально–базиллярной недостаточностью / В.А. Сорокоумов [и др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2013. – №1. – С. 99–100.
- Суслина, З.А. Эффективность цитофлавина при хронической ишемии мозга /З.А. Суслина, Е.Г. Ключева, М.А. Пирадов // Клиническая медицина. – 2010. – №3. – С. 50–53.
- Суслова, Г.И. Общая физиотерапия. Электротерапия: учебно–методическое пособие / Г.И. Суслова [и др.]. – СПб.: Издание ГПМА, 2004. – 32 с.
- Улащик, В.С. Инновационные технологии магнитотерапии. Научный обзор / В.С. Улащик // Физиотерапевт. – 2013. – №3. – С. 51–75.
- Физическая и реабилитационная медицина: национальное руководство / под ред. Г.Н. Пономаренко. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2016. – 688 с.
- Шиман, А.Г. Физиотерапия заболеваний периферической нервной системы / А.Г. Шиман, Л.А. Сайкова, В.В. Кирьянова. – СПб. – 2001. – 337 с.
- Шиман, А.Г. Оценка эффективности методов физиотерапии в комплексном лечении больных с вертебрально–базиллярной недостаточностью / А.Г. Шиман [и др.]. – СПбГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2012. – 36 с.
- Шиман, А.Г. Физиотерапия в комплексном лечении больных с вертебрально–базиллярной недостаточностью: монография / А.Г. Шиман [и др.]. – СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015. – 116 с.
- Agraval, D. Have craniovertebral junction anomalies been overlooked as a cause of vertebro–basilar insufficiency / D. Agraval [et al.]. – Spine. – 2006. – Vol. 31. – P. 846–850.
- Markus, H.S. Cerebral perfusion and stroke / H.S. Markus // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. – 2004. – № 75. – P. 353–361.
- Shiman, A.G. Low intensive pulse electrotherapy. The main methods and strategies: // Educational manual for students / A.G. Shiman [et al.]. – SPb: Saint–Petersburg state medical academy named after I.I. Mechnikov, 2006. – 134 p.

Раздел 7. Ранняя помощь детям. Опыт и перспективы.

УДК 364.42/.44

Самарина Л.В.

РАННЯЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И СЕМЬЯМ: ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, ПРИНЦИПЫ, ТЕХНОЛОГИЯ

АНО ДПО «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства», Санкт-Петербург

Samarina L.V.

EARLY INTERVENTION: GOALS, PRINCIPLES, ALGORITHM

*Non-government organization "Institute of early intervention", St. Petersburg**Ключевые слова: ранняя помощь, управление случаем, мониторинг**Keywords: early intervention, case management, monitoring**Аннотация. Тезисы кратко раскрывают основные положения «Ранней помощи детям и семьям».**Abstract. The theses briefly describe the main points of "Early childhood intervention".*

31 августа 2016 года Распоряжением Правительства Российской Федерации была утверждена «Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации» на период до 2020 года. В настоящий момент времени ведется большая работа по созданию нормативно-правовой базы для обеспечения создания, функционирования и развития Подразделений ранней помощи.

«Ранняя помощь детям и их семьям» это комплекс услуг, оказываемых на междисциплинарной основе детям целевой группы и их семьям. «Ранняя помощь» развивает систему поддержки детям раннего возраста, имеющим ограничения жизнедеятельности, интегрируя различные услуги, чтобы обеспечить им лучшее развитие и функционирование, а также поддержку и обучение их семьям в критически важные первые годы жизни ребенка. Все услуги и виды поддержки носят функциональную направленность и нацелены на улучшение повседневной жизни ребенка и семьи, включены в их естественную среду.

«Ранняя помощь» является отдельной самостоятельной формой помощи ребенку и семье, возникшей на стыке систем специального образования, здравоохранения и социальной защиты. Для оказания «ранней помощи» в различных организациях открываются Подразделения ранней помощи. Они могут быть открыты в организации любой подведомственности по решению субъекта РФ. При этом в процессе оказания поддержки ребенку и семье специалисты Подразделения ранней помощи строят межведомственное взаимодействие с учреждениями здравоохранения и образования для решения задач раннего выявления детей, нуждающихся в ранней помощи, и реализации программ перехода детей в систему дошкольного образования.

Основные принципы «ранней помощи»: максимально раннее начало (до достижения ребенком 3-х лет), семейно-ориентированность, междисциплинарность, использование естественной среды, индивидуализированность, длительность и непрерывность. При построении процесса «ранней помощи» используется технология социальной работы «управление случаем» (case management), когда работа с семьей подчинена строгому алгоритму: выявление случая, вход в программу, оценка, построение и реализация Индивидуальной программы, мониторинг и выход (закрытие случая).

Все процедуры «ранней помощи» выполняются междисциплинарной командой специалистов, которая создается для каждого ребенка и семьи индивидуально с учетом потребностей семьи. Объединяющим началом для команды являются рутины повседневной жизни, которые требуют вмешательства. Функциональная реабилитация/абилитация нацелена на развитие у ребенка необходимых в повседневной жизни способностей и навыков, адаптацию окружающей среды, обучение людей, непосредственно воспитывающих ребенка.

Для удовлетворения потребностей детей и семей в Подразделении ранней помощи работают следующие специалисты: психолог, педагог, логопед, специалист по движению (физический терапевт), эрготерапевт, педиатр развития.

Необходимым компонентом обеспечения эффективности «ранней помощи» является регулярный мониторинг достижения целей, поставленных в Индивидуальной программе. При этом базовые цели, на которые нужно ориентироваться при мониторинге, определены как для детей, так и для семей. Для детей это улучшение функционирование ребенка 1) в области социальных отношений и взаимодействия с взрослыми и сверстниками, 2) в области приобретения и использования знаний и навыков, 3) в области заботы о себе. Для семей это понимание потребностей ребенка, способности его развивать, удовлетворенность процессом абилитации и психологическое состояние родителей.

Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года: утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р.

Стандартные требования к организации деятельности службы раннего вмешательства. Сборник. Аксенова О.Ж., Баранова Н.Ю., Емец М.М., Самарина Л.В., Тасис, 2013.

Early On Child Outcomes: Handbook to Guide the Measurement and Reporting of Child Outcomes for Early On Michigan Version 13: 10/09

Guralnick, M. J. (2005). Inclusion as a core principle in the early intervention system. In M. J. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 59–69). Baltimore: Brookes

McWilliam R. *Routines-Based Early Intervention: Supporting Young Children and Their Families*. Brookes Publishing; 1 edition (2010).

Denise Luscombe (Paediatric Physiotherapist)

CHILDHOOD INTERVENTION IN AUSTRALIA: CURRENT CONCEPTS AND CHALLENGES

Early Childhood Intervention Australia Perth Western Australia

Keywords: Early Intervention, Child Development, Families, Guidelines, NDIS

Abstract: This presentation will provide an overview of the National Guidelines for Best Practice in Early Childhood Intervention developed by Early Childhood Intervention Australia, discuss briefly how services are provided to children with developmental delay and disability in Australia, and their families, and the benefits and challenges presented by the National Disability Insurance Scheme roll out.

References:

Early Childhood Intervention Australia (ECIA) (2016). *National Guidelines. Best Practice in Early Childhood Intervention*. Melbourne, Vic. Report for the National Disability Insurance Agency (NDIA). Available at <http://www.ecia.org.au/resources/best-practice-guidelines>

Early Childhood Intervention Australia (ECIA) WA/NT Alliance (2017). *Choosing Quality Early Childhood Intervention Services and Supports for Your Child: What you need to know*. Perth, Western Australia. Available at <https://www.ecia.org.au/resources/family-booklet>

Johnston, C., Luscombe, D. & Fordham, L. (2017). Working with families as part of early childhood intervention services: Family-centred practice in an individualised funding landscape. In H. Sukkar, C.J. Dunst, & J. Kirkby (Eds.), *Early childhood intervention Working with families of young children with special needs* (pp 129-142). New York: Routledge

УДК 364.07+ 614.2+616-036.86

Шошмин А.В., Бесстрашнова Я.К.

РАЗВИТИЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СВЕТЕ ПОЛОЖЕНИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

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

Shoshmin A.V., Besstrashnova Y.K.

DEVELOPMENT OF EARLY CHILDHOOD INTERVENTION IN THE RUSSIAN FEDERATION IN THE LIGHT OF THE PROVISIONS OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: ранняя помощь детям, МКФ, абилитация, семья, критерии, индивидуальная программа ранней помощи.

Keywords: early childhood intervention, ICF, habilitation, family, criteria, individual program of early childhood intervention.

Аннотация: В соответствии с концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья позволяет выработать единые подходы к оказанию помощи семье всем специалистам, независимо от специализации и ведомственной принадлежности, и стать основой для выработки критериев, стандартов, программ в этой сфере.

Abstract: In accordance with the Concept on Early Childhood Care in the Russian Federation, the International Classification of Functioning, Disability and Health makes it possible to develop common approaches to assisting families by all specialists regardless of their specialization and departmental affiliation, and to become the basis for developing criteria,

standards, and programs in this field.

Актуальной задачей Правительства Российской Федерации, выраженной в Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года [1], является разработка единого подхода к формированию ранней помощи и сопровождению нуждающихся в ней детей и их семей, а также к определению механизма межведомственного взаимодействия по этим вопросам на федеральном уровне и уровне субъекта Российской Федерации. Цель определена в виде разработки основных принципов и положений для создания условий предоставления услуг ранней помощи на межведомственной основе, обеспечивающих раннее выявление нарушений здоровья и ограничений жизнедеятельности, оптимальное развитие и адаптацию детей, интеграцию семьи и ребенка в общество, профилактику или снижение выраженности ограничений жизнедеятельности, укрепление физического и психического здоровья, повышение доступности образования для детей целевой группы.

Всеобъемлющей целью Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [2], является обеспечение унифицированным стандартным языком и определение рамок для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем. В настоящее время, это единственный унифицированный язык, позволяющий общаться междисциплинарной команде, стандартным образом описывать состояние ребенка и семьи и взаимодействовать на межведомственном уровне, не нарушая законодательство о персональных данных [3].

Исторически сложившееся использование МКФ в ранней помощи дает государству возможность для разработки единых критериев, методик, стандартов, программ оказания помощи семье и ребенку на всех уровнях: индивидуальном, муниципальном, субъекта Российской Федерации, государства в целом. МКФ позволяет это сделать комплексно и системно, в том числе упорядочить понятия, используемые при описании ребенка и семьи в разных ведомствах специалистами здравоохранения, социальной сферы, образования, службы занятости и других сферах, использовать единый словарь при обмене информацией, постановке целей абилитации и реабилитации детей и семьи, мониторинга этих процессов и оценке результатов.

При разработке региональных и ведомственных программ развития ранней помощи необходимо использовать эту возможность и максимально избегать внутриведомственной терминологии, разработки ведомственных стандартов, основанных на диагнозах или группах здоровья, используя более универсальные показатели (такие как категории функций и активности и участия, позволяющие сразу оценивать степень выраженности нарушений) и доступные для понимания и практики всем специалистам, связанным с ранней помощью.

Список литературы

1. Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года: распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р. – URL: <https://www.consultant.ru/law/hotdocs/47348.html> (дата обращения: 30.08.2017).
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.
3. Федеральный закон «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» от 27.07.2006 г. № 149-ФЗ (ред. 29.07.2017 г.). – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61798/ (дата обращения: 30.08.2017).

УДК 616-036.86

Тарана Сейид-Маммадова¹, Реван Мустафаев², Илги Эртем²

МЕЖДУНАРОДНОЕ РУКОВОДСТВО ПО МОНИТОРИНГУ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА: ФИЛОСОФИЯ И ПРИНЦИПЫ

¹Бакинский детский лечебно-восстановительный центр, Баку

²Университет Анкара, медицинский факультет, кафедра педиатрии, отделение педиатрии развития и поведенческой педиатрии, Анкара

Tarana Seyid-Mammadova¹, Revan Mustafayev², Ilgi Ertem²

INTERNATIONAL GUIDE ON MONITORING CHILD DEVELOPMENT: PHILOSOPHY AND PRINCIPLES

¹Baku Children's Rehabilitation Center, Baku

²Ankara University, School of Medicine, Department of Pediatrics, Developmental and Behavioral Pediatrics Division, Ankara

Ключевые слова: раннее развитие ребенка, трудности развития, мониторинг развития, Международное Руководство по Мониторингу Развития Ребенка (PMPP).

Keywords: early child development, developmental difficulties, developmental monitoring, International Guide on Monitoring Child Development (GMCD)

Аннотация: Международное Руководство по Мониторингу Развития Ребенка (PMPP) является комплексным пакетом, основанным на биоэкологической теории и семейно-центрированном подходе и предназначен для мониторинга раннего развития ребенка, поддержки развития, раннего выявления трудностей развития и раннего

вмешательства.

Abstract: International Guide on Monitoring Child Development (GMCD) is a comprehensive package based on bioecological theory and family-centered care, which aims to aid clinicians in monitoring and supporting early child development, the early detection of developmental difficulties and early intervention.

Раннее развитие ребенка (РРР) подобно спектру, который в зависимости от сосуществования и взаимодействия факторов риска и защитных факторов может широко варьировать от оптимального развития до трудностей развития (ТР) или даже инвалидности [1, 2]. У 15% детей, то есть у 1 из 6, имеются трудности развития [3]. Современным подходом к содействию РРР является проведение мониторинга развития, что в отличие от скрининга развития, подразумевает собой динамичное наблюдение за развитием ребенка и поддержку всех областей развития, выявление и предотвращение факторов риска, содействие защитным факторам и жизнестойкости, раннее выявление трудностей развития и плавный переход к раннему вмешательству [1,2]. Основными принципами мониторинга развития является семейно-центрированный подход, построение партнерских отношений с родителями, учет потребностей семьи, акцент на функционирование, активность и участие ребенка, комплексность, осведомленность о теориях РРР, использование стандартизированных, научно-обоснованных, достоверных, надежных и практически применимых инструментов [1].

Недостатки существующих инструментов для оценки развития ребенка [4,5] сформировали потребность в разработке нового подхода для мониторинга РРР. Международное Руководство по Мониторингу Развития Ребенка (РМРР) – комплексный подход, который использует технику задавания открытых вопросов для оценки развития ребенка 0-42 месяцев, укрепления партнерских отношений между специалистом и семьей, содействия РРР и предотвращения ТР в системе получения услуг, особенно системы здравоохранения. РМРР разработан с учетом биоэкологической теории развития ребенка, основан на семейно-центрированном подходе с акцентом на сильные стороны ребенка и семьи. РМРР состоит из трех компонентов: раздела мониторинга для раннего выявления рисков и нарушений, раздела поддержки для обеспечения адекватного заботливого, стимулирующего ухода и раздела раннего вмешательства, основанного на функционировании, активности и участии [2,6].

РМРР был разработан в результате 20-летних научных исследований в Турции и международного исследования в 4 странах с охватом 12 000 детей. Сходства в развитии здоровых детей из стандартизированной выборки были использованы для разработки раздела мониторинга РМРР. При оценке достоверности РМРР чувствительность составила 0.79-0.94, специфичность - 0.70-0.82 [4,5].

РМРР не требует рестандартизации для страны и предоставляется бесплатно после прохождения курса по использованию РМРР. Оценка по РМРР занимает 7-10 минут [4,5]. В настоящее время апробируется мобильное приложение РМРР.

РМРР – комплексный подход, который можно использовать в системе предоставления услуг для мониторинга и поддержки РРР, раннего выявления ТР и раннего вмешательства.

Список литературы:

1. Ertem I. Developmental difficulties in early childhood. Prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries. - A review- WHO publication, 2012.
2. Ertem I. The international Guide for Monitoring Child Development: enabling individualised interventions. Early Childhood Matters . - 2017. - S83-87.
3. Boyle C., Boulet S., Schieve L., Cohen R., Blumberg S., Yeargin-Allsopp M., Visser S., Kogan M. Trends in the Prevalence of Developmental Disabilities in US Children, 1997–2008. // Pediatrics. -2011. – Vol. 127. - S1034-1042.- URL: <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/6/1034.long> (дата обращения: 24.08.2017)
4. Fischer V., Morris J., Martines J., Developmental Screening Tools: Feasibility of Use at Primary Healthcare Level in Low- and Middle-income Settings. // Journal of Health, Population and Nutrition. - 2014. – Vol. 32(S2). – S314–326.-URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4216967/> (дата обращения: 24.08.2017)
5. Ertem I., Dogan D., Gok C., Kizilates S., Caliskan A., Atay G., Vatandas N., Karaaslan T., Baskan S., Cicchetti D. A Guide for Monitoring Child Development in Low- and Middle-Income Countries. // Pediatrics. – 2008. - Vol. 121(S3). –S581 -589

УДК 616-036.86

Denise Luscombe (Paediatric Physiotherapist)

FAMILY CENTRED PRACTICE: TIME FOR REFLECTION

Early Childhood Intervention Australia Perth Western Australia

Keywords: Early Intervention, Families, Family-centred practice, Disability

Abstract: This workshop will cover the practical application of being family-centred when working with children with developmental delay and disability, and their families. It will consider key concepts in implementing family-centred practice and will provide participants with the opportunity to reflect on their own strengths and areas for growth in regards to working in partnership with families.

References:

Early Childhood Intervention Australia (ECIA) (2016). National Guidelines. Best Practice in Early Childhood Intervention. Melbourne, Vic. Report for the National Disability Insurance Agency (NDIA). Available at <http://www.ecia.org.au/resources/best-practice-guidelines>

Early Childhood Intervention Australia (ECIA) WA/NT Alliance (2017). *Choosing Quality Early Childhood Intervention Services and Supports for Your Child: What you need to know*. Perth, Western Australia. Available at <https://www.ecia.org.au/resources/family-booklet>

Johnston, C., Luscombe, D. & Fordham, L. (2017). Working with families as part of early childhood intervention services: Family-centred practice in an individualised funding landscape. In H. Sukkar, C.J. Dunst, & J. Kirkby (Eds.), *Early childhood intervention Working with families of young children with special needs* (pp 129-142). New York: Routledge

УДК 364.42/.44

Самарина А.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ» В РАБОТЕ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ

АНО ДПО «Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства»

Samarina A. A.

USING OF "INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH" IN THE EARLY INTERVENTION SERVICE

Saint-Petersburg Early Intervention Institut

Ключевые слова: Международная классификация функционирования, МКФ, функциональная реабилитация, собственная активность, повышение компетентности семьи, индивидуальная программа ранней помощи

Keywords: International classification of function, ICF, functional rehabilitation, individual activity, increase of family competence, individual early intervention program.

Аннотация: В тезисах представлены основные изменения в подходах к построению и реализации программ ранней помощи. Изменения произошли в результате применения «Международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья». Рассматривается функциональный подход и такие характеристики программ ранней помощи, как их функциональная направленность, реализация в естественной среде на основе активного участия ребенка и семьи.

Abstract: The theses present the main changes to the implementation of the programs of early intervention. Changes occurred because of the application of the "International Classification of Functioning, Disability and Health". The functional orientation of the early intervention programs, implementation of the programs in the natural environment, active participation of the child and the family are considered as new functional approach in early intervention programs.

Традиционно в течение многих лет в зарубежных странах и России процесс реабилитации детей, имеющих инвалидность, носил исключительно медицинский характер. Ранняя помощь (вмешательство), как область помощи детям раннего возраста строилась по аналогии с реабилитацией детей старшего возраста. Основными задачами реабилитационных мероприятий были: постановка правильного медицинского диагноза, подбор и осуществление лечебных мероприятий. Для преодоления нарушений развития предлагалось медицинское лечение и специальное обучение.

Большинство формируемых навыков носили академический характер и были очень мало связаны с повседневной жизнью ребенка. Реабилитационные мероприятия не касались жизни и потребностей семьи, а были направлены на преодоление «недостатков» ребенка, не учитывали и не опирались на его сильные стороны.

В последние десятилетия в международной практике ранней помощи начал развиваться новый подход, определяемый в МКФ, как функциональный. Главными целями ранней помощи становятся содействие благополучию ребенка, улучшение способностей ребенка выполнять задачи, встающие в повседневной жизни, обеспечение максимальной активности и участия ребенка в повседневных жизненных ситуациях. При этом развитие у ребенка способности участвовать в различных социальных ситуациях рассматривается как наиболее значимая цель программ помощи семье и ребенку.

Применения МКФ привело к изменению философии ранней помощи. Теперь программы ранней помощи обладают следующими характеристиками:

Функциональная направленность программ. В МКФ подчеркивается необходимость сфокусироваться в реабилитации на функционировании ребенка в повседневной жизни и его социальном участии. Основными мероприятиями в программах становятся развитие способностей ребенка, приспособление и устройство окружающей среды, обучение окружающих людей взаимодействию с ребенком с учетом его особенностей.

Реализация программ в естественной среде, на основе повседневных рутин. Маленькие дети учатся лучше,

когда они могут развивать и закреплять новые навыки в рамках той деятельности, в которой они будут их использовать, а не в специально созданных учебных ситуациях. Многие повседневные естественные ситуации способствуют развитию и расширению различных возможностей ребенка (в социальной, коммуникативной, двигательной и др. областях), которые в свою очередь улучшают его способности учиться. Иными словами, предоставление услуг ранней помощи должно происходить в типичных повседневных активностях ребенка, что увеличивает количество возможностей для его обучения.

Реализация программ ранней помощи на основе участия семьи, направленность на повышение компетентности семьи в вопросах развития ребенка. Использование семейно-центрированного подхода в ранней помощи означает переход от экспертной модели взаимодействия с семьей к консультативной модели, в которой опыт профессионалов используется для поддержки семьи, а не для прямого обучения ребенка. Задача профессионалов в том, чтобы направлять действия родителей, с учетом их индивидуальных повседневных жизненных ситуаций, пожеланий и условий. Специалисты, которые обеспечивают реализацию программы ранней помощи, опираются на активность и участие членов семьи.

Применение МКФ также задает рамки для проведения функциональной оценки жизнедеятельности ребенка, факторов, влияющих на его жизнедеятельность, как позитивных, так и оказывающих негативное влияние. Наличие и четкая структура описания жизнедеятельности в МКФ позволяют специалистам планировать индивидуальную программу помощи для ребенка на основе целостного представления о видах активности в жизни ребенка. Концепт «участие» помогает удерживать в реабилитационной работе идею собственной активности ребенка. Предложенная в МКФ система определителей для ограничения жизнедеятельности используется в оценке и мониторинге и служит для специалистов ориентиром потенциальных способностей и возможностей ребенка.

Таким образом применение МКФ в работе специалистов ранней помощи привело к изменению в подходах к реабилитации, структурированию процедур оценки и планирования программ помощи.

Литература:

International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth Version. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2007

Early Childhood Development and Disability: A discussion paper. World Health Organization: Geneva, UNICEF, 2012

УДК 364.048.2

Такачакова А.Л., Чистякова В.А., Езенева Н.М.

ОБ ОПЫТЕ РАБОТЫ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ НА БАЗЕ БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ»

БУ РА «РРЦ для детей и подростков с ограниченными возможностями» г. Горно-Алтайск, Россия

Takachakova A.L., Chistyakova V.A., Yezeneva N.M.

ON THE EXPERIENCE OF THE EARLY INTERVENTION SERVICES ON THE BASIS OF A BUDGETARY INSTITUTION OF THE ALTAI REPUBLIC “REPUBLICAN REHABILITATION CENTER FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS ON DISABILITIES»

Gorno-Altai, Russia

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями, диагностика, ранняя помощь, индивидуально-ориентированная программа сопровождения ребенка и семьи.

Key words: children with disabilities, diagnosis, early intervention, individual-based program to assist the child and family.

Аннотация. В статье представлен опыт работы службы ранней помощи, созданной при финансовой поддержке гранта Фонда поддержки детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Abstract. The article presents the experience of early intervention services, created with the financial support of the grant of Fund of support of children, appeared in a difficult life situation.

В Республике Алтай с 2016 года реализуется подпрограмма «Ранняя помощь детям с ограниченными возможностями здоровья и развития и их семьям» государственной программы Республики Алтай «Обеспечение социальной защищенности и занятости населения» на 2016-2017 годы. Актуальность ее разработки обоснована результатами анализа социально-экономического положения детей-инвалидов и семей с детьми-инвалидами в республике, а также необходимостью концентрации ресурсов в решении вопросов ранней помощи детям с проблемами в здоровье и развитии и социализации семей с детьми-инвалидами. В

рамках реализации подпрограммы на базе бюджетного учреждения Республики Алтай «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» создана служба ранней помощи «Чалын».

В целях организации службы в учреждении были разработаны локальные акты (положение о службе ранней помощи «Чалын», направления деятельности специалистов в службе ранней помощи, изменения в структуре учреждения, график приема специалистов и др.).

Деятельность службы строится на основе программы ранней комплексной помощи детям от рождения до 3 лет. В программе выделены следующие направления работы специалистов: диагностическая деятельность, коррекционно-развивающая работа, просветительская работа и пропаганда дефектологических знаний, методическая работа, информационно-аналитическая работа.

Получателями услуг службы ранней помощи «Чалын» являются дети от рождения до 3 лет с особыми потребностями, вызванными медицинскими, биологическими и социальными факторами и их семьи.

Ранняя помощь ребенку и семье реализуется через междисциплинарную оценку основных областей развития ребенка (познавательной, социально-эмоциональной, двигательной, речевой, области самообслуживания); определение состояния психического развития ребенка, качественных особенностей его отношений с родителями и другими членами семьи; выявление основных потребностей ребенка и семьи. За время реализации программы в службу обратились уже более 250 семей, воспитывающих детей раннего возраста, которые имеют выявленное отставание в развитии, имеют медицинские диагнозы (стойкие нарушения здоровья), с высокой вероятностью приводящие к отставанию в развитии, проживают в условиях социального риска, подвергались серьезному стрессу или насилию, входят в группу биологического риска.

На первичном приеме специалистами службы проводится наблюдение за поведением ребенка в естественных ситуациях в присутствии родителей. Вместе с родителями специалисты отмечают те или иные нарушения, описывают особенности ребенка. В случае, когда запрос родителей отражает не наличие серьезных проблем, а беспокойства, связанные с особенностями возрастного развития ребенка, либо с несовпадением ожиданий родителей и поведением ребенка, с родителями проводится беседа об особенностях развития ребенка, рекомендуются игры, проводятся показательные занятия.

Дети с отставанием в экспрессивном языке и понимании языка направляются к специалисту по коммуникации. В основу оценки коммуникации положены результаты наблюдения за ребенком, беседы с родителями, ответов родителей на ряд дополнительных опросников. Оценка включает краткий языковой анамнез (вокализации, довербальная коммуникация, гуление и лепет, первые слова), экспрессивный язык в настоящий момент (лепет, просодика, имитация, словарь), понимание языка, жесты, коммуникативные навыки, состояние артикуляторных органов и орально-моторных функций ребенка, его внимание, игра и когнитивные способности, особенности общения родителя с ребенком, стиль коммуникации с ребенком (часто ребенок может получить очень многое просто от изменения стиля общения с ним матери, от изменения «языкового входа»).

Дети с отставанием в социальной области (по результатам диагностических шкал), дети с социально-эмоциональными и поведенческими проблемами, выявленными на первичном приеме, направляются к психологу. Психолог анализирует историю психического развития ребенка, акцентируя внимание на таких факторах риска, как нарушенные отношения между матерью и ребенком, сложности в кормлении грудью и отлучении от груди, случаи раннего разлучения и госпитализаций и т.п. Специалист наблюдает за поведением ребенка во время приема, за тем, как он общается с родителем и с незнакомым человеком (психологом), интересуется ли игрушками и какими, какова его исследовательская активность. Психолог оценивает, понимает ли мать чувства ребенка, и как собственные чувства и особенности матери (низкая самооценка, тревожность, депрессия, нарушенные отношения в семье и т.п.) влияют на ее отношения с ребенком. При приеме ребенка с серьезными нарушениями развития специалист пытается оценить, каковы психологические нужды ребенка в настоящий момент, используя те же методы наблюдения и оценки, как и для ребенка без серьезных нарушений.

Во время совместных приемов детей с «неврологическими» диагнозами психолог и невролог пытаются оценить роль биологических, психологических и социальных факторов в развитии ребенка, что позволяет в ряде случаев избежать медикаментозного лечения.

В работе службы использовались специализированные компьютерные программы KID (для оценки познавательных, двигательных, речевых навыков, самообслуживания и социальной сферы у детей до 16 месяцев) и RCDI (для оценки речи, понимания, крупной и тонкой моторики, самообслуживания и социальной сферы детей в возрасте от 14 месяцев до 3,5 лет). Количество детей, прошедших диагностику профиля развития ребенка по всем сферам жизни, в 2017 году составило 115 человек, из них по шкале KID продиагностировано 30 детей, по шкале RCDI – 85.

Количество детей, включенных в индивидуально-ориентированную программу сопровождения ребенка и семьи в 2017 году, составляет 120. За первое полугодие 2017 года 11 детей уже закончили обслуживание

по программе ранней помощи, из них:

6 детей завершили обслуживание по индивидуально-ориентированным программам ранней помощи, поставленные цели достигнуты;

3 детей достигли возраста 3-х лет, и они будут посещать детский сад;

2 детей перевели в группу Лекотека. Это дети, которым исполнилось три года, но по состоянию здоровья и уровню развития они не смогут посещать детский сад.

В зависимости от потребностей семьи практическая работа осуществлялась в различных формах: диагностическое анкетирование, оценка развития ребенка, консультация специалистов, развивающие занятия. Для некоторых случаев достаточно одного консультирования, для других проводились интенсивные занятия, например для детей с темповой задержкой развития в двигательной сфере инструктор по ЛФК проводит 3 встречи в течение одной недели. Групповые занятия обычно рассчитаны на 3-4 месяца, но некоторые дети продолжают посещать группу в течение года. Комплектование групп происходит на основании показателей развития детей, их возраста. Большинству детей в соответствии с индивидуально-ориентированными программами помощи были рекомендованы индивидуальные занятия.

Для детей, имеющих тяжелые двигательные нарушения, проводятся постоянные занятия в кабинете ЛФК, где специалисты помогают семье глубже понять своего ребенка, его нужды и проблемы. Основная цель - достижение ребенком максимальной функциональной независимости и адаптация его в семье и обществе. Во время каждого посещения занятий родители получают практические рекомендации для занятий дома. Эти задания носят рекомендательный характер, родители получают советы, как играть с ребенком и развивать его в повседневной жизни.

Для детей с задержкой речевого или психического развития задания направлены на стимуляцию речевого, эмоционального, когнитивного развития и поддержку оптимального взаимодействия с мамой. Задержка активной речи - самая распространенная причина обращения к специалисту по коммуникации. В таких случаях мамы, чаще всего, говорят о том, что ребенок не говорит, мало говорит, говорит хуже, чем его сверстники. Однако часто родители не обращают внимание на недостатки понимания, познавательного развития, внимания, эмоциональные проблемы или не связывают их с речью. Поэтому многие занятия проводятся совместно психологом и специалистом по коммуникации. Совместные приемы специалистов позволяют глубже разобраться в детях с сочетаниями проблем, создают поддержку работе остальных профессионалов и, по сути, являются взаимообучением.

Эффективная работа службы во многом определяется наличием оборудованных кабинетов: первичного приема, кабинет индивидуальных и групповых занятий, имеющие в наличии необходимое оборудование, приобретенное за счет средств гранта Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации: Монтессори панели и игрушки на развитие тактильных ощущений, на развитие когнитивных процессов, мелкой моторики рук; сухой бассейн с горкой, деревянные тактильные панели для развития активности; световой стол для рисования; тактильные дорожки; наборы для акустического, зрительного и обонятельного развития; дидактические модули; логические блоки; спортивный модуль, дорожки здоровья, детская мебель и др.

Программы работы специалистов с родителями и детьми в рамках работы службы формировались в зависимости от потребностей семьи и трудностей в развитии у ребенка, и, как правило, включали проведение психолого-педагогической работы по оказанию помощи семьям в преодолении кризиса, связанного с рождением ребенка с особенностями развития; проведение коррекционно-развивающей работы (консультирование семей по вопросам двигательного, речевого, когнитивного, эмоционально-волевого развития ребенка, отработка навыков и приемов конструктивного взаимодействия родителей с ребенком; информационная помощь; содействие в создании специальных условий для развития ребенка в домашней обстановке, а также помощь семье в подборе адекватных методов воспитания и обучения ребенка).

Для семей, включенных в программу ранней помощи, проводятся социокультурные мероприятия, направленные на формирование позитивных интересов родителей и детей, организацию их совместной деятельности, развитие коммуникативных качеств, раскрытие творческих способностей.

Ежемесячно проводятся собрания для родителей, где они имеют возможность друг другу рассказать об успехах своих детей, поделиться своим опытом, обсуждаются темы предстоящих мероприятий. Есть родители, которым удается быстро овладеть и применять на практике поставленные перед ними задачи программ помощи, и именно таких родителей специалисты приглашают проводить совместные мастер-классы, адресованные не только родителям, но и специалистам, например, «Развитие речи во время прогулки. Как это делается?», «Игры на развитие физической активности детей. Как это делается?» и др.

Анализ работы службы ранней помощи показал, что предоставление квалифицированной междисциплинарной семейно-центрированной помощи ребенку и семье способствует оптимальному развитию и адаптации в обществе ребенка с особыми потребностями.

Результаты реализации индивидуально-ориентированных программ ранней помощи «Чалын»:
15 детей стали лучше говорить, увеличился словарный запас;
более 10 детей стали лучше контролировать свои эмоции;
у 25 детей снизился тонус мышц;
8 детей приобрели новые санитарно-гигиенические навыки (пить из кружки, проситься в туалет, убирать за собой игрушки и посуду и т.п.);
более 30 детей научились играть самостоятельно, стали лучше понимать обращенную речь;
более 20 детей стали лучше контактировать с окружающими, повысился уровень самостоятельности;
более 15 детей стали уверенными в себе, снизился уровень тревожности.
Одним из самых значимых факторов социализации семьи является обучение родителей, понимание родителями способностей, особенностей и потребностей ребенка, умение обеспечить безопасную, обучающую и стимулирующую среду для малыша. Для родителей специалисты службы ранней помощи проводят психологические тренинги, семинары, мастер-классы, инклюзивные праздники.

Список литературы

Распоряжение Правительства РФ от 31.08.2016 N 1839-р «Об утверждении Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года».

УДК 616.28-008.14

Королева И.В.

АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА РАННЕГО ВОЗРАСТА В РФ

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи МЗ РФ»
РГПУ им.А.И.Герцена, Санкт-Петербург

Koroleva I.V.

HABILITATION OF EARLY-AGED CHILDREN WITH HEARING DISORDERS

Saint-Petersburg's ENT and Speech Research Institute
Herzen's State Pedagogical University, Saint-Petersburg

Ключевые слова: нарушения слуха у детей, абилитация детей с нарушениями слуха раннего возраста.

Keywords: hearing disorders in children, early intervention for children with hearing loss.

Аннотация. В работе анализируется современный подход к абилитации детей с нарушением слуха раннего возраста, который основан на раннем выявлении и диагностике нарушения слуха у ребенка, раннем слухопротезировании и начале коррекционно-развивающих занятий. Ключевые свойства современного подхода – направленность на семью ребенка и индивидуализированный подход к абилитации ребенка с использованием разных методов, учитывающий интересы родителей и возможности ребенка. Несмотря на внедрение в РФ аудиологического скрининга новорожденных 70% детей раннего возраста, в том числе и после кохлеарной имплантации, не получают психолого-педагогической поддержки. Обсуждаются причины этого и способы решения проблемы. Анализируется опыт СПб НИИ ЛОР в этой области.

Abstract. Modern approach of a habilitation of early-aged children with hearing disorders is analyzed. It is based on early detection, diagnostics of hearing loss in child, early amplification and auditory-verbal development. Modern approach is family-centered, suggests individual approach to the child with using of different methods based on parent's wish and child's abilities. In spite of spreading of audiological newborn screening in Russian Federation 70% of early aged children with hearing loss including after cochlear implantation don't get pedagogical support. It is discussed the reasons of that and ways of development of system of early intervention for hearing impaired children. The experience of Saint-Petersburg's ENT and Speech Research Institute in this field is analyzed.

Сегодня благодаря внедрению в РФ аудиологического скрининга новорожденных у значительной части детей нарушение слуха выявляется в первые месяцы жизни. Это позволяет начать реабилитационные мероприятия с ребенком в возрасте 2-6 мес. – лечение, слухопротезирование (слуховые аппараты с 2-х мес., кохлеарная имплантация с 8-10 мес.), занятия с сурдопедагогом [1]. В то же время анкетирование родителей выявило существенные проблемы в организации реабилитации детей с нарушением слуха в РФ, которые связаны с большим разрывом между техническими и медицинскими возможностями реабилитации детей с нарушением и доступностью долговременной аудиологической и психолого-педагогической помощи. В частности, несмотря на выделение правительством средств на бинауральное слухопротезирование у части детей слуховые аппараты (СА) неправильно настроены, многие дети используют СА нерегулярно, родители не осведомлены о слуховых возможностях детей в СА, не знают, как за СА ухаживать и др. [2]. Выявлено, что 70% детей с нарушением слуха раннего возраста из разных регионов РФ, в том числе и дети с кохлеарными имплантами (КИ), не получают психолого-педагогической поддержки [3]. Основные причины этого: 1) отсутствие сурдопедагогов и центров раннего вмешательства по месту жительства; 2) сурдопедагог не готов работать с ребенком раннего возраста; 3) сурдопедагог откладывает занятия с ребенком до слухопротезирования или проведения кохлеарной имплантации [2].

Кроме того, даже при наличии у ребенка возможности заниматься с сурдопедагогом занятия часто проводятся по традиционной методике, ориентированной, прежде всего, на использование сохранных анализаторов

(зрительного и тактильно-кинестетического), а не слухового восприятия, и направлены только на ребенка. В то же время современные СА и КИ приближают пороги слуха детей со снижением слуха к нормальным, что обеспечивает им потенциальные условия для спонтанного развития речи в процессе общения с близкими людьми во время ежедневных дел [4]. Это должно принципиально менять задачи и подходы при психолого-педагогической абилитации таких детей, которая должна быть направлена на развитие у ребенка слухового восприятия как основного инструмента для развития речи и центрирована на его семье, как среды, обеспечивающей условия для спонтанного овладения ребенком родным языком и речью [1].

Исследования показали, что уровень речевого, языкового и коммуникативного развития детей с нарушением слуха раннего возраста зависит от психологического состояния родителей, что объясняется его влиянием на эффективность коммуникации с ребенком [5]. Большая часть детей с нарушением слуха рождаются у слышащих родителей [6]. Такие родители после постановки диагноза ребенку длительное время находятся в состоянии депрессии и нуждаются в психологической поддержке, направленной на восстановление уверенности в родительской компетенции, понимании того, как помочь ребенку, общаться и развивать его [1,7]. Особое значение имеет формирование у них понимания значения слухопротезирования, навыков ухода за СА/КИ, развития слуха и речи у ребенка с помощью этих устройств, учитывая их заинтересованность в развитии у ребенка устной речи.

Современные представления основаны на индивидуализированном подходе к абилитации ребенка с нарушенным слухом и допускают использование при общении и обучении ребенка не только слухо-ориентированных технологий, но и жестовой речи, других средств альтернативной коммуникации, прежде всего, для детей с комплексными нарушениями. Важным является также признание права родителей на выбор метода обучения ребенка с нарушенным слухом, в том числе и языка внутрисемейного общения и общения с ребенком. Это обстоятельство также меняет традиционный подход, предполагающий обучение ребенка только на русском языке независимо от национальности и языка общения родителей. В связи с этим одной из ведущих задач в системе абилитации ребенка с нарушением слуха является помощь родителям в самостоятельном принятии информированных решений, связанных с их ребенком.

С.-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи для решения проблем абилитации детей с нарушением слуха из разных регионов, проходящих здесь диагностические обследования, слухопротезирование, кохлеарную имплантацию и другие виды медицинской помощи, создает материалы для поддержки и обучения родителей детей раннего возраста, а также для обучения специалистов работе с такими детьми. С целью психолого-педагогической поддержки родителей и распространения современных методов абилитации детей с нарушением слуха разработана программа «Я слышу мир!», в рамках которой проводятся обучающие семинары для специалистов, школы для родителей, летние реабилитации для семей детей с нарушением слуха, издается периодический журнал с материалами для детей, родителей и специалистов и др. Важной частью этой деятельности является интернет-поддержка родителей, для которой используется сайт СПб НИИ ЛОР и сайт «Я слышу мир!». Институт совместно с другими организациями инициирует правительственные решения, направленные на развитие эффективной системы абилитации детей с нарушениями слуха раннего возраста в РФ. Для этого необходимо: 1) создание региональных центров абилитации, оказывающих регулярную сурдопедагогическую помощь детям с нарушением слуха раннего возраста с использованием слухо-ориентированных технологий, психологическую поддержку их семей, включая обучение родителей, с момента выявления нарушения у ребенка; 2) развитие службы дистанционной поддержки детей с СА/КИ; 3) модернизация коррекционных учреждений для детей с нарушением слуха (переход к слуховым методам и семейно-центрированному подходу); 4) развитие системы профессиональной сурдопедагогической и психологической поддержки детей с СА/КИ в условиях инклюзивного обучения; 5) подготовка сурдопедагогов, владеющих современными семейно-центрированными технологиями реабилитации детей с нарушениями слуха, начиная с раннего возраста с использованием СА/КИ и средств альтернативной коммуникации, готовых к командной работе с участием врача-слухопротезиста, психолога и др. Примером этого является магистерская программа «Психолого-педагогическое сопровождение детей раннего возраста с проблемами в развитии» на кафедре сурдопедагогики РГПУ им.А.И.Герцена.

Список литературы

- Королева И.В. Помощь детям с нарушением слуха. Руководство для родителей и специалистов. - СПб.: КАРО, 2017. - 400 с.
- Подшибякина Е.В., Королева И.В. Гарбарук Е.С. Слухопротезирование детей раннего возраста // 3 Петербургский форум оториноларингологов России. - С.-Петербург, 2014. С.97.
- Королева И.В., Коркунова М.С. Использование интернет-технологий в реабилитации детей с нарушениями слуха раннего возраста /Материалы VI Петербургского форума оториноларингологов России. – СПб., 2017.- С.273.
- Yoshinaga-Itano C., Sedey A., Coulter D., Mehl A. Language of early- and later-identified children with hearing loss. - Pediatrics. -1998. –Vol.102.- P. 1161–1171.
- Nikolopoulos T.P., Dyar D., Archbold S., O'Donoghue G.M. Development of spoken language grammar following cochlear implantation in

prelingually deaf children. – Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg. – 2004. – Vol. 130. – P. 629–633.

Mitchell R.E., Karchmer M.A. When Parents Are Deaf Versus Hard of Hearing: Patterns of Sign Use and School Placement of Deaf and Hard-of-Hearing Children J. Deaf Studies & Deaf Education. -2004. - Vol. 9. - N. 2. - P.133-152.

Исенина Е. И. Родителям о психическом развитии и поведении глухих детей первых лет жизни. – М., 1999. – 80 с.

УДК 364.075.2

Матвеева О.М.¹, Чистохина А.В.²

ООБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ УСЛУГ РАННЕЙ ПОМОЩИ В УДАЛЕННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ.

¹Региональная общественная организация «Красноярский центр лечебной педагогики»;

²Сибирский федеральный университет, г.Красноярск

Matveeva O.M.¹, Chistokhina A.V.²

PROVIDE ACCESSIBILITY OF EARLY SUPPORT SERVICE IN REMOTE TERRITORIES OF KRASNOYARSKYI KRAI.

¹Regional public organization “Krasnoyarsk Centre of therapeutic pedagogy”, ²Siberian Federal University, Krasnoyarsk

Ключевые слова: ранняя помощь, служба ранней помощи, помощь местного сообщества

Keywords: early intervention, early support service, community based rehabilitation.

Аннотация. Статья посвящена проблеме обеспечения доступности услуг ранней помощи в отдаленных территориях Красноярского края. Особенностью развития служб ранней помощи в регионе стало партнерство некоммерческих организаций, муниципальных и государственных учреждений, объединение ресурсов для создания служб ранней помощи в удаленных территориях для эффективного оказания услуг семьям с маленькими детьми.

Abstract. Article focused on the accessibility of early support in remote territories of Krasnoyarskiy krai. Specific point in becoming of early intervention services in our region is partnership of non-profit organizations with government and municipal institutions. Article describes the Accompanying Model for activities of early intervention services in remote territories for effective support of families with young children.

Введение.

Последнее десятилетие характеризуется на территории РФ увеличением числа детей с нарушением здоровья. Только за период с 2010 по 2014 год численность детей-инвалидов возросла на 9,2% и составила более 540.0 тыс. человек. Сегодня до 80% новорожденных являются физиологически незрелыми, свыше 86% имеют перинатальную патологию центральной нервной системы [1]. Если учесть, что в это число не вошли дети с неявными признаками нарушения развития [2], но с большим биологическим или социальным риском их возникновения, то приведенные цифры будут значительно выше. Под социальным риском, в данном случае, понимается неблагоприятная среда развития или окружения ребенка (депривация [3], насилие, пренебрежение родительскими обязанностями, чрезмерная бедность и т.п.).

Не стал исключением на этом фоне и Красноярский край, где также отмечается рост числа детей с нарушением здоровья. Развитие системы ранней помощи детям с нарушением здоровья и детям группы риска позволяет создать действенный механизм по сокращению масштабов и тяжести детской инвалидизации и сохранению семейного окружения детей. Необходимость разработки и реализация моделей и программ ранней помощи в субъектах Российской Федерации отмечены как первоочередные в Концепции развития ранней помощи на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства РФ от 31.08.2016 № 1839-р. В различных субъектах РФ нарабатывается опыт, представляющий различные модели взаимодействия с семьей ребенка раннего возраста и технологии оказания ранней помощи ребенку.

В Красноярском крае, региональная модель системы ранней помощи наиболее эффективно формируется на базе учреждений социального обслуживания [3]. Особенностью же, этого процесса создания системы ранней помощи является сотрудничество Министерства социальной политики Красноярского края с общественными организациями, в частности, с общественной организацией «Красноярский центр лечебной педагогики», что привело к объединению ресурсов и целенаправленных действий в обеспечении доступности услуг ранней помощи на территории края.

Первая ранняя помощь.

Первая служба раннего вмешательства в Красноярском крае была создана и начала оказывать помощь семьям с 2001 году, в общественной организации «Красноярский центр лечебной педагогики». *РОО «Красноярский центр лечебной педагогики» - это региональная общественная организация, объединяющая специалистов, оказывающих помощь семьям с детьми раннего возраста. Помощь семьям оказывает междисциплинарная команда специалистов: психолог, педагог, специалист по социальной работе, эрготерапевт, специалист по ранней коммуникации.*

За основу организации работы с семьями командой специалистов нашего центра взята модель Санкт-Петербургского Института раннего вмешательства, базирующаяся на концепции функциональной реабилитации. Это набор услуг, которые направлены на развитие навыков, необходимых ребенку в повседневной жизни. Какие специалисты будут работать с конкретным случаем, определяется потребностями семьи и ребенка. Помощь специалистов разворачивается вокруг активности самого малыша. Повседневная жизнь организуется таким образом, чтобы навыки, которые осваивает ребенок, включались в естественные, повторяющиеся, нужные и интересные для ребенка, события дня. Важно, что помощь оказывается и ребенку, и его семье. Ребенок научается новым навыкам, а родители учатся эти навыки использовать в повседневной жизни. Может показаться, что у ребенка с тяжелыми нарушениями не возникает заметных результатов, но результаты, которых достигает семья, могут быть очень значимыми. Семья справится с первоначальным стрессом и сможет создать условия для развития своего малыша. Помощь семье оказывается длительно и непрерывно.

За 18 лет работы Службы ранней помощи, более 2-х тысяч семей имели возможность отслеживать развитие детей раннего возраста и более 500 детей с выраженными нарушениями развития получили помощь в долгосрочных программах ранней помощи. Однако одна Служба раннего вмешательства – это очень мало и, конечно же, она не может удовлетворить потребности огромного города и тем более целого региона.

О развитии системы ранней помощи в Красноярском крае.

В Красноярском крае 61 административная территория и для обеспечения доступности услуги семьям с маленькими детьми Службы ранней помощи нужны в каждой из них. В 2013г. Министерством социальной защиты Красноярского края принято решение о создании Служб ранней помощи в учреждениях социальной защиты в 4-х территориях края. Из средств программы «Доступная среда» [4] было приобретено оборудование для занятий с детьми раннего возраста, закуплены шкалы развития KIDi RCDI для отслеживания развития детей раннего возраста, проведено обучение команд с привлечением специалистов Санкт-Петербургского Института раннего вмешательства.

Специалисты «Красноярского центра лечебной педагогики», понимая важность развития программ ранней помощи, использовали возможность некоммерческой организации привлекать грантовые средства, которые направили на развитие сети служб ранней помощи в крае. Для сопровождения становления деятельности Служб ранней помощи в районах края, общественной организацией были привлечены дополнительные средства региональной субсидии Минэкономразвития, проекта «Развитие» в рамках конкурса поддержки СОНКО [5], проект «Развитие. Шаг-2», проект «Ранняя помощь» поддержанный фондом «Ключ» [6], проекты краевой грантовой программы «Социальное партнерство во имя развития» [7].

Технология раннего вмешательства имеет свои особенности, принципы и необходимые специфические профессиональные знания, которые должны быть присвоены командой специалистов работающих в службе ранней помощи.

Успешность освоения технологии ранней помощи и качественной помощи семьям, требует выполнения ряда условий, одним из которых является одновременное обучение всей команды Службы ранней помощи: четырех специалистов: психолога, специалист по социальной работе, педагога, логопеда, который в команде выполняет функции специалиста по ранней коммуникации. Обучение растянуто во времени для того, чтобы специалисты, постепенно овладевая новыми знаниями, могли применять их на практике и лучше постигали суть технологии.

В течение 2-х лет специалисты каждой команды осваивали технологию ранней помощи в ходе своей практической работы с конкретными семьями из своих территорий при поддержке в виде супервизий и обучающих семинаров:

- «Организационные основы деятельности Служб ранней помощи»;
- «Альтернативная коммуникация»;
- «Групповые формы работы в Службе ранней помощи»;
- «Игра и движение»;
- «Использование МКФ для детей с тяжелыми нарушениями развития»;
- «Развитие естественной средой. Помощь местного сообщества».

Наиболее полезными, в методическом сопровождении создающихся служб ранней помощи, являются выездные супервизии, цель которых - методическая помощь в организации деятельности службы; отслеживание соблюдения стандартов оказания услуг ранней помощи в работе с семьей; оказание помощи специалистам на разных этапах осуществления программ раннего вмешательства в работе с конкретной семьей. В каждой созданной службе проведено не менее двух супервизий. Первая выездная супервизия направлена на помощь в организации деятельности службы: организация пространства, работа с документами и бланками; составление и оформление индивидуальных программ помощи; организация взаимодействия с учреждени-

ями здравоохранения по выявлению детей группы риска. Вторая выездная супервизия, в большей степени, направлена на внутреннюю работу по организации помощи в сложных случаях и оценку эффективности программ помощи.

В период между семинарами, и супервизиями специалисты Красноярского центра лечебной педагогики проводят с командами создающихся служб ранней помощи Skure–консультации, на которых уточняются и обсуждаются вопросы, возникающие у команд в процессе работы с семьями, обсуждаются сложные случаи практики. Такое пошаговое освоение новыми командами технологии ранней помощи в сопровождении опытных специалистов обеспечивает успешность становления и определяет относительную долговременность функционирования создаваемых Служб ранней помощи.

В настоящее время в учреждениях социального обслуживания Красноярского края действуют и оказывают помощь семьям с детьми раннего возраста 10 служб ранней помощи: г. Красноярск – 2 службы; г. Уяр, г. Енисейск, г. Зеленогорск, г. Ачинск, г. Назарово, п. Шушенское, п. Идринское, п. Березовка.

Обеспечение доступности ранней помощи в удаленных территориях Красноярского края.

Как правило, службы ранней помощи создаются в городах и районных центрах, на базе реабилитационных отделений, либо отделений помощи семье и детям. Это центры, где есть специалисты, объединяющиеся в команду для оказания помощи, есть место для работы с детьми раннего возраста, оборудование, шкалы развития, соответствующие возрасту игрушки, доступен интернет и телефонная связь.

Значительная территориальная протяженность Красноярского края, удаленность многих населенных пунктов от районных центров и краевого центра, требует решения вопросов обеспечения доступности ранней помощи на территории края, независимо от мест жительства семьи. Выходом в этой ситуации могут быть программы «Местное сообщество-семьям», и присутствие участковых социальных работников, практически, во всех населенных пунктах края.

Особенности программы «Местное сообщество-семьям»[8] состоит в том, что усилия участников в этих программах направлены на организацию повседневной жизни по месту жительства человека и проводятся по месту жительства человека. Программа основана на обучении людей с ограничениями жизнедеятельности навыкам, необходимым в ежедневной активности, и на обеспечение участия их в жизни общества. Программа реализуется силами людей, живущих и работающих рядом с семьей, в которой живет ребенок с нарушениями, улучшает качество ее повседневной (бытовой) и социальной жизни, влияет на активность семьи в целом. Программа проста, доступна для понимания и освоения, для ее применения нет необходимости проводить мероприятия с семьей на базе учреждения. Такая помощь - это первичный уровень в системе реабилитации, а именно – бытовая реабилитация или реабилитация в повседневной жизни. При этом службы ранней помощи в районных центрах могут осуществлять методическую поддержку участковых социальных работников, живущих рядом с семьей, воспитывающей ребенка с особыми потребностями.

Так в настоящее время в Шушенском районе Красноярского края отрабатывается модель оказания помощи семьям, проживающим в отдаленных населенных пунктах, где специалисты службы ранней помощи, оказывают методическую поддержку участковым социальным работникам.

Специалисты Службы ранней помощи п. Шушенское, увидели возможность использования программы «Местное сообщество-семьям» для качественного улучшения жизни семей с детьми, имеющими сложности в развитии в удаленных территориях района. Провели, совместно с командой «Красноярского центра лечебной педагогики» семинар ««Местное сообщество-семьям» для группы участковых социальных работников. Участковые специалисты ознакомились с этой программой, обучающими пакетами для членов семьи - простыми, удобными, понятными.

Теперь в отдаленных территориях Шушенского района, ведется работа по обучающим пакетам, с целью нормализации жизни ребенка с нарушениями в развитии, через участкового специалиста. Если возникает необходимость, родители ребенка или участковый специалист могут связаться с командой Службы ранней помощи центра социальной помощи семье и детям поселка Шушенское, через Skure и получить ответы на свои вопросы. В более сложных ситуациях команды Служб ранней помощи обращаются за поддержкой в Красноярский центр лечебной педагогики.

Заключение

Получение качественных абилитационно-реабилитационных услуг на самых ранних этапах развития ребенка с особыми потребностями является гарантированным правом всех детей и их семей. Реализация этого права осуществляется путем создания целостной региональной системы ранней помощи ребенку и сопровождения его семьи. Ведущим звеном этой системы могут стать Службы ранней помощи в учреждениях социального обслуживания. Такие службы уже функционируют в некоторых муниципальных образованиях Красноярского края. Каждая из них действует в составе учреждения социального обслуживания в рамках принятых регламентирующих документов. В них сформированы междисциплинарные команды специалистов, что позволяет выработать единый профессиональный взгляд на индивидуальные программы ранней

помощи, осуществляется постоянный профессиональный рост специалистов при методической поддержке Красноярского центра лечебной педагогики и Санкт-Петербургского Института Раннего Вмешательства.

Список литературы

1. Служба ранней помощи в учреждениях социального обслуживания (методические рекомендации по организации деятельности). ИАС – Информационно-справочный портал для инвалидов. URL: <http://invalid24.ru/> (дата обращения 08.07.2017).
2. Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года. URL: <http://government.ru> (дата обращения: 20.07.2017).
3. Методические рекомендации по созданию системы ранней помощи в структуре доступного и непрерывного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья. - М. АНО «Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов». ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской Академии образования. 2016 – 79с.
4. Государственная программа Красноярского края «Развитие системы социальной поддержки». Подпрограмма «Доступная среда», утвержденная постановлением правительства Красноярского края от 30.09.2013г. № 507-П: 29.11.2013. URL: <http://www.zakon.kraskstat.ru/> (дата обращения: 24.07.2017)
5. Программа общественного развития Красноярского края, утвержденная постановлением Правительства Красноярского края от 06.07.2010 № 365-п, приказа от 05.08.2015 г. № 85. URL: <http://www.http://zakon.krskstate.ru/doc/3298>
6. Всероссийский конкурс «Семейный фарватер» 2016 года. Фонд Тимченко – Благотворительный фонд Елены и Геннадия Тимченко. URL: <http://timchenkofoundation.org/grants/farwater2016/> (дата обращения: 24.07.2017).
7. Государственная грантовая программа Красноярского края «Социальное партнерство во имя развития». URL: <http://www.kraskgrant.ru/> (дата обращения: 24.07.2017)
8. Проект «Местное сообщество-семьям». Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства. URL: http://www.eii.ru/proekty/programma_mestnoe_soobwestvo_semyam/ (дата обращения: 24.07.2017).

УДК 364.048.6

Лорер В.В., Жукова Т.Н.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЮНХЕНСКОЙ МОДЕЛИ РАННЕЙ ПОМОЩИ В ЦЕНТРЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

СПб ГБУСОН «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Невского района Санкт-Петербурга», Санкт-Петербург

Lorer V.V., Zhukova T.N.

EXPERIENCE OF APPLYING THE MUNICH MODEL OF EARLY ASSISTANCE IN THE CENTER OF SOCIAL REHABILITATION

St. Petersburg Center for Social Rehabilitation of Disabled People in Nevsky District, St. Petersburg

Ключевые слова: ранняя помощь, диада «родитель-ребенок», регуляторные нарушения, поведенческая и эмоциональная регуляция, интеракционная диагностика, руководство взаимодействием.

Keywords: early assistance, dyad “parent-child”, regulatory disorders, behavioral and emotional regulation, interactive diagnostics, interaction management.

Аннотация. В статье представлен опыт применения мюнхенской модели ранней помощи семьям, имеющим детей младенческого и раннего возраста с нарушениями развития в центре социальной реабилитации инвалидов. Основой данной модели является ранняя коммуникация в диаде «родитель-ребенок». Под влиянием множества факторов риска со стороны обоих партнеров и окружающей среды, система взаимодействия «родитель-ребенок» нарушается, что приводит к проявлению разных вариантов нарушения поведенческой и эмоциональной регуляции у ребенка. С целью решения проблем применяется интегративная коммуникативно-центрированная модель консультирования и психотерапии матери и ребенка, разработанная в Мюнхенском детском центре. Данная модель была внедрена в практическую деятельность отделения раннего вмешательства в центре социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов.

Abstract. The article presents the experience of applying the Munich model of early care to families with children of infant and young age with developmental disabilities in the center of social rehabilitation of disabled people. The basis of this model is early communication in a dyad “parent-child”. Under the influence of many risk factors on the part of both partners and the environment, the “parent-child” interaction system is violated, which leads to the manifestation of different variants of violation of behavioral and emotional regulation in the child. In order to solve problems, an integrative communicative-centered model of maternal and child counseling and psychotherapy developed at the Munich Children’s Center is used. This model was introduced into the practice of the Early Intervention Department at the Center for Social Rehabilitation of Disabled People and Disabled Children.

Введение. Необходимость развития ранней помощи детям группы риска, детям-инвалидам и их семьям обусловлена положениями Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года [2]. Раннее начало комплексной помощи содействует максимально возможным достижениям в развитии ребенка, поддержанию его здоровья, а также успешной социализации и включению ребенка в образовательную среду с последующей интеграцией в общество.

Большое число исследований и клинических наблюдений свидетельствует о том, что наличие медицинских проблем в пре- и перинатальном периоде являются факторами риска отставания в физическом или умственном развитии, нарушении здоровья. Однако развитие ребенка определяется системой факторов, среди которых важнейшую роль играет социальное окружение. В настоящее время результаты исследований

и обобщение практического опыта работы с детьми и их родителями показали, что ранний эмоциональный опыт ребенка оказывает влияние на его последующее социально-эмоциональное и когнитивное развитие, особенности эмоциональной и поведенческой регуляции [3; 4; 5; 6]. Основой психологического благополучия ребенка является наличие достаточно безопасных отношений ребенка и взрослого в период раннего детства [1; 7]. Если мать (или другой заботящийся о ребенке взрослый) адекватно удовлетворяет потребности ребенка, способна утешить младенца, находящегося в состоянии дистресса, то ребенок не затрачивает значительных психических сил на то, чтобы справиться с тревогой и беспокойством. Со стороны матери он получает помощь в регуляции своего эмоционального состояния, и, таким образом, может направить свою психическую активность на познание окружающего мира и развитие. Социальное взаимодействие матери и ребенка, которое может протекать естественно при нормальных условиях развития, требует особого внимания и поддержки в случае детей группы риска или детей-инвалидов.

Материалы и методы. В данной статье представлен опыт применения мюнхенской модели ранней помощи в центре социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Невского района Санкт-Петербурга. В качестве теоретико-методологической основы ранней помощи были использованы положения концепции реабилитации развития, разработанной немецким профессором Т. Хелльбрюгге для детей с нарушениями развития, в том числе с тяжелыми и множественными нарушениями; системная модель нарушений эмоциональной и поведенческой регуляции в раннем детстве и интегративная коммуникативно-центрированная модель консультирования и психотерапии матери и ребенка М. Папушек, разработанная в Мюнхенском детском центре на отделении «Кричащий ребенок» [10].

Интегративная коммуникативно-центрированная модель консультирования и психотерапии матери и ребенка представляет собой междисциплинарный подход с первичным фокусом на ранней коммуникации ребенка и родителя. Модель сфокусирована на решении проблем, ориентирована на поиск ресурсов, краткосрочная психотерапия с прерывистой схемой лечения, учитывающей индивидуальные потребности ребенка, родителей и их отношения.

При благоприятных обстоятельствах надежные родительско-детские отношения могут компенсировать даже экстремальные нагрузки и действовать как фактор, поддерживающий развитие ребенка. Наличие у ребенка отклонений в физическом или умственном развитии могут приводить к тому, что сигналы, идущие от ребенка, трудны в распознавании и интерпретации, а сам ребенок бывает слишком пассивным, если взрослый не привлекает его внимание. Такие дети могут избегать социальных контактов или реагировать на них возбуждением и усилением крика. В подобных случаях «трудное» поведение ребенка вызывает у родителей ощущение, что к их родительской компетентности предъявляются повышенные требования. Это часто приводит к возникновению синдрома родительского отказа, характеризующегося бессилием и чувством вины [10]. Под влиянием множества факторов риска со стороны обоих партнеров и окружающей среды система «родитель-ребенок» нарушается, и может быть запущен цикл связей под названием «дьявольский круг» (М. Папушек), усиливающий негативное взаимовлияние различных факторов и приводящий к рассогласованию отношений родитель-ребенок долговременного характера.

Эти неблагоприятные варианты развития системы отношений могут проявиться различными картинами нарушений, объединенных единым названием «регуляторные нарушения в раннем возрасте» (М. Папушек). В зависимости от фазы развития ребенка они проявляются такими симптомами, как гипервозбудимость, выраженный крик, нарушение сна или пищевого поведения, моторное беспокойство, страхи разлучения с матерью, несамостоятельность или отказ от кооперативного взаимодействия с припадками гнева. В большинстве случаев симптомы проявляются одновременно (но могут проявляться и поочередно). Чем длительнее существуют поведенческие проблемы у ребенка, и чем больше областей развития они затрагивают, тем выше вероятность нарушения отношений между ребенком и взрослым. Нарушения отношений могут усиливаться психопатологическими реакциями матери (депрессивными реакциями, невротическими нарушениями, личностными нарушениями), а также дополнительными психосоциальными отягощающими факторами [10].

Первым этапом модели ранней помощи является междисциплинарный диагностический анализ поведенческих проявлений ребенка и матери, который включает в себя оценку: *регуляторных способностей ребенка* (уровень развития, сильные и слабые стороны, темперамент, уровень и качество независимой игры), *количества и качества стресса у родителей* (физическое и эмоциональное состояние матери, ресурсы и факторы стресса, отношения в паре, семейное и социальное окружение, представления о ребенке, самооценка себя в роли матери), *коммуникации в диаде «родитель-ребенок»* (паттерны коммуникации и совместной игры в контексте нарушенных отношений, доступность и согласованность интуитивной родительской компетентности, готовность ребенка к взаимодействию, поведение привязанности, качество диалога и игры).

Второй этап – постановка целей вмешательств и определение основных направлений работы с семьей. Члены междисциплинарной команды обсуждают результаты наблюдений и оценки ребенка и семьи, определяют возможные направления и содержание работы с семьей, частоту встреч, выделяют ведущего для

работы с ребенком и семьей сотрудника. Важным элементом данного этапа является постановка ближайшей и отдаленной целей реабилитации. Постановка целей осуществляется вместе с родителями. Цель является всегда триединой в соответствии с диагностической триадой и включает в себя развитие функциональных способностей у ребенка; работу с родителями и поддержку позитивных интеракций в диаде «родитель-ребенок».

На данном этапе разрабатывается Индивидуальная программа сопровождения семьи. В соответствии с поставленными целями выделяются три взаимосвязанных модуля программы: консультирование родителей по вопросам развития ребенка и индивидуальная работа с ребенком; поддерживающая, ориентированная на ресурсы, терапия родителей; руководство взаимодействием в диаде «родитель-ребенок». Тип, степень преобладания и выделение каждого модуля зависят от нарушений ребенка, психосоциальной ситуации и потребностей семьи.

Третий этап – реализация Индивидуальной программы сопровождения семьи в соответствии с определенными модулями.

1. *Консультирование родителей по вопросам развития ребенка.* Специалист вместе с родителями определяет сильные и слабые стороны ребенка, уровень индивидуального развития и потребности, соответствующие возрасту. К данному модулю также относится консультирование родителей по вопросам развития ребенка и индивидуальным особенностям развития детей с нарушениями, рекомендации по созданию индивидуальной развивающей среды для ребенка: сенсомоторная стимуляция, подбор игрушек и способов действий с ним, организация игрового пространства, обучение родителей способам игрового взаимодействия с ребенком.

2. *Поддерживающая, ориентированная на ресурсы, терапия,* в центре которой находится физическое и эмоциональное состояние матери. В случае преобладания текущих и хронических стрессов целью поддерживающей психотерапии является определение и усиление интуитивной компетентности родителей и ресурсов ребенка, личности самих родителей, семьи и социального окружения. Работа в данном модуле проводится в следующих направлениях:

3. *Руководство взаимодействием в диаде матери и ребенка.* Данный модуль направлен на изменение дисфункциональных паттернов коммуникации ребенка и родителя на функциональные паттерны. Видеоанализ поведения в последовательности интеракции в диаде «родитель-ребенок» постоянно используется в Мюнхенской модели для диагностики, для видео-поддерживающего руководства в коммуникации, направленного на изменение поведения матери за счет сосредоточения ее внимания на сигналах ребенка, следование им, на позитивное изменение отношений матери и ребенка.

Все три представленных модуля взаимосвязаны и вместе с тем являются отдельными направлениями работы с семьей. Выбор одного модуля или их сочетание зависят от нарушений ребенка, от индивидуальных особенностей семьи, от текущих потребностей ребенка и родителей, наблюдаемых паттернов взаимодействия. Данные модули интегративной коммуникативно-центрированной модели консультирования и психотерапии матери и ребенка в случае необходимости дополняются другими направлениями работы с семьей, которые может предложить конкретное учреждение.

Применение интегративной коммуникативно-центрированной терапии матери и ребенка началось на отделении новорожденных ДГБ №1. В исследовании приняли участие 20 младенцев (11 мальчиков и 9 девочек) и их матери. По данным нейровизуализации у всех детей отмечались выраженные структурные изменения головного мозга. Все дети в первые месяцы жизни перенесли одну или несколько нейрохирургических операций по поводу прогрессирующей гидроцефалии различной этиологии. Пары «мать-ребенок» наблюдались в динамике по достижению ребенком возраста 3-6-9-12 месяцев. Контрольная группа состояла из 18 условно здоровых детей (доношенные, без выраженных структурных изменений головного мозга, без операций).

В СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Невского района» интегративная коммуникативно-центрированная терапия матери и ребенка применялась на отделении раннего вмешательства в работе с детьми с нарушениями развития. Раннюю помощь по данной модели получили 107 детей (из них 22 младенцев, 41 ребенок в возрасте от 1 года до 2 лет, 44 ребенка – от 2 до 4 лет), девочек - 48, мальчиков - 59. Наибольшее число детей имели двигательные (20%) и речевые (18%) нарушения; 14% составили дети медицинской группы риска возникновения проблем в развитии (без инвалидности), у 13% детей отмечались генетические нарушения (в основном синдром Дауна), 11% детей имели множественные нарушения, 11% - задержку развития, 6% – сенсорные нарушения. В полном объеме данная модель применялась в отношении детей группы медицинского риска в возрасте до 1,5 лет (в диагнозе которых стояли перинатальные поражения нервной системы разного генеза), а также с детьми с тяжелыми множественными нарушениями развития.

Результаты. Со всеми детьми проводилась оценка развития ребенка (100%). С целью выявления уровня актуального развития детей с нарушениями развития использовалась Мюнхенская функциональная диагностика развития, также активно использовалась оценка развития из программы «Каролина» и наблюдение за поведением ребенка. На основе проведенной оценки составлялась индивидуальная программа развития

ребенка, проводился инструктаж родителей. После нескольких занятий со специалистом упражнения, представленные в программе, отрабатывались родителями самостоятельно в домашних условиях. Принимая во внимание, что между различными функциональными областями существуют тесные связи, индивидуальная программа развития ребенка, в большинстве случаев, включала в себя такие области, как зрительное и слуховое внимание, коммуникация и моторика кисти рук. Во всех случаях проводилось консультирование родителей по вопросам развития ребенка и индивидуальным особенностям развития детей с нарушениями, давались рекомендации по созданию индивидуальной развивающей среды для ребенка.

Поддерживающая, ориентированная на ресурсы, терапия матери, проводилась в 73% случаев. Данный модуль был включен в структуру занятия с парой «мать-ребенок».

Для изучения поведения ребенка и матери в процессе их взаимодействия проводилась интеракционная диагностика с использованием видеозаписи. В первом полугодии видеосъемка проводилась с помощью «Still-Face процедуры» [11]. Начиная со второго полугодия жизни ребенка, использовалась процедура, состоящая из двух эпизодов свободного игрового взаимодействия ребенка и матери и одного неполного разлучения, при котором мать просили сесть в сторону, не реагировать на сигналы ребенка, но при этом оставаться в его поле зрения.

При анализе видеоматериала отдельно оценивалось поведение ребенка и поведение матери в процессе их взаимодействия. Поведение оценивалось в динамике с использованием системы кодирования «*Мюнхенская клиническая шкала интеракционной диагностики*» [8; 9]. Поведение ребенка оценивалось по следующим показателям: общее состояние, направление взгляда, мимика, вокализации, общая моторика, направленная активность и реактивность. Согласование интуитивного поведения матери при взаимодействии со своим ребенком оценивалось по таким характеристикам, как расстояние при диалоге, темп и паузы в диалоге, динамика, отзывчивость на готовность ребенка к диалогу, отзывчивость матери на сигналы нагрузки ребенка. В целом, анализ данных, полученных по этой методике, позволил сделать вывод о состоянии регуляторных и коммуникативных способностях ребенка и матери, их согласованности, а также о наличии функционального или дисфункционального взаимодействия в паре.

Анализ поведения детей в процессе взаимодействия с матерью показал наличие нарушений социальных коммуникаций со стороны ребенка, которые проявляют себя трудностью установления контакта с ним, пассивностью, избеганием или чрезмерной раздражительностью. Достаточно часто наблюдается такое поведение, как саморегуляторное отключение. Гармоничные игровые, ориентированные на партнера диалоговые последовательности встречаются при этом редко или даже отсутствуют. При этом родители демонстрируют рисунок поведения, связанный с чрезмерной регуляцией поведения, недостаточной регуляцией поведения или же вовсе неадекватный. Их вклад в диалог с ребенком не соотношен с его состоянием готовности к взаимодействию. Их поведение является или чрезмерно регулирующим (навязчивым, чрезмерно стимулирующим или чрезмерно заботливым) или бедным в плане стимулов, или несоответствующим, при котором сигналы ребенка воспринимаются неверно или неправильно интерпретируются [4].

Анализ взаимосвязи поведения матери и ребенка при игровом взаимодействии показал, что чрезмерно регулирующее навязчивое поведение матери связано с перевозбужденным вниманием и саморегуляторным отключением у ребенка. Поведение матери с недостаточной регуляцией приводит к активному избеганию как защитной реакции ребенка на эмоциональную недоступность и неотзывчивость матери. При адаптивном согласовании матери дети могут развивать стратегии, направленные на мать и на изучение окружения [4].

Интеракционная диагностика была проведена у 61% детей, интеракционная терапия (видео-поддерживающее руководство взаимодействием в диаде «родитель-ребенок») была проведена у 59% семей. При этом в 76% случаев в паре были младенцы группы медицинского риска возникновения отклонений в физическом и умственном развитии ребенка, и в 24% - дети раннего возраста с тяжелыми множественными нарушениями развития.

В индивидуальную программу сопровождения семьи данные модули коммуникативно-центрированной терапии родителя и ребенка объединялись с модулями, проводимыми другими специалистами, а именно: массаж с элементами ЛФК (44%), занятия по адаптивной физической культуре (19%), сенсорная интеграция (18%), занятия в творческих студиях (изобразительная деятельность, продуктивная деятельность) (8%), музыкальные занятия (6%), участие в культурно-массовых и досуговых мероприятиях (12%).

При оценке эффективности проведенных мероприятий мы использовали отчеты родителей об изменении поведения ребенка, их отношений, наблюдение за ребенком в процессе проведения мероприятий, а также диагностические процедуры по завершению курсов реабилитации. Анализ результатов работы с детьми показал, что наиболее динамично развиваются двигательные функции и социально-эмоциональная сфера (в основном при взаимодействии в парах «мать-ребенок»). У 24% детей были полностью восстановлены двигательные функции, компенсация нарушений в социально-эмоциональной сфере достигнута у 25,5% детей. Наиболее высокие показатели полного восстановления функций отмечаются у детей до года. Такие

результаты возможны при проведении долговременных программ раннего вмешательства. Оценивая эффективность деятельности отделения, необходимо отметить, что в 75% случаев были достигнуты запланированные результаты реабилитационной работы. 87,2% людей, ухаживающих за детьми, которые получают помощь на отделении, оценивают результаты работы, как хорошие. В 90% случаев семьи, которые посещают отделение, при анкетировании отмечают, что они получают значительную поддержку специалистов.

Заключение. По достижению ребенком возраста 3-х лет, он переводится на социально-реабилитационные отделения детей-инвалидов в СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Невского района», где получает комплекс реабилитационных мероприятий в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (ИПРА).

Список литературы:

- Боулби Дж. Привязанность. М., Гардарики, 2003.
- Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года: распоряжение Правительства РФ от 31 августа 2016 г. № 1839-р [Электронный ресурс] – URL: (дата обращения: 14.08.2017).
- Лафренье П. Эмоциональное развитие детей и подростков. СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2004.
- Лорер В.В. Динамика развития эмоциональной регуляции у детей с церебрально-органической недостаточностью на первом году жизни: Дис. ... канд. психол. наук, 2010.
- Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2001.
- Плешкова Н.Л., Мухамедрахимов Р.Ж. Отношения привязанности у детей в семьях и домах ребенка // Эмоции и отношения человека на ранних этапах его развития / под. ред. Мухамедрахимова Р.Ж. Издательство СПбГУ, 2008. С. 220-239.
- Стерн Д.Н. Межличностный мир ребенка: взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006.
- Papou ek M (1996a). Kommunikations- und Beziehungsdiagnostik im S uglingsalter– Einf hrung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 136-139.
- Papou ek M (1996b). Die intuitive elterliche Kompetenz in der vorsprachlichen Kommunikation als Ansatz zur Diagnostik von pr verbalen Kommunikations- und Beziehungsst rungen. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 140-146.
- Papou ek M, Schieche M & Wurmser H. Regulationsst rungen der fr hen Kindheit: Fr he Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern: Huber, 2004, 2008.
- Tronick, E.Z., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T.B. The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 1978, 17, 1-13.

УДК 617.3

Кольцов А.А., Шведовченко И.В.

РОЛЬ КОМПЕНСАТОРНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ В САМООБСЛУЖИВАНИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМ МНОЖЕСТВЕННЫМ АРТРОГРИПОЗОМ

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

A. Koltsov, I. Schwedovchenko

THE ROLE OF ADAPTIVE FUNCTION IN SELF-SERVICE OF CHILDREN WITH MULTIPLE CONGENITAL ARTHROGRYPOSIS

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: дети, артрогрипоз, множественные контрактуры суставов, адаптация, хирургия.

Аннотация. Врожденный множественный артрогрипоз – тяжелое врожденное заболевание с вовлечением спинного мозга, в значительной степени ограничивающее возможности самообслуживания пациентов и всегда приводящее к инвалидности. Лечение артрогрипоза комплексное и длительное, очень важную роль играют компенсаторно-приспособительные новые функции.

Key words: children, arthrogryposis, the multiple contractures, adaptation, surgery.

Summary. Congenital multiple arthrogryposis – the serious congenital disease with involvement of a spinal cord substantially limiting possibilities of self-service of patients and always resulting in disability. Treatment is complex and long, the role of compensatory and adaptive new functions is very important.

Введение. Артрогрипоз (arthrogryposis; греч. arthron - сустав + gryposis - искривление) - врожденное заболевание, характеризующееся контрактурами двух и более крупных суставов несмежных областей, а также поражением мышц и спинного мозга.

Множественность поражения обуславливает тяжесть нарушений двигательных функций в связи с уменьшением степеней подвижности конечностей, поэтому у больных артрогрипозом рано начинают формироваться компенсаторно-приспособительные механизмы, разнообразие и выраженность которых с возрастом только увеличиваются.

В связи с тем, что спектр, амплитуда и точность движений наиболее важны для верхних конечностей, от-

вечающих за самообслуживание, значимость компенсаторно-приспособительных механизмов максимальна именно для функции рук.

Цель. Проанализировать спектр и значимость компенсаторно-приспособительных механизмов у пациентов с врождённым множественным артрогрипозом.

Материал и методы. За последние 10 лет в клинике Центра им. Альбрехта наблюдались 63 пациента с врождённым множественным артрогрипозом в возрасте от 1 месяца до 18 лет, 59 человек – в возрасте 2 года и старше. Проводилось клинично-рентгенологическое, нейрофизиологическое обследование, фото- и видеорегистрация движений при выполнении игровых и бытовых действий.

Результаты и обсуждение. Компенсаторно-приспособительные механизмы для компенсации функции верхних конечностей разделены на следующие группы: с использованием смежного сегмента конечности; с использованием контрлатеральной конечности; с использованием нижней конечности; с использованием туловища; с использованием головы; комбинация вариантов. Компенсаторно-приспособительные механизмы для компенсации функции нижних конечностей разделены на следующие группы: с использованием функции верхних конечностей; с использованием туловища.

С целью компенсации функции верхних конечностей с использованием смежного сегмента используется предплечье в качестве упора для предметов – столовых приборов, ручки. Использование контрлатеральной конечности – один из наиболее распространённых механизмов, позволяющих пациентам осуществлять самообслуживание. При недостаточной сохранности функции контрлатеральной конечности значимым оказывается применение нижней конечности, в частности, в качестве упора, позволяющего обеспечить требуемое положение и стабильность руки для выполнения определённых задач. Наконец, для выполнения определённых бытовых и/или игровых задач у пациентов с тяжёлой степенью поражения необходимо использования дополнительных движений туловища, головы или комбинации всех возможных механизмов. С целью компенсации функции нижних конечностей пациенты часто используют сформированное годами порочное положение верхней конечности или туловища и нередко категорически отказываются от хирургической коррекции сформировавшихся деформаций, так как опасаются потерять привычный и полезный в быту компенсаторный механизм.

Заключение.

Компенсаторно-приспособительные механизмы – жизненно важные альтернативные функции, позволяющие пациентам с врождённым множественным артрогрипозом осуществлять частично или полностью самообслуживание, опору и передвижение, в связи с чем в процесс лечения таких больных целесообразно обращать внимание на значимость таких механизмов для каждого конкретного пациента.

УДК 617.3

Шведовченко И.В., Кольцов А.А.

ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ НАСЛЕДСТВЕННЫМИ НЕЙРОМЫШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

Koltsov A.A., Schwedovchenko I.V.

ORTHOPEDIC TREATMENT IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH PROGRESSING HEREDITARY NEUROMUSCULAR DISEASES

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: дети, наследственность, нервно-мышечные заболевания, мышечная дистрофия, спинальная мышечная атрофия, хирургия, ортезирование, реабилитация, инвалидность.

Аннотация. Проведён анализ наблюдения и лечения 47 детей с различными прогрессирующими наследственными нервно-мышечными заболеваниями, в основном со спинальной мышечной атрофией 2 типа. В лечении использовались хирургические методы и сложное ортезирование с целью коррекции деформаций, стабилизации тела или сегментов конечностей пациента, вертикализации. Комбинация методов на фоне регулярных курсов восстановительного лечения позволили улучшить функциональные возможности большинства пациентов.

Key words: children, heredity, neuromuscular diseases, spinal muscular atrophy, muscle dystrophy, orthotics, surgery, rehabilitation, disability.

Summary: The analysis of observation and treatment of 47 children with various progressing hereditary neuromuscular diseases, generally with a second type of spinal muscular atrophy, is carried out. In treatment we used surgical methods and a difficult individual orthotics for correction of deformations, stabilization of a body or segments of extremities, for verticalization. A combination of methods with regular courses of rehabilitation allowed to improve functionality of most of patients.

Введение. Наследственная прогрессирующая нейромышечная патология – группа различных по механизму развития, тяжёлых заболеваний, нередко с неблагоприятным прогнозом. Сложность реабилитации

детей-инвалидов с данной патологией обусловлена прогрессирующей дистонией мышц туловища и конечностей, в первую очередь нижних, а также нарастающими и, как правило, множественными деформациями опорно-двигательного аппарата.

Цель. Демонстрация возможностей реконструктивной хирургии и индивидуального сложного и атипичного ортезирования в вертикализации детей-инвалидов с прогрессирующей нейромышечной патологией и освоении, либо восстановлении ими опоры и передвижения.

Материал и методы. Детская клиника ФГБУ СПбНЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России имеет опыт лечения 47 детей с различными формами проксимальной спинальной мышечной атрофии, миопатии, полинейропатии в возрасте от 1 года до 17 лет. Основными жалобами пациентов и их родителей являлись невозможность опоры и передвижения в связи с мышечной слабостью, наличием деформаций нижних конечностей и позвоночника. На указанных сегментах опорно-двигательного аппарата наблюдались тяжёлые сгибательные контрактуры тазобедренных и коленных суставов, паралитические подвывихи головок бедренных костей, выраженные плоско - вальгусные и эквино-варусные деформации стоп. Среди деформаций позвоночника наиболее часто имели место гиперлордоз и прогрессирующий сколиоз 2 - 4 степеней. В большинстве случаев дети не получали регулярного ортопедического наблюдения и лечения по месту жительства.

Результаты и обсуждение. Хирургическое лечение применялось для устранения патологии, которая не позволяла вертикализировать ребёнка даже с помощью технических средств реабилитации. К таким деформациям относились тяжёлые сгибательные контрактуры бёдер, сгибательные контрактуры голени в коленных суставах, выраженные варусные деформации стоп. Подвывихи головок бедренных костей и плоско - вальгусные деформации стоп не были обязательными для хирургической коррекции в связи с тем, что не препятствовали использованию технических средств реабилитации.

Основным ортопедическим методом вертикализации являлось индивидуальное атипичное ортезирование, наиболее часто применяли татора, ортопедические аппараты, жёсткий фиксирующий или функционально-корректирующий корсет (корсет Шено). В тяжёлых случаях изготавливали индивидуальные вертикализирующие системы (многофункциональные ортопедические комплексы), представляющие собой комбинацию корсета и ортопедических аппаратов, соединённых друг с другом различными шарнирными устройствами. На предложенные ортезы получены 6 патентов РФ.

Заключение.

Активное применение ортопедических методов лечения возможно и показано большинству пациентов, за исключением больных с декомпенсацией жизненно важных функций;

Применение технических средств реабилитации на фоне хирургического лечения, выполняемого по показаниям, позволяет достичь улучшения функциональных возможностей ребёнка и/или остановить нарастание деформаций позвоночника и конечностей.

УДК 364.048.2

Езенева Н.М., Уханова А.М.

МЕСТО ЛЕКОТЕКИ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

БУ РА Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями, Горно-Алтайск

Ezeneva N.M., Ukhanova A.M.

SIGNIFICANCE OF LEKOTEK IN THE SYSTEM OF EARLY AID FOR CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISORDERS

Republican rehabilitation center for children and adolescents on disabilities, Gorno-Altaysk

Ключевые слова: лекотека, дети с ограниченными возможностями, диагностика, ранняя помощь, индивидуально-ориентированная программа сопровождения ребенка и семьи, игра, игровая деятельность.

Key words: lekotek, children with disabilities, diagnosis, early intervention, individual-based program to assist the child and family, game, gaming activity.

Аннотация. В статье представлен опыт работы лекотеки в системе ранней помощи детям с ограниченными возможностями.

Abstract. The article outlines the experience of the lekotek practices in the system of early aid for children with disabilities.

В Республике Алтай в рамках реализации подпрограммы «Ранняя помощь детям с ограниченными возможностями здоровья и развития и их семьям» государственной программы Республики Алтай «Обеспечение социальной защищенности и занятости населения» в целях оказания ранней комплексной помощи детям от рождения до 3 лет, имеющим нарушения в развитии или риски возникновения нарушений, а также

их семьям, создана служба ранней помощи «Чалын» на базе бюджетного учреждения Республики Алтай «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» (далее - Служба). Данная служба раннего сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья включает в себя социально-медицинскую, психолого-педагогическую, семейно-ориентированную помощь детям младенческого и раннего возраста с нарушением развития, а также детям, имеющим риск возникновения таких нарушений в более старшем возрасте, и их семьям. За время реализации программы в службу обратились уже более 250 семей, воспитывающих детей раннего возраста.

На каждого ребенка, включенного в программу ранней помощи, разрабатывается индивидуальная программа ранней помощи по результатам проведенного углубленного междисциплинарного обследования развития и функционирования ребенка и влияющих на него факторов.

Индивидуальная программа содержит цели и задачи сопровождения ребенка и семьи, способы и методы выполнения поставленных задач, указывает участвующих в реализации программы специалистов службы раннего сопровождения детей с ограниченными возможностями, в том числе ведущего для данной семьи специалиста. Индивидуальная программа сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, предусматривает оказание комплексной помощи: проведение занятий по развитию речи, коррекции нарушений в познавательном развитии, формированию навыков альтернативной коммуникации, применению различных методик лечебной гимнастики, массажа и другое. В 2016 году в программы сопровождения были включены 117 детей в возрасте до 3 лет и их семьи, в 2017 году – 120.

Результативность проводимой коррекционно-развивающей работы определяется диагностическим обследованием ребенка, по итогам которого дети, достигшие положительных результатов, завершают занятия в Службе.

За первое полугодие 2017 года 11 детей уже закончили обслуживание по программе ранней помощи, из них:

6 детей завершили обслуживание по индивидуально-ориентированным программам ранней помощи, поставленные цели достигнуты;

3 детей достигли возраста 3-х лет, и они будут посещать детский сад;

2 детей перевели в группу лекотека. Этим детям уже исполнилось три года, но по состоянию здоровья и уровню развития они не смогут посещать дошкольное образовательное учреждение. Детям с выраженными нарушениями функций организма и (или) значительными ограничениями жизнедеятельности возможно продолжение оказания услуг ранней помощи до 7-8 летнего возраста.

Лекотека в бюджетном учреждении Республики Алтай «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» создана в рамках проекта «Вместе с семьей - ради детей!» при софинансировании Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и функционирует с августа 2013 года. С 2016 года лекотека учреждения включена в систему ранней службы помощи детям с нарушениями в развитии, как одна из эффективных технологий и методов реабилитации и абилитации, как служба психологического сопровождения и специальной педагогической помощи детям с выраженными нарушениями и проблемами развития и их родителям. Отправной точкой сотрудничества с родителями является оказание им помощи в понимании сущности имеющихся у ребенка отклонений и динамики их развития, в идентификации и осознании сильных и слабых сторон ребенка.

Целевая группа лекотеки – дети с нарушениями развития или выраженными психогенными расстройствами. Вид и природа нарушений развития ребенка могут быть разные: умственные, сенсорные, двигательные, эмоциональные, коммуникативные, поведенческие или сочетанные. В целевую группу входят и члены семей детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе детей-инвалидов. Целью создания лекотеки явилось обеспечение психолого-педагогического сопровождения детей от 2 месяцев до 7 лет с нарушениями развития для социализации, формирования предпосылок учебной деятельности, поддержки развития личности детей и оказания психолого-педагогической помощи родителям (законным представителям).

В лекотеке созданы благоприятные условия для развития личности ребенка; оказывается психологическая поддержка родителей малыша с нарушением развития и содействие решению психологических проблем, препятствующих поступлению детей в дошкольные образовательные учреждения, помощь в адаптации в семье и других социальных группах.

Деятельность лекотеки направлена и на психолого-педагогическую поддержку семьи, коррекцию родительско-детского взаимодействия, формированию у родителей специальных компетенций по воспитанию и развитию ребенка с особыми потребностями, способам общения с ним. Специалисты предоставляют всем родителям информацию о результатах психолого-педагогического обследования ребенка, особенностях выявленного расстройства и ресурсах ребенка.

Для просветительской работы среди родителей проводились консультативные приемы специалистами лекотеки, тренинговые занятия, практикумы. Специалисты, работающие с детьми целевой группы, ежемесячно выпускают рекомендации, буклеты, брошюры для родителей по вопросам организации реабилитации

и абилитации в домашних условиях. Рекомендации призваны знакомить родителей с основными закономерностями и условиями благоприятного психического развития ребенка; формировать потребность в приобретении психологических знаний, желание использовать их в работе с ребенком или в интересах развития собственной личности. Буклеты, рекомендации и брошюры вручаются всем родителям.

Разработана и внедряется специальная программа для детей от 3 до 5 лет и их родителей «Лекотека»: проводятся занятия с детьми с применением специализированных развивающих и игровых пособий, с использованием инновационного оборудования; групповые занятия с детьми и их родителями: «Фонарик наш огонь зажег, собрались мы все в кружок»; игровые музыкальные занятия: «Прощание в кругу», «Родительская гостиная» по темам «Игра в жизни ребенка», «Что такое лекотека»; тренинговое занятие с родителями: «Взаимоотношения в семье». Родители при проведении анкетирования по итогам работы по данной программе отметили, что они расширили свой кругозор по вопросам взаимодействия с ребенком в игровом пространстве, впервые увидели своего ребенка со стороны, раскрыли для себя новые черты его характера, вместе с ним порадовались удаче. У детей наблюдается положительная динамика - в той или иной степени улучшилось психоэмоциональное состояние, концентрация внимания, мелкая моторика. Различные конкурсы и игры, проводимые специалистами, учат родителей эффективным методам и формам организации детского досуга.

Специалисты осознают важность игры, игровой деятельности для детей раннего возраста как основного источника знаний, навыков, поэтому они стимулируют и поддерживают игровую деятельность детей с особыми нуждами. Выполняя роль организатора игровой среды, наблюдателя, активного слушателя и демонстратора, они воздерживаются от любых форм принуждения к игре. Поддерживая игру, они с ребенком устанавливают партнерские отношения, обеспечивая тем самым активизацию интереса ребенка к игре, побуждая их к освоению все новых форм общения со взрослыми, родителями или со сверстниками.

Для работы с детьми в лекотеке внедрены методы песочной терапии и цветотерапии. Метод песочной терапии помогает освоить детям предложенное пространство, развивает детское мышление, внимание, память, тактильную чувствительность, мелкую моторику, снимает психоэмоциональное напряжение, учит контролировать мышечное напряжение и расслабляться. Дети из 15 семей с удовольствием посещали эти занятия.

Цвет служит мощным стимулятором эмоционального и интеллектуального развития детей. По этой методике обслужено 10 детей.

Для пополнения библиотечного фонда лекотеки приобретена детская художественная литература: сказки, поговорки и пословицы, детские загадки, рассказы и стихи, которые развивают фантазию, логическое мышление, память и речь, расширяют словарный запас.

Для занятий с детьми приобретены: набор шумовых музыкальных инструментов для развития слухового восприятия и внимания, мелкий спортивный инвентарь для развития координации движений, развивающие игры для развития вариативного мышления, мелкой моторики рук и тактильного восприятия. У ребенка в игровом пространстве лекотеки появляется возможность все делать самому, придумывая новые игровые ситуации. В лекотеке проходит игра – практика. Хорошая игрушка побуждает ребенка к размышлениям, ставит перед ним различные игровые задачи. А это способствует развитию познавательных процессов.

В лекотеке оборудован уголок для проведения занятий с использованием методики М. Монтессори. Игрушки дают ребенку с особыми потребностями наиболее мощный импульс к развитию, так как опираются на потребности ребёнка в общении со сверстниками и взрослыми, в движении, самостоятельности, самовыражении, новых эмоциях и впечатлениях. Занятия проводились совместно со здоровыми сверстниками для образования новых социальных связей и получения социальных навыков детьми – инвалидами.

Важно правильно организовать игровую среду или детский уголок, оборудовать их адекватными игрушками, которые должны соответствовать уровню и особенностям развития ребенка. Специалисты лекотеки оказывают всем родителям квалифицированную консультационную помощь и в этих вопросах.

Наряду с обучением родителей проводится и обучение специалистов муниципальных учреждений социальной защиты населения, дошкольных образовательных учреждений пользования средствами лекотеки, различным методам игрового взаимодействия с ребенком, формированию у него умений, необходимых для получения образовательных услуг в дошкольных образовательных учреждениях.

Проведен семинар-практикум для родителей и специалистов, работающих с детьми раннего и дошкольного возраста с нарушениями в развитии, на тему «Игра в жизни ребенка». Обучились на семинаре 32 специалиста, 3 родителя. Семинар-практикум помог родителям и специалистам расширить и углубить знания о содержании и особенностях коррекционно-развивающей работы с детьми с особенностями в развитии посредством игры и детских игрушек, об игровых технологиях и приемах в работе педагогов и психологов, ознакомиться с опытом работы специалистов лекотеки нашего учреждения, развить свой творческий, педагогический потенциал.

Были выпущены брошюры «Играем вместе с детьми», методическое пособие «Вместе с семьей – ради

детей», в которых представлены материалы по теоретическому, нормативному и организационному обеспечению лекотеки, как системы психологического сопровождения детей с выраженными нарушениями в развитии и их родителей.

Используя такие основные формы работы в лекотеке, как консультация, диагностический игровой сеанс, терапевтический игровой сеанс, групповой родительский тренинг, специалисты в зависимости от потребностей семьи обеспечивают планомерную деятельность на основе разработанного индивидуального маршрута или программы работы с ребенком и его семьей. При реализации данной программы постоянно проводится отслеживание ее эффективности на основе профессионального взаимодействия специалистов между собой и с родителями, при необходимости вносятся коррективы в индивидуальную программу ребенка. Родители отмечают, что результатом посещения всей семьей занятий в лекотеке, является улучшение психологического климата в семье.

В 2016 – 2017 гг. лекотеки открыты в учреждениях социальной поддержки населения 4 муниципальных образований республики. Специалистам оказывается помощь и консультации в организации работы лекотек в режиме видеоконференцсвязи и на выездных семинарах.

Наблюдается положительная динамика у всех клиентов лекотеки в эмоционально – волевой и познавательной сфере. В частности, 14 детей с диагнозом детский аутизм стали проявлять интерес к окружающему, стали выполнять минимальные инструкции, выполнять простые движения под музыку, у детей с диагнозом детский церебральный паралич улучшились речевые и двигательные навыки, увеличился интерес к окружающему миру и потребность в общении со сверстниками, появилась целенаправленная деятельность на уровне выполнения отдельных действий, уменьшилось слюноотделение, сформировалась способность звукопроизношения, у детей с умственной отсталостью тяжелой степени на более высоком уровне проявились показатели концентрации и устойчивости внимания, наблюдается стабилизация эмоционального фона, стали понимать и выполнять ряд несложных инструкций.

Родители отмечают в своих отзывах результативность проводимой специалистами работы - за время посещения лекотеки у детей повысилась как социальная, так и двигательная активность, самостоятельность в выборе игровой деятельности, степень общительности.

Деятельность лекотек будет способствовать поддержке семей, воспитывающих детей целевой группы, активному включению семьи в процесс реабилитации и абилитации, информационно-методической поддержке специалистов и дальнейшему развитию службы ранней помощи детям с ограничениями жизнедеятельности.

Список литературы

- Распоряжение Правительства РФ от 31.08.2016 N 1839-р «Об утверждении Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года».
- Игры и занятия с детьми раннего возраста, имеющими отклонения в психофизическом развитии: Книга для педагогов /Под ред. Е.А. Стребелевой, Г.А. Мишиной. - М.: Полиграф сервис, 2002. - 128 с.
- Пискун О. Ю. Развитие - в игрушках: практическое руководство для родителей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ОВЗ. – Новосибирск, 2011. -60с.
- Пискун О. Ю. Лекотека как новая форма социализации и образования детей с ограниченными возможностями здоровья: из опыта работы первой Лекотеки г. Новосибирска при МБУ «КЦСОН» Ленинского района: учебно-методическое пособие / О. Ю. Пискун, Т. П. Есипова. – Новосибирск, Альфа-Порте, 2012. – 153 с.

Ермолаева Е.Е.

ПОДГОТОВКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КАДРОВ ДЛЯ РАБОТЫ В СЛУЖБЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ

АНО ДПО «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства», Санкт-Петербург

Ermolaeva E.E.

PROFESSIONAL TRAININGS PROGRAMS FOR SPECIALIST WORKING IN EARLY INTERVENTION SERVICES

Non-government organization “Institute of early intervention”, St. Petersburg

Ключевые слова: ранняя помощь, дополнительное профессиональное образование, служба ранней помощи.

Keywords: early intervention, additional professional education, early intervention service.

Аннотация. Тезисы кратко раскрывают основные требования к дополнительной профессиональной подготовке специалиста для работы в Службе ранней помощи.

Abstract. The theses briefly describe the basic requirements for additional professional training of a specialist working in early intervention services.

В настоящий момент в Российской Федерации широко развивается система поддержки детей раннего возраста с ограничениями жизнедеятельности и их семей. 31 августа 2016 года Распоряжением Правительства

Российской Федерации была утверждена «Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации» на период до 2020 года, которая регламентирует деятельность по развитию межведомственной политики и внедрению комплекса мер в области помощи детям раннего возраста с ограничениями жизнедеятельности. Ведется большая работа по созданию нормативно-правовой базы для обеспечения создания, функционирования и развития Служб ранней помощи в подведомственности здравоохранения, образования и социальной защиты населения. В связи с созданием большого количества вновь открываемых Служб ранней помощи по всей стране остро встает вопрос профессиональной подготовки кадров для работы в таких службах. Для многих регионов РФ деятельность по созданию Системы служб ранней помощи является инновационной и требует значительной кадровой подготовки как на уровне руководителей министерств и ведомств, уровне руководства службой, так и на уровне специалистов, работающих с семьями и детьми.

На данный момент в нашей стране не существует профессионального стандарта специалиста ранней помощи и не ведется подготовка кадров для работы в службе ранней помощи в сфере высшего образования. Подготовка сотрудников для работы в программах ранней помощи ведется в рамках дополнительного профессионального образования.

Общемировым стандартом подготовки специалиста ранней помощи является: высшее образование в области специального образования (логопед, специальный педагог, психолог, физический терапевт и т.д.), дополнительное обучение в области ранней помощи (курс повышения квалификации общим объемом не менее 160 часов), практическая работа под супервизией не менее 2х лет, дальнейшая специализация. Такое многоступенчатое обучение позволяет добиваться эффективности и высокого качества оказываемых услуг.

Аккумулировав передовой российский и международный опыт подготовки кадров в области ранней помощи была разработана трехуровневая модель подготовки профессиональных кадров. Данная модель обучения позволяет эффективно подготовить регион к внедрению программ ранней помощи на своей территории.

Первый уровень - представлен профессиональными стажировками для обучения специалистов уровня департаментов, министерств, комитетов по теме: «Региональная система ранней помощи – основные компоненты и их взаимодействие».

Второй уровень - представлен профессиональными стажировками, курсами повышения квалификации по теме: «Организационные основы ранней помощи, стандарты оказания услуг ранней помощи» для директоров, главных врачей учреждений и организаций, руководителей Служб ранней помощи.

Третий уровень - представлен профессиональными стажировками, курсами повышения квалификации по теме: «Организационные основы деятельности службы ранней помощи», дополнительными специализированными курсами, профессиональными супервизиями для специалистов ранней помощи.

В ходе такого многокомпонентного обучения специалисты всех уровней и подведомственностей получают общее представление о программах ранней помощи, знают и умеют организовать работу по внедрению ранней помощи в регионе, знают, как создать Службу ранней помощи, умеют организовать межведомственное взаимодействие в рамках программ ранней помощи. Специалисты службы ранней помощи владеют технологией оказания услуг населению в рамках программ ранней помощи и умеют работать в междисциплинарной команде.

Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года: утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р.

Стандартные требования к организации деятельности службы раннего вмешательства. Сборник. Аксенова О.Ж., Баранова Н.Ю., Емец М.М., Самарина Л.В., Тасис, 2013.

УДК 364.023+364.025.4+364.027

Лагун В.Е.

РАННЯЯ ПОМОЩЬ КАК ПЕРВЫЙ ЭТАП ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Санкт-Петербургская общественная организация инвалидов «Даун Центр», Санкт-Петербург

Lagun V.E.

EARLY INTERVENTION AS FIRST STAGE OF DOWN'S SYNDROME CHILDREN INCLUSIVE EDUCATION

Saint-Petersburg public organization of disabled people "The Down Center", Saint-Petersburg

Ключевые слова: трисомия 21, ранняя помощь, база данных, междисциплинарные методы реабилитации и абилитации, социальная адаптация, межведомственное взаимодействие, инклюзивное образование

Key words: trisomy 21, early intervention, database, multidisciplinary methods to rehabilitation and habilitation, social adaptation, interagency interaction, inclusive education

Аннотация. Описан опыт Санкт-Петербургской общественной организации инвалидов «Даун Центр» по оказанию систематической ранней помощи детям с синдромом Дауна при составлении их образовательного маршрута в 2006-2017 гг.

Abstract. The experience of the Saint-Petersburg public organization of disabled people "Down the Center" in providing of systematic early intervention and assistance for children with Down's syndrome in the preparation of their educational route in 2006-2017 is described.

Введение

В настоящее время у большинства субъектов образовательного пространства Санкт-Петербурга (родителей, педагогов, руководителей образовательных учреждений, социальных и медицинских работников) не вызывает сомнения принципиально важная роль ранней помощи (или, по прежней терминологии, «раннего вмешательства») в успешном развитии детей с самой распространенной генетической аномалией человека - трисомией по 21 хромосоме (синдромом Дауна). Именно непрерывное партнерство родителей и педагогов играет решающую роль в подготовке ребенка с синдромом Дауна к полноценной жизни в обществе, включая трудовую деятельность и самостоятельное проживание. Полнота социальной адаптации лиц с СД достигается в том случае, когда они способны говорить, читать, считать, ориентироваться в пространстве, заниматься самообслуживанием, независимо проводить платежные операции и т.д. Еще двадцать лет назад такие навыки у людей с СД в нашей стране считались фантастикой, но теперь неравнодушное родительское сообщество создало условия для успешного социального взаимодействия своих детей с СД, использования их индивидуального потенциала и перспективного планирования жизнедеятельности в условиях социальной интеграции.

Статистические данные

По неофициальной опубликованной информации в России ежегодно рождается около сорока тысяч детей с врожденными пороками развития. Две с половиной тысячи из них - это дети с синдромом Дауна (СД). На Украине рождается 450 детей с СД в год. Например, в 2015 году в Киеве родилось 32 ребенка с СД, 28 из них родители забрали домой, но подробные данные засекречены. В Москве рождается более 100 детей с СД в год. В Санкт-Петербурге - около 50 (в 2013 г. - 53, в 2014 г. - 80, в 2015 г. - 54, в 2016 - 64, в Башкортостане - 40, в Саратовской области и в Крыму - 30. В Архангельске - 22 при числе отказов 1-2 случая в год (!). В США насчитывается 250 тысяч граждан с синдромом Дауна при годовой «норме» рождения в 5300 человек. В петербургских семьях проживает около 450 детей с СД. Оценка снизу дает более 100 случаев прерывания беременности в год из-за «высокого риска рождения ребенка с СД» по результатам пренатальной диагностики. В домах ребенка и детских домах-интернатах Санкт-Петербурга проживает более 200 детей с СД (оценочные данные за 2015 год).

Всего на планете проживает около 7 миллионов лиц с синдромом Дауна. Количество россиян с СД установить пока не удалось. Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга официально отказал в предоставлении информации о городских детях с трисомией по 21 хромосоме, а Министерство здравоохранения сообщило, что ведение реестра лиц с синдромом Дауна не входит в круг его компетенций.

В связи со сказанным, соответствующая база данных уже создается в силах Санкт-Петербургской общественной организации инвалидов «Даун Центр» (СПб ООИ «Даун Центр») при поддержке региональных родительских организаций и профессиональных сообществ с целью своевременного достоверного информирования о принципах и методах ранней помощи детям с синдромом Дауна, основанных на самых передовых мировых и отечественных практиках абилитации младенцев с нарушениями развития. Вышеуказанное семейно-ориентированное информирование, несмотря на функционирование развитой сети медицинских, образовательных и реабилитационных учреждений разной ведомственной принадлежности, призванных оказывать раннюю помощь, оказывается более эффективную поддержку семьям, воспитывающих детей с СД, поскольку направлена на получение конечного результата в виде успешного прохождения ребенком с СД долговременного образовательного маршрута и его максимально возможной социальной адаптации.

Задачи общественной организации «Даун Центр»

СПб ООИ «Даун Центр» начинает работать с семьей, начиная с уровня женской консультации и с первых дней жизни малыша, когда родители узнают о диагнозе, который, как правило, подтверждается уже на первой неделе жизни. С этого момента идет оказание психологической помощи и эмоциональной поддержки при принятии единственно правильного решения о дальнейшей судьбе новорожденного. Где он будет дальше жить и воспитываться - в семье или в государственном учреждении? На сегодняшний день в России очень высок уровень отказа от детей в период нахождения мамы в родовспомогательном учреждении, в частности, из-за отсутствия достоверной информации о синдроме Дауна. В Санкт-Петербурге, начиная с 2012 г., число отказов от детей с СД в роддомах сократилось на 15 % и составляет около 60 %.

Основные задачи СПб ООИ «Даун Центр» сводятся к следующим направлениям:

- рекомендации по медицинскому сопровождению (диагностике и коррекции) в первые месяцы и годы жизни (абилитация, оперативные консультации ведущих специалистов города и многоопытных родителей);

- сопровождение ребенка с СД при прохождении освидетельствования в органах медико-социальной экспертизы [1];
- гармоничное раннее развитие личности ребенка в реальной городской среде (социализация), включая подготовку к поступлению в детский сад;
- дошкольное образование в некоррекционных детских садах в среде обычно развивающихся сверстников, включая разработку индивидуальных учебных планов;
- школьное образование в некоррекционных (общеобразовательных) школах на основе инклюзивного подхода к образованию, включая составление адаптированной образовательной программы (или индивидуального учебного плана) [2];
- организация дополнительного и профессионального обучения, а также рабочих мест;
- юридическое сопровождение семей с детьми и взрослых с СД;
- сотрудничество с государственными структурами, коммерческими организациями, отечественными и зарубежными научными центрами, благотворительными фондами;
- проведение массовых культурно-просветительских акций и праздничных мероприятий;
- издание литературы о методах и опыте реабилитации лиц с синдромом Дауна в Санкт-Петербурге;
- подготовка биохимических паспортов лиц с синдромом Дауна для научного обоснования реабилитационных медицинских восстановительных программ и процедур, включая мониторинг и восстановление гормонального аминокислотного и микроэлементного статусов человека с СД;
- создание базы данных семей, воспитывающих детей с синдромом Дауна, для своевременного оказания им необходимой помощи;
- информационная и методическая поддержка городских и региональных домов ребенка, детских домов-интернатов психоневрологического профиля и реабилитационных центров, где проживают взрослые с синдромом Дауна;
- повышение квалификации работников реабилитационных центров;
- пропаганда адекватного отношения к лицам с синдромом Дауна в обществе, включая разработку и размещение уличной и электронной социальной рекламы.

Оценки результативности ранней помощи детям с СД по данным СПб ООИ «Даун Центр»

Известно несколько десятков международных и национальных практик ранней помощи детям с СД, но в связи широким диапазоном возможных отклонений в развитии ребенка с трисомией 21 единого подхода или мнения по конкретному виду и срокам оказания ранней помощи не существует. Ниже приводятся устойчивые навыки воспитанников СПб ООИ «Даун Центр», сформированные в результате оказания комплексной (междисциплинарной) ранней помощи от рождения до поступления в школу, которые можно рассматривать в качестве критериев эффективности работы службы ранней помощи общественной организации:

- начало прямохождения ребенка с СД в возрасте 1,5 года;
- отказ от памперсов на ночь в 2 года;
- знание русского алфавита (без произнесения всех звуков) в 2,5 года;
- посещение общеобразовательного детского сада с 3 лет;
- самостоятельное прочтение первого слова в 4 года;
- посещение детского сада для детей общим недоразвитием речи с 5 лет;
- формирование фразовой речи в 5 лет;
- способность различать около 30 цветов и оттенков в 5 лет;
- прочтение первой книжки-малышки по слогам самостоятельно в 6 лет;
- произнесение русского алфавита наизусть в 6 лет;
- счет в пределах первого десятка в 6 лет;
- пение песен из мультфильмов в 5 лет;
- декламация стихотворений наизусть в 5 лет;
- участие в детском спектакле в роли со словами в 5 лет;
- внятное произнесение сложных звуков «Ш», «Щ», «Ч» в 6 лет;
- счет по-английски наизусть до 20 в 6 лет (до 10 в 4 года);
- произнесение английского алфавита наизусть в 6 лет;
- посещение общеобразовательной (некоррекционной) школы с 8 лет;
- успешное освоение программы начальной школы и сдача всероссийской проверочной работы в 11 лет.

Заключение

Систематическая семейно-ориентированная ранняя помощь ребенку с синдромом Дауна, безусловно, имеет значительный реабилитационный потенциал для того, чтобы подготовить ребенка к жизни в социуме, но не может в настоящее время полностью скорректировать индивидуальные психо-моторные особенности

развития, связанные с хромосомной аномалией. Важнейшим условием успешного прохождения ребенком с СД своего образовательного маршрута, как следует из опыта работы СПб ООИ «Даун Центр», является формирование инклюзивной среды в образовательном учреждении, т.е. готовность администрации адаптировать педагогические технологии к индивидуальным особенностям ученика с СД, способствовать росту интереса ребенка к учебе, а не обращаться к нему с требованиями, общими для других учеников. При этом ответственность за освоение программы обучения равно лежит на самом ученике с СД и его родителях. Максимально возможное включение ученика с СД в процессы жизнедеятельности образовательного учреждения является той основой, которая откроет человеку с синдромом Дауна путь к независимому проживанию в современном обществе.

Список литературы

1. Лагун В.Е. Особенности установления инвалидности детям с синдромом Дауна в Санкт-Петербурге / В Сб. Материалы научно-практической конференции с международным участием «Инвалидность и реабилитация». Санкт-Петербург, 24-25 ноября 2016 г. Санкт-Петербург. - 2016. - С. 161-162.
2. Лагун В.Е. Проблемы и перспективы образования детей с синдромом Дауна в Санкт-Петербурге. В кн. «Современные подходы к образованию детей с ограниченными возможностями здоровья». Издание Центра повышения квалификации специалистов «Информационно-методический центр» Московского района Санкт-Петербурга. Санкт-Петербург. - 2013. - С. 13-16.

УДК 61-616-01

Нефедьева Д.Л., Бодрова Р.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАННЕЙ АБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань

Nefedeva D.L., Bodrova R.A.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF EARLY HABILITATION IN CHILDREN WITH LOW AND EXTREMELY LOW BODY WEIGHT

Kazan State Medical Academy, Kazan, Russia

Резюме. Высокий уровень инвалидизации у детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела, определяет необходимость разработки и внедрения единой стратегии ведения данной категории пациентов. Перспективными направлениями в абилитации являются методы ранней мультисенсорной стимуляции, обучение постуральному контролю и позиционирование. По данным настоящего исследования их применение улучшает показатели речевого и когнитивного развития ребенка в скорректированном по сроку гестации возрасте шести месяцев.

Ключевые слова: недоношенные дети, нервно-психическое развитие, абилитация, мультисенсорная стимуляция.

Summary. The high level of disability in children with very low and extremely low body weight determines the need to develop and implement a unified strategy for maintaining this category of patients. Methods of early multisensory stimulation, training in postural control and positioning are considered as the promising directions in habilitation. Our study demonstrates that the using of these methods improves the speech and cognitive development of the child in the age-adjusted gestational age of six months.

Key words: premature children, neuropsychic development, habilitation, multisensory stimulation.

Введение. В последние годы существенно увеличилась выживаемость детей, рожденных с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) за счет развития высоких технологий. В то же время уровень инвалидизации остается крайне высоким, что определяет актуальность своевременной абилитации данной категории пациентов [1, 2]. Основной ее задачей является нормализация темпов физического, психического и моторного развития и приближение скорректированного по сроку гестации возраста к фактическому за минимально возможное время.

Установлено, что недоношенные дети крайне чувствительны к изменениям в сенсомоторном развитии. Считается, что дети, рожденные с ОНМТ или ЭНМТ, подвергаются сенсорной депривации и, соответственно, нуждаются в сенсорной стимуляции [3, 4, 5, 6]. Считается, что грамотная коррекция нарушений в сенсорных системах у недоношенных детей может предотвратить развитие двигательных и когнитивных нарушений, нарушений развития высших корковых функций [7]. Парадигма по обогащению окружающей среды считается перспективной и оценивается как неинвазивная стратегия стимуляции нейропластичности у новорожденных с патологией ЦНС. В частности, сенсомоторная стимуляция (массаж, тактильно-кинестетическая стимуляция) через обогащенную среду снижает уровень торможения в мозге и уменьшает выраженность стрессовых реакций [8]. Музыкальная терапия на ранних этапах может использоваться для стимуляции речевого развития [9]. Способность визуально исследовать окружающую среду способствует формированию основ для социального взаимодействия, навыков, которые являются фундаментальными для когнитивного развития [10]. Недавние исследования отмечают статистически значимые корреляции между нарушением

формирования зрительного анализатора у недоношенных, дефицитом ранних двигательных навыков и поздними задержками моторного развития [11, 12]. Нарушения постурального контроля, отмечающиеся у недоношенных, приводят к затруднениям в обучении через цикл восприятие-действие и, опосредованно, к задержкам в познавательной деятельности [13]. Все вышеперечисленное обосновывает необходимость терапии, ориентированной на сенсорное развитие. Цель работы состояла в изучении профиля развития недоношенных детей и оценке эффективности ранней абилитации.

Материал и методы. В исследование включено 30 пациентов, родившихся с ОНМТ или ЭНМТ и наблюдающихся на базе ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» в течение первого года жизни. После перевода с первого или со второго этапа реабилитации (средний скорректированный по сроку гестации возраст перевода $0,8 \pm 1,2$ мес.) дети находились под наблюдением в амбулаторном отделении реабилитации. Интенсивная абилитация в первые месяцы жизни проводилась у 18 пациентов и включала в себя мультисенсорную стимуляцию (зрительную, слуховую, тактильно-кинестетическую, вестибулярную), терапевтическое позиционирование и обучение постуральному контролю, в частности, контролю за срединной линией тела [13, 14]. После обучения родителей абилитация осуществлялась в домашних условиях. По данным литературы, реализация части программы абилитации в домашних условиях возможна [15].

У всех детей оценивался психоневрологический профиль развития в скорректированном по сроку гестации возрасте 6 месяцев: изучалось состояние двигательной функции, перцептивных функций (зрительное и слуховое восприятие), функций импрессивной и экспрессивной речи и когнитивного развития [16, 17].

Для показателей, которые трудно описать количественными характеристиками были разработаны специальные балльные шкалы (таблица 1).

Таблица 1

Оригинальные балльные шкалы

Параметры	Баллы (условные единицы измерения параметра)		
	0	1	2
Проведение комплексной абилитации	Не проводилась	Проводилась	
Течение бронхолегочной дисплазии (БЛД)	Отсутствие заболевания, или течение без обострений и / или без постоянного приема препаратов	Постоянный прием препаратов	Обострения заболевания с бронхообструктивным синдромом

Полученные баллы вносились в матрицу для корреляционного анализа. Статистический анализ полученных результатов проводился при помощи программного обеспечения Excel и программы STRINF [18].

Результаты исследования и их обсуждение. Все дети, находящиеся под наблюдением, родились с ОНМТ или ЭНМТ и имели отягощенный перинатальный анамнез. Средний гестационный возраст составил $27,8 \pm 1,9$ недели, вес при рождении – $1059,7 \pm 248,1$ г. У всех детей диагностировано перинатальное поражение центральной нервной системы, у 28 (93,3%) – бронхолегочная дисплазия (БЛД). У 23 (76,7%) отмечалась ретинопатия недоношенных. Критериями исключения из исследования были тяжелые структурные нарушения в мозге, врожденные аномалии и пороки развития, наличие судорожных приступов.

Была выявлена статистически значимая связь между фактом проведения комплексной абилитации в первые месяцы жизни, течением БЛД ($r = -0,56$, $p < 0,05$), индексами развития экспрессивной речи ($r = 0,59$, $p < 0,05$) и интеллекта ($r = 0,51$, $p < 0,05$) в скорректированном возрасте 6 месяцев. Т.е. проведение активной абилитации на ранних этапах развития улучшало соматический фон (течение БЛД) и показатели развития ребенка. Полученные данные согласуются с проводимыми ранее исследованиями [8, 10, 19]. Улучшение течения БЛД связано, вероятно, с проведением тактильно-кинестетической стимуляции, которая, по данным литературы, уменьшает поведенческие проявления стресса и улучшает росто-весовые показатели у ребенка за счет стимуляции блуждающего нерва, желудочной активности и увеличения уровня инсулина в крови [20, 21]. В тоже время уровень физического развития, динамика массы тела, рост соединительной ткани в легких определяют регресс БЛД [22].

Выводы: Полученные в работе данные свидетельствуют о том, что комплексное применение методов мультимодальной стимуляции в сочетании с терапевтическим позиционированием и обучением постуральному контролю эффективно и показывает хорошие отдаленные результаты: более высокие индексы речевого и когнитивного развития в 6 месяцев и более стабильный соматический статус у детей, рожденных с ОНМТ и ЭНМТ.

Список литературы:

- Пальчик А.Б. Лекции по неврологии развития. М.: МЕДпресс-информ, 2012. 368 с.
 Пальчик А.Б., Федорова Л.А., Понятишин А.Е. Неврология недоношенных детей. М.: МЕДпресс-информ, 2012. 352 с.
 Alvares M.J., Fernandez D., Gomez-Salgado J. et al. The effect of massage therapy in hospitalized preterm neonates: a systematic review

- // International Journal of Nursing studies. 2017. Vol. 69. P. 119-136.
- Fallah R., Akhavan Karbasi S., Golestan M., Fromandi M. Sunflower oil versus no oil moderate pressure massage leads to greater increases in weight in preterm neonates who are low birth weight // *Early Human Development*. 2013. Vol. 89 (9). P. 769-772.
- Mathai S., Fernandez A., Mondkar J., Kanbur W. Effects of tactile-kinesthetic stimulation in preterms: a controlled trial // *Indian Pediatr*. 2001. Vol. 38 (10). P. 1091-1098.
- Smith J.R. Comforting touch in very preterm hospitalized infant: an integrative review // *Adv Neonatal Care*. 2012. Vol. 12 (6). P. 349-365.
- Cabral T.I., Pereira L.G., Silva C.M. et al. Analysis of sensory processing in preterm infants // *Early Human Development*. 2016. Vol. 103. P. 77-81.
- Hernandez-Reif M., Diego M., Field T. Preterm infants show reduced stress behaviors and activity after 5 days of massage therapy // *Infant Behav Dev*. 2007. Vol. 30. P. 557-561.
- Лильин Е.Т., Доскин В.А. <http://www.ozon.ru/context/detail/id/5935233/> - tab_person Детская реабилитология. М.: Литтерра, 2011. 640 с.
- Di Rosa G., Cavallaro T., Alibrandi A. et al. Predictive role of early milestones-related psychomotor profiles and long-term neurodevelopmental pitfalls in preterm infants // *Early Human Development*. 2016. Vol. 101. P. 49-55.
- De Kieviet J.F., Stoof C.J.J., Geldof C.J.A. et al. The crucial role of the predictability of motor response in visuomotor deficits in very preterm children at school age // *Dev. Med. Child Neurol*. 2013. Vol. 55. P. 624-630.
- Maitra K., Park H.Y., Eggenberger J. et al. Difficulty in mental, neuromusculoskeletal, and movement-related skill functions associated with low birthweight or preterm birth: a meta-analysis // *Am J. Occup. Ther*. 2014. Vol. 68. P. 140-148.
- Dusing S.C., Izzo T., Tracker L.R., Galloway J.C. Postural complexity influences development in infant born preterm with brain injury: relating perception-action theory to 3 cases // *Physical Therapy*. 2014. Vol. 94 (10). P. 1508-1516.
- King C., Norton D. Does therapeutic positioning of preterm infants impact upon optimal health outcomes? A literature review // *Journal of neonatal nursing*. 2017. Vol. 2. P. 1-5.
- Wu Y.C., Hsieh W.S., Hsu C.H. et al. Intervention effects on emotion regulation in preterm infants with very low birth weight: a randomized controlled trial // *Research of Developmental*. 2016. Vol. 48. P. 1-12.
- Скворцов И.А. Неврология развития: руководство для врачей. М.: Литтерра, 2008. 544 с.
- Скворцов, И.А. Иллюстрированная неврология развития. М.: МЕДпресс-информ, 2014. 352 с.
- Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2010617487. 2010.
- Прусаков В.Ф., Белоусова М.В., Уткузова М.А. Нейрореабилитация раннего возраста. Казань: Печатный двор, 2009. 280 с.
- Hernandez-Reif, M. Glucose regulation in preterm newborn infants / M. Hernandez-Reif, M. Diego, T. Field // *Horm. Res.* – 2007. – Vol. 68. – P. 265- 271.
- Perino V., Mezzacappa M.A. Application of tactile / kinesthetic stimulation in premature infants: a systematic review // *Journal de Pediatria*. 2015. Vol. 91(3). P. 213-233.
- Овсянников Д.Ю. Система оказания медицинской помощи детям, страдающим бронхолегочной дисплазией. Руководство для практикующих врачей. М.: МДВ, 2010. 152 с.

УДК 616-08-039.11+616-009

Самсонова Т.В., Малышкина А.И., Песикин О.Н., Николаева С.В.

АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н.Городкова» Минздрава России, Иваново

Samsonova T.V., Malyshkina A.I., Pesikin O.N., Nikolaeva S.V.

ABILITATION OF AN EARLY AGE CHILDREN WITH CONSEQUENCES OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM PERINATAL LESION

Ivanovo's V.N. Gorodkov Scientific Research Institute of Maternity and Childhood, Ministry of Health of the Russian Federation, Ivanovo

Ключевые слова: абилитация, перинатальное поражение центральной нервной системы (ЦНС), дети раннего возраста.

Keywords: abilitation, central nervous system (CNS) perinatal lesion, early age children.

Аннотация. Представлен опыт абилитации детей с последствиями перинатального поражения ЦНС в постнеонатальном периоде в условиях отделения медицинской реабилитации детей с нарушением функций ЦНС. Обязательными условиями успешности лечебно-абилитационных мероприятий являются преемственность, комплексный индивидуальный подход с использованием современных медицинских технологий, а также длительный мониторинг здоровья детей.

Abstract. Abilitation of children with consequences of CNS perinatal lesion in the post-neonatal period in the conditions of medical rehabilitation of children with the central nervous system damage unit is presented. The mandatory conditions for the success of medical-abilitation measures are continuity and comprehensive individual approach with the use of modern medical technologies, as well as long-term monitoring of children's health.

В ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н.Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации создана и действует система оказания медицинской помощи детям с перинатальными поражениями ЦНС. Абилитация детей раннего возраста с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы проводится в условиях отделения медицинской реабилитации детей с нарушением функций ЦНС.

Основная задача отделения – восстановление нарушенных психоневрологических функций с применением комплексного индивидуального подхода с использованием современных медицинских технологий, соблюдением этапности и преемственности восстановительного лечения. Госпитализация детей проводится по предварительной записи. Показания для направления на госпитализацию: задержка моторного и психомоторного развития, двигательные нарушения, детский церебральный паралич, задержка нервно-психического и речевого развития. Не показано направление детей с неуточненным диагнозом, судорожным синдромом в приступном периоде, с острыми и обострением хронических соматических заболеваний. Отделение укомплектовано высококвалифицированными специалистами. В клинике работают неврологи, педиатр, ортопед, физиотерапевт, кинезотерапевт, детский психиатр, психолог, логопед-дефектолог, инструкторы ЛФК, массажисты. Обследование детей проводят врачи функциональной и ультразвуковой диагностики, офтальмолог, сурдолог, врачи-генетики. В стационаре имеются специально оборудованные помещения для проведения лечебно-абилитационных мероприятий: залы массажа и лечебной физкультуры; кабинеты для физиотерапии; водолечебница с бассейном и гидромассажными ваннами; кабинет для теплолечения; кабинеты для логопедической, психологической и ортопедической коррекции. Отделение оснащено современным высокоинформативным диагностическим оборудованием для проведения нейрофизиологических и ультразвуковых методов исследования: электроэнцефалографии, электронейромиографии, компьютерной стабиллометрии, исследования слуховых и зрительных вызванных потенциалов, отоакустической эмиссии, исследования вариабельности ритма сердца, эхоэнцефалоскопии, нейросонографии, ультразвуковой доплерографии. Лечебно-абилитационная помощь в отделении помимо традиционного медикаментозного лечения включает ботулинотерапию препаратами ботулотоксина типа А для коррекции локальной спастичности мышц у больных детским церебральным параличом. Широко используются немедикаментозные методы абилитации. К ним относятся: массаж; кинезотерапия; ортопедическая коррекция (ортопедические пособия, гипсование); рефлексотерапия; логопедическая и психологическая коррекция; физиотерапевтические воздействия. В отделении применяются следующие методы физиотерапии: электрофорез; синусоидальные модулированные токи; транскраниальная и трансвертебральная микрополяризация; лазеротерапия; магнитотерапия; метод мягкого вибромассажа и моделирования невесомости с помощью кровати «Сатурн»; теплолечение; водолечение (гидрокинезотерапия, гидромассаж, плавание, лечебные ванны). Сотрудники отделения активно используют современные абилитационные технологии: стимуляцию и коррекцию психомоторного развития детей с помощью сенсорной комнаты; коррекцию познавательной деятельности, эмоционального, речевого развития с помощью тренажерного комплекса для коррекции сенсорного потока «Опти-Музыка»; методику «Адели»; Войта-терапию.

Комплексный индивидуальный подход в абилитации с использованием современных медицинских технологий, длительный мониторинг здоровья детей с последствиями перинатального поражения ЦНС позволяют существенно повысить эффективность лечебно-абилитационных мероприятий. Эффективность абилитации детей раннего возраста с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы выражается в снижении частоты и тяжести инвалидизации, повышении качества жизни маленьких пациентов. Неуклонно снижается доля детей с реализованным условно неблагоприятным прогнозом.

УДК 616-08-039.11 + 618.8-085.838

Бурэ Н.П., Суслова Г.А.

ГИДРОКИНЕЗОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ (ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА «УМНЫЕ РЫБКИ»)

Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет, Санкт-Петербург, Россия

Bure N.P., Suslova G.A.

HYDROKINESOTHERAPY IN MEDICAL REHABILITATION COMPLEX OF FIRST YEAR OF LIFE CHILDREN

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint-Petersburg, Russia

Аннотация. Гидрокинезотерапия (ГКТ) – современный метод лечения с использованием теплой воды. В клиниках Санкт-Петербургского педиатрического медицинского университета была разработана и апробирована программа ГКТ для детей первого года жизни, имеющих перинатальные повреждения. Результаты исследований с 2012 по 2017 года показали высокую эффективность программы для ранней коррекции перинатальных нарушений у детей первого года жизни на всех этапах медицинской реабилитации (МР).

Ключевые слова: медицинская реабилитация, гидрокинезотерапия, аква-терапия, дети грудного возраста, недоношенные дети, перинатальная патология

Keywords: rehabilitation, hydrorehabilitation, hydrokinesotherapy, aqua-therapy, first year of life children, perinatal

malfunction, premature

Summary. Hydrokinesotherapy is a modern method of treatment in a warm water. The Program hydrokinesotherapy (medical hydrorehabilitation) the first year of life children with perinatal pathology was developed and approbated. The research took place during period of 2012-2016 in Saint-Petersburg State Pediatric Medical University clinics. During the research it is shown, that dedicated use of the physical training in water is effective method of the early perinatal pathology correction and allows to high the health level of the of the premature by an individual complex.

Актуальность. Для развивающегося детского организма водная среда является уникальной, а регулярные занятия в ней – необходимы для гармоничного развития ребенка. На основе анализа собственного опыта работы и данных разных источников была разработана и апробирована по-этапная Программа ГКТ для детей первого года жизни с перинатальной патологией. Программа включает 4 комплекса: с учетом возраста, анатомо-физиологических особенностей, психо-моторного развития ребенка, физических факторов водной среды (термического, физического, химического). Использование данной программы может быть использовано как для профилактики послеродовых осложнений, но и для коррекцию нарушений, возникших в перинатальный период развития ребенка, особенно у глубоко недоношенных детей. **Материалы и методы:** **1 КОМПЛЕКС («сухая иммерсия»):** Выполнение рефлекторной, суставной и вестибулярной гимнастики в условиях «сухой иммерсии» («невесомости»), в ванночке. Дети первых 3 –х месяцев (по показаниям). Можно использовать в условиях реанимации. **2 КОМПЛЕКС (в ванне): До погружения в воду (10-15 мин):** массаж рефлексогенных зон, упражнения на поддержание врожденных рефлексов, в том числе плавательного. **Во время погружения в воду (10-15 мин):** обучение плаванию и нырянию, гидромассаж, фотохромотерапия, суставная гимнастика, коррекционные упражнения. Закаливающие мероприятия (воздушные ванны, адаптация к понижению температуры воды от занятия к занятию, закаливание в «холодном пятне»). Дополнительные средства оздоровления (по показаниям): добавление природной морской соли. Температура воды от 36 до 32 грС. **3 КОМПЛЕКС (в бассейне):** обучение основам передвижения в воде ребенка, погружению в воду на разную глубину, гидромассаж, ритмопластика с музыкальным сопровождением (занятия проводятся специально обученным медицинским специалистом в воде!). Формы проведения: индивидуальные занятия с тренером. Обязательное обучение родителей базовым техникам передвижения в воде по мере коррекции состояния ребенка. Использование пассивных (элементы Ватсу-терапии), пассивно-активных (элементы Халивик-метода) и активных упражнений (плавание, «щадящие» прыжки и ныряния в воду). Температура воды 32-31грС. Глубина бассейна не менее 60-80 см (оптимально – 120 см). **4 КОМПЛЕКС (в бассейне):** формы занятия- индивидуальные и групповые. Специалист может находиться как в воде, так и на бортике. Температура воды не ниже 28-29 гр. Глубина бассейна не менее 80 см. Программа прошла апробацию и применяется в клиниках СПбГПМУ с 2012 года и с января 2016 года в медицинском центре «РЕАСАНМЕД». **Результаты.** Разработаны и апробированы комплексы ГКТ, опередлены противопоказания к проведению процедур. Выявлена высокая эффективность программы в рамках комплексной медицинской реабилитации при коррекции перинатальных нарушений, вызванных недоношенностью, родовыми травмами, пороками развития, послеоперационными состояниями. **Главное условие выполнения данной программы - медицинский специалист, прошедший специальный курс обучения по ГКТ!** Данный курс проводится специалистами кафедры Реабилитологии ФП и ДПО СПб ГПМУ. **Выводы.** Клинический опыт показал, что системный профессиональный подход и раннее использование гидрокинезотерапии при комплексной медицинской реабилитации позволяет скорректировать нарушения основных систем организма, возникших в перинатальном периоде и снизить риск инвалидизации ребенка.

Литература:

1. Казанская Е.В. Физическая реабилитация в восстановительном лечении недоношенных детей грудного возраста с перинатальными повреждениями ЦНС // Научно-теоретический журнал «Ученые записки» – 2008. - № 12(46). С. 116
2. Яцык, Г. В. Выхаживание и ранняя реабилитация детей / Г.В. Яцык, Е.П. Бомбардинова, О.В. Тресорукова // Лечащий врач. – 2007. – № 7. – С. 10-12.
3. Bruce E. Becker, Andrew J. Cole Comprehensive Aquatic Therapy, 3rd Edition, -2010, 558

УДК 616.839 (035)

Парамошко В.В., Дружинина О.И.

**АСПЕКТЫ ДЕТСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ.
ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации Детский Реабилитационный Восстановительный Центр, Санкт-Петербург

Paramosco V.V., Druzhinina O.I.

**ASPECTS OF CHILDREN'S REHABILITATION IN ST. PETERSBURG. POSSIBILITIES
AND PROSPECTS**

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht The Children's Rehabilitation center, St. Petersburg

Ключевые слова: детская реабилитация, дорсопатии, аутизм, детский церебральный паралич, Детский Реабилитационный Восстановительный Центр.

Key words: pediatric rehabilitation, dorsopathy, autism, cerebral palsy, Children's Rehabilitation and recreation Center. Аннотация: детям с различными проявлениями дорсопатий, детским церебральным параличом и аутизмом на базе Детского Реабилитационного Восстановительного Центра ФНЦРИ им. Г.А.Альбрехта с большим успехом проводятся комплексные программы реабилитации с привлечением новых современных технологий.

Abstract: children with various manifestations of dorsopathies, cerebral palsy and autism in the Children's Rehabilitation Center, FICRI them. G. Albrecht with great success conducted a comprehensive program of rehabilitation with the involvement of new technologies.

Неблагоприятные демографические процессы в нашем обществе сопровождаются резким ухудшением состояния здоровья детей и подростков. По данным Минздрава РФ, заболеваемость детей всех возрастных групп за последние пять лет значительно возросла. мочеполовой — на 90%, нервной системы и органов чувств — на 35%. Одной из насущных проблем в нашей стране является увеличение на 80% патологии костно-мышечной системы у детей разных возрастов. Нужно подчеркнуть следующие особенности негативных изменений здоровья школьников в современных условиях: стремительный рост числа хронических социально значимых болезней; снижение показателей физического развития (децелерация и трофологическая недостаточность); рост психических отклонений и пограничных состояний. Также одной из актуальных проблем нашей страны является проблема детского церебрального паралича. Как отмечают российские специалисты, в последние 15 лет у нас наблюдается тенденция к увеличению количества пациентов с этим недугом. Так, если в 1992 г. показатель заболеваемости был равен 0,17 случая на 1000 человек, то сегодня в разных регионах он составляет от 2,5 до 0,8 случаев.

Нельзя обойти стороной и проблему пациентов с расстройством аутистической системы (РАС). Сегодня в Российской Федерации отсутствуют достоверные статистические данные о частоте встречаемости РАС и, следовательно, о количестве людей с аутизмом в стране. Когда нет надежных данных, невозможно планировать работу по созданию системы помощи людям с аутизмом, правильно оценить социальную значимость проблемы. Даже по самым осторожным оценкам, в Российской Федерации не менее 350 – 500 тысяч людей с РАС различного возраста, но делается для них пока еще не достаточно. В связи с этим, чрезвычайно сложно оказывать адекватную помощь больным аутизмом. И конечно же многие из этих пациентов нуждаются в восстановлении нарушенного или формирование правильных стереотипов движения. Как же можно помочь нашим маленьким пациентам и оказать им адекватную помощь?

Согласно статистике Всемирной организации здоровья более 650 млн человек страдают тяжелыми заболеваниями по всему миру (по данным на 2010 год), из которых 200 млн – дети. Дети с ограниченными возможностями могут достичь своего полного потенциала с помощью служб реабилитации. Реабилитация детей включает все типы услуг, предоставляемых детям - от младенцев до подростков.

Все заболевания нервной системы в детском возрасте в той или иной степени отражаются на дальнейшем развитии ребенка, влияя на его способность познавать мир и развитие праксиса, а будущем - ограничивая социальные контакты. Детская инвалидность - одна из острейших медико-социальных проблем современного общества, имеющая государственное значение. Многолетний опыт развитых стран убедительно доказывает, что своевременная индивидуальная коррекция нарушений у детей частично компенсирует дефект и дает возможность растущему человеку стать полноценным членом общества. Напротив, неоказание помощи ребенку-инвалиду сужает круг его интересов, общения и нарушает адаптацию в обществе. Основная цель реабилитации - интеграция ребенка в общество. Реабилитация детей-инвалидов является длительным, динамическим процессом, сопровождающим ребенка на разных возрастных этапах и учитывающим закономерности психического развития, в связи с чем предполагается использование большого арсенала средств

и методов в зависимости от возраста ребенка и причины инвалидности. Где же можно найти такое место в Санкт-Петербурге, а может быть и в РФ, где была бы возможность объединить усилия специалистов разного направления для оказания квалифицированной медицинской помощи с элементами мультидисциплинарного и в тоже время, индивидуального подхода в сочетании с различными методами к каждому нашему пациенту.

Санкт-Петербургский Федеральный Научный Центр Реабилитации Инвалидов им. Г. А. Альбрехта, а именно Детский Реабилитационный Восстановительный Центр приглашает пациентов для прохождения курса реабилитации по следующим направлениям: детский церебральный паралич, расстройство аутистической системы, дорсопатии, в частности сколиоз, с различными клиническими проявлениями. Здесь наши пациенты могут получить консультации специалистов лечебной физкультуры по различным современным телесно-ориентированным методам, кинезиотерапевта по задачам восстановления нарушенных стереотипов движения, специалистов по физиотерапии и пройти курс лечения на современном физиотерапевтическом оборудовании, заняться со специалистом невербальными формами коррекции и получить нейропсихологическую коррекцию, провести занятия с логопедом-дефектологом, заняться элементами трудотерапии, тем самым способствуя развитию навыков самообслуживания, сенсорному насыщению и адаптации к современным условиям жизни, что и является немаловажным для данных категорий пациентов.

Список литературы:

- Семенова К. А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах. М., «Медицина», 1976.-185 с.,
- Левченко И.Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2001. — 192 с. ISBN 5-7695-0564-8
- Физиотерапия. Классический курс. Под редакцией Стюарта Портера./пер.с англ. Под ред.Г.Н. Пономаренко. СПб. «Человек» -2014.-765с.
- Ушаков А.А Современная физиотерапия в клинической практике. Рецензенты: А.И. Хазанов, В.Е Илларионов. М. «АНМИ», 2002.-364с.
- Медицинская помощь // О.Ф. Выхристюк, И.В. Степанова, О. В. Мелентьева, Н. Ю. Логинова, В. Д. Русакова. Реабилитация и восстановительное лечение детей с детским церебральным параличом в условиях крупного стационара, 2007. - №2.-с 18-21.
- Епифанов, В. А. Лечебная физическая культур: учеб. Пособие. В. А. Епифанов. М. ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 568 с.
- Красикова, И. С. Сколиоз: профилактика и лечение. И. С. Красикова. СПб. Корона-Век, 2007. - 188 с.

Раздел 8. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Формирование и реализация индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида. Разное

УДК 616-036.86 + 369.8

Кароль Е.В.^{1,2}, Кантемирова Р.К.^{2,3,4}, Ломоносова О.В.^{1,2}, Иванов О.В.¹, Хандрикова Я.Н.¹

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ В ПРАКТИКЕ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

¹ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России²ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России³ФГБУ «СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России⁴Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург

Karol E.V., Kantemirova R.K., Lomonosova O.V., Ivanov O.V., Khandrikova Y.N.

CURRENT ISSUES OF EFFICIENCY OF REHABILITATION OF THE DISABLED ELDERLY DUE TO CEREBROVASCULAR DISEASES IN THE PRACTICE OF MEDICAL-SOCIAL EXAMINATION INSTITUTIONS

¹Chief Bureau of Medical and Social Expertise the city of St. Petersburg²North-Western state medical University n. I.I. Mechnikov³Saint-Petersburg scientific-practical center of medico-social examination, prosthetics and rehabilitation of disabled persons n. G.A. Albrecht⁴Saint-Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

Ключевые слова: инвалидность, цереброваскулярные болезни, пожилой возраст, структура, медико-социальная экспертиза, реабилитация, эффективность.

Key words: the disability, cerebrovascular disease, elderly age, medical-social examination, rehabilitation, efficiency.

Аннотация. В статье изложены данные о рекомендованных инвалидам пожилого возраста вследствие цереброваскулярных болезней мерах реабилитации, а также о результатах проведенных реабилитационных мероприятий по результатам анализа документации бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) Санкт-Петербурга в период с 2011 по 2017 гг. Выявлен полиморфизм структуры инвалидности вследствие ЦВБ в study also condипенсионном возрасте по группам и дезадаптирующим синдромам. Проведено исследование рекомендованных инвалидам реабилитационных мероприятий (РМ) в зависимости от групп инвалидности и их результатов.

Abstract. The article presents data on the rehabilitation measures recommended to disabled elderly age people due to cerebrovascular diseases and about results of the held rehabilitation actions. The analysis is carried out on the medical and expert documentation of bureau of medical and social expertise of St. Petersburg to the period 2011-2017. The polymorphism of structure of disability due to cerebrovascular diseases at elderly age people on groups and the deadapting syndromes is revealed. A study was also conducted of rehabilitation measures recommended by disabled people and their results.

Введение. Цереброваскулярные болезни (ЦВБ) устойчиво занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности взрослого населения Российской Федерации. На протяжении двух последних десятилетий первичная инвалидность среди лиц пожилого возраста вследствие цереброваскулярной патологии занимает в России лидирующее место. Вопросы реабилитации инвалидов пожилого возраста крайне актуальны в Санкт-Петербурге, который занимает первое место среди городов России по удельному весу граждан пенсионного возраста в населении – 26,2% в 2016 г. (в 2002 г. 20,4%) [1]. На протяжении последних десятилетий в Санкт-Петербурге отмечается рост социальной значимости болезней системы кровообращения (БСК), в том числе ЦВБ [2]. Необходимость совершенствования системы комплексной реабилитации пожилых инвалидов обусловлена потребностями обеспечения их максимально возможного участия в профессиональной, общественно полезной деятельности, улучшения морально-психологического состояния, создания условий для полноценной жизни, а при необходимости – квалифицированного и качественного ухода [4]. Приоритетные направления государственной социальной политики в отношении граждан старшего поколения определяются Стратегией действий в интересах граждан пожилого возраста до 2025 г., ключевые цели которой – устойчивое повышение продолжительности, уровня и качества жизни граждан старшего поколения, стимулирование их активного долголетия, применение для них дифференцированного подхода к определению форм социальной поддержки [5].

Цель работы: изучение динамики распространенности и структуры инвалидности вследствие ЦВБ у граждан Санкт-Петербурга пенсионного возраста по данным Главного бюро МСЭ в период с 2011 по 2016 гг., экспертно-реабилитационный анализ показанных инвалидам пожилого возраста вследствие ЦВБ реабилитационных мероприятий (РМ); исследование результатов проведения комплекса РМ у данного контингента инвалидов.

Материалы и методы. Материалом исследования являлись данные формы государственной статистической отчетности (формы 7-собес) о результатах освидетельствования граждан старше 18 лет в бюро МСЭ Санкт-Петербурга. Кроме того, проведено выборочное исследование экспертной документации (актов и протоколов медико-социальной экспертизы) бюро МСЭ Санкт-Петербурга в отношении 140 человек. Методы исследования: ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез; выкопировка данных, экспертных оценок, аналитический, статистический.

Результаты. В период 2011-2016 гг. в Санкт-Петербурге в структуре первичной инвалидности в пенсионном возрасте впервые признанные инвалидами (ВПИ) вследствие ЦВБ составили, соответственно: 15,4-16,1-16,3-15,2-15,5-15,8%. При этом в течение 6 лет инвалиды пенсионного возраста (ПВ) среди всех ВПИ вследствие ЦВБ составляли большинство: 67,8 - 65,6 - 64,6 - 66 - 64,5 - 64,7%. В структуре первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения (БСК) среди лиц пожилого возраста инвалидность вследствие ЦВБ занимает второе место после ИБС, при этом отмечается устойчивый рост доли ЦВБ [2]. Доля повторно признанных инвалидами в ПВ вследствие ЦВБ в общей структуре инвалидности вследствие БСК занимает первое место [3].

В структуре общей инвалидности (впервые и повторно признанных инвалидами) вследствие ЦВБ в ПВ по группам инвалидности за 6 лет отмечается определенный рост удельного веса инвалидов III группы (в 1,12 раз); снижение доли инвалидов II группы в 1,13 раз, стабильность удельного веса инвалидов I группы. К 2016 году доли инвалидов I, II и III групп сопоставимы по величине, составляя 35,2%, 32,7% и 32,1% соответственно.

Проведенный анализ основных дезадаптирующих синдромов в структуре ЦВБ показал, что у 73,6% граждан установление инвалидности было обусловлено последствиями ОНМК в виде двигательных нарушений (67,4%); речевых нарушений (31,8%), нарушений высших корковых функций (9,3%). В 26,4% случаев основным проявлением ЦВБ была дисциркуляторная энцефалопатия с преобладанием координаторных нарушений (72,9%), когнитивных нарушений (71,3%), сосудистого паркинсонизма (10,9%)

Проведен анализ динамики групп инвалидности по результатам повторных освидетельствований граждан пожилого возраста (ПВ), признанных инвалидами вследствие ЦВБ в 2015 г., с применением показателей реабилитации, которые используются в практике деятельности учреждений МСЭ: показатель полной реабилитации, характеризующий число лиц, которым инвалидность при переосвидетельствовании не установлена, к общему числу переосвидетельствованных инвалидов; показатель частичной реабилитации, характеризующийся отношением числа лиц, переведенных из I и II групп в более легкие (II и III группы соответственно) к общему числу переосвидетельствованных инвалидов I и II групп. Результаты анализа свидетельствуют о невысоком уровне частичной реабилитации инвалидов I группы (6,7%); инвалидов II группы (2,4%); высоком уровне стабильности инвалидности среди инвалидов I группы (93,3%), инвалидов II группы (67,7%), инвалидов III группы (74,4%). Вместе с тем, достаточно высоки показатели утяжеления инвалидности как у инвалидов II группы (29,9%), так и у инвалидов III группы (20%).

В группе инвалидов ПВ вследствие ЦВБ исследованы рекомендации по медицинской, профессиональной, социальной реабилитации в индивидуальных программах реабилитации (ИПР) в зависимости от группы инвалидности. По результатам анализа установлено, что приоритетными направлениями медицинской реабилитации (МР) у инвалидов всех групп являются восстановительная терапия (в 98,6% случаев); у инвалидов II и III групп санаторно-курортное лечение (СКЛ) - в 93,3% случаев. В качестве мероприятий профессиональной реабилитации (ПР) наиболее часто были рекомендованы: содействие в трудоустройстве (41,7% инвалидам II группы и 60% инвалидов III группы); мероприятия производственной адаптации (23,3% инвалидам II группы и 35% инвалидов III группы); инвалидам I группы ПР не была рекомендована. Высоко востребованы для инвалидов ПВ вследствие ЦВБ различные мероприятия социальной реабилитации (СР), особенно социально-средовая реабилитация (у 90% инвалидов I группы; 63,3% инвалидов II группы и 56,7% инвалидов III группы); социально-психологическая реабилитация (у 85% инвалидов I группы, 66,7% инвалидов II группы и 56,7% инвалидов III группы).

Также в группе инвалидов пожилого возраста вследствие ЦВБ проведен анализ рекомендаций по обеспечению техническими средствами реабилитации (ТСР) в ИПР в зависимости от группы инвалидности. Из группы ТСР, предоставляемых за счет средств федерального бюджета, наиболее часто инвалидам I группы были рекомендованы: кресла-коляски (80%), противопролежневые матрацы, подушки (60%), абсорбирующие изделия (75%), поручни для самоподнимания (35%); инвалидам II группы трости (73,3%), поручни для самоподнимания (50%), кресла-стулья с санитарным оснащением (20%); инвалидам III группы – трости (83,3%). Из группы ТСР, предоставляемых за счет средств бюджета Санкт-Петербурга, к средствам реабилитации, преимущественно рекомендованным инвалидам всех групп, относятся маты противоскользкие (30% инвалидов I группы, 63,3% инвалидов II группы, 38,3% инвалидов III группы), сиденья для ванны и душа (30% инвалидов I группы, 70% инвалидов II группы, 30% инвалидов III группы). Кроме того, 30% ин-

валидов I группы было рекомендовано обеспечение кроватями с механическим приводом регулирования. В этих средствах нуждаются инвалиды с ограничениями способности к самообслуживанию и передвижению.

Кроме того, в выбранной группе был проведен анализ результатов реабилитационных мероприятий, установленных при повторном освидетельствовании инвалидов в 2016 -2017 гг. Из 20 инвалидов I группы на очередное освидетельствование в 2017 г. направлено было только 8; что с высокой вероятностью может свидетельствовать о летальном исходе в остальных случаях. В большинстве случаев отсутствуют положительные результаты медицинской, профессиональной и социальной реабилитации у инвалидов I (75%) и II (85%) групп. У 48,3% инвалидов III группы по результатам МР частично восстановлены нарушенные функции, частично достигнута компенсация нарушенных функций. Лишь у 6,7% инвалидов III группы по результатам ПР достигнута производственная адаптация. Проведенные мероприятия СР у инвалидов III группы привели к частичному восстановлению способности к самообслуживанию в 38,3% случаев, частичному восстановлению навыков бытовой деятельности – в 31,6%, частичному восстановлению социально-средового статуса – в 36,7%; у инвалидов II группы указанные результаты достигнуты, соответственно, в 13,3% случаев. У инвалидов I группы доля положительных результатов составляет не более 5%.

Выводы. 1. В структуре инвалидов ПВ вследствие ЦВБ в Санкт-Петербурге в период 2011-2016 гг. отмечается рост удельного веса инвалидов III группы в 1,14 раза; снижение доли инвалидов II группы в 1,14 раз, стабильность удельного веса инвалидов I группы. В целом к 2016 году доли инвалидов I, II и III групп являются сопоставимыми по величине. Анализ динамики групп инвалидности по результатам переосвидетельствований граждан ПВ, признанных инвалидами вследствие ЦВБ в 2015 г., свидетельствует о невысоком уровне частичной реабилитации инвалидов I и II группы; высоком уровне стабильности инвалидности среди инвалидов I, II и III групп; высокие показатели утяжеления инвалидности у инвалидов II и III групп.

Преобладающими направлениями МР у всех инвалидов ПВ вследствие ЦВБ является восстановительная терапия; высока востребованность в мероприятиях СР, особенно социально-средовой и социально-психологической. Для инвалидов II и III групп приоритетными направлениями реабилитации являлись СКЛ и меры ПР: содействие в трудоустройстве и производственная адаптация. В качестве ТСР инвалидам ПВ вследствие ЦВБ преимущественно были рекомендованы средства, компенсирующие ограничения способности к самообслуживанию и передвижению.

Анализ результатов РМ на основании критериев, используемых в практике работы учреждений МСЭ, показывает низкую эффективность большинства реабилитационных мероприятий. Вместе с тем, необходима разработка и совершенствование критериев и механизмов оценки эффективности реабилитации инвалидов пожилого возраста, а также усиление контроля за полнотой выполнения реабилитационных мероприятий по всем направлениям реабилитации. Применение Международной классификации функционирования (МКФ) позволит с высокой степенью достоверности и объективности оценивать функциональное здоровье индивида и определять его нуждаемость в различных видах социальной защиты, включая реабилитацию. Использование МКФ как организационного инструмента проведения и оценки результатов реабилитации может позволить на каждом её этапе оценить состояние инвалида; эффективность различных методик и видов реабилитации; качества организации реабилитационного процесса.

Необходимо обеспечить преемственность и координацию действий учреждений, предприятий и служб, осуществляющих реализацию ИПРА; расширить межведомственное взаимодействие в процессе разработки и реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов.

Список литературы

- Коробов М. В., Хорькова О.В. Особенности инвалидности граждан пенсионного возраста Санкт-Петербурга. Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2015, № 4(18), стр. 12 – 17.
- Р.К. Кантемирова, Е.В. Кароль, З.Д. Фидарова, М.М. Дьяконов. Анализ показателей первичной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней у лиц пенсионного возраста по результатам медико-социальной экспертизы в Санкт-Петербурге. Успехи геронтологии, 2015, № 4 (28), стр. 783–788.
- Р.К. Кантемирова, Е.В. Кароль, З.Д. Фидарова. Динамика и структура повторной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней у лиц пожилого возраста в Санкт-Петербурге за период 2005–2014 гг. Успехи геронтологии, 2016, №1 (29), стр. 177–181.
- Кароль Е.В., Кантемирова Р.К., Иванов О.В., Тегза В.Ю. Особенности реабилитации инвалидов пожилого возраста в Санкт-Петербурге и её эффективность. Вестник Российской Военно-Медицинской Академии, 2016, № 4 (56), стр. 175 – 180.
- Стратегия действий в интересах граждан пожилого возраста: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 5.02.2016 г. № 164-р. Российская газета - Неделя №6914 (46) от 02.03.2016 г.

УДК – 614.29

Помников В.Г., Пенина Г.О., Владимирова О.Н., Колчева Ю.А., Адрианов А.В., Чистякова Н.П.

НОВЫЕ КЛАССИФИКАЦИИ И КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ.

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России.

NEW CLASSIFICATION AND CRITERIA FOR DETERMINING DISABILITY IN CHILDREN.

Ключевые слова: инвалидность, дети, новые классификации и критерии.

Аннотация. В тезисах представлены данные по разработанной классификации и критериях установления инвалидности у детей сотрудниками Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей-экспертов по заданию Министерства труда Российской Федерации.

Конвенцией о правах инвалидов признается, что дети-инвалиды должны в полном объеме пользоваться всеми правами человека и основными свободами наравне с другими детьми, недопустима дискриминация детей, в том числе в решении экспертных вопросов, связанных с инвалидностью и индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида. С учетом принципиальных положений данного документа и Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) предполагается развивать в ближайшие годы систему медико-социальной экспертизы (МСЭ) и реабилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации (РФ).

Целью настоящей работы является разработка новых подходов к установлению инвалидности у детей в РФ.

Материалы и методы: проанализированы данные государственной статистики (Росстата и Министерства труда и социальной защиты РФ), действующие российские нормативно-правовые документы, положения Конвенции о правах инвалидов, биопсихосоциальная концепция инвалидности МКФ, методические и информационные материалы, опыт федеральных учреждений медико-социальной экспертизы субъектов РФ по установлению инвалидности у детей. Использовались статистические методы, методы традиционного и формализованного анализа документов (контент-анализ, информативно-целевой анализ текстовой информации), общенаучные методы исследования (анализ, синтез, дедуктивные и индуктивные методы исследования).

Результаты исследования и их обсуждение. В РФ численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, получающих социальные пенсии на 1 января 2016 г., составила более 616 тыс. человек. Количество детей-инвалидов в России увеличилось почти на 10% за последние пять лет: с 560422 на 01.01.2012 г. до 616905 человек на 01.01.2016 г. В целом, в стране дети-инвалиды составляют 2,1% к общей численности детского населения, со значительными колебаниями по субъектам РФ: от 12,2% (Чеченская Республика) до 1,4% (Чукотский автономный округ).

Ежегодно в РФ федеральными учреждениями МСЭ впервые освидетельствуются на предмет категории «ребенок-инвалид» около 90 тыс. детей, при этом категория «ребенок-инвалид» устанавливается по современным нормативно-правовым документам только в 80,8% – 85,5% случаев, что составляет примерно 70 тыс. детей.

В РФ действующими условиями признания ребенка инвалидом являются положения, изложенные в Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24.11.1995 №181-ФЗ, а также в Правилах признания лица инвалидом и в Классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы:

а) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами; б) ограничение жизнедеятельности; в) необходимость социальной защиты, включая реабилитацию.

Из-за неточностей имеющегося нормативно-правового поля специалисты учреждений МСЭ испытывали затруднения при подтверждении (объективизации) стойкости и выраженности нарушенных функций. Также в действующих документах отсутствует возрастная периодизация, из-за чего возникают сложности при объективизации инвалидности у детей. Необходимо отметить, что в России до сегодняшнего момента не существовало отдельного нормативно-правового акта, регламентирующего проведение медико-социальной экспертизы у лиц в возрасте до 18 лет. В связи с этим возникла необходимость изменения системы установления инвалидности у детей. Разработчиками новых классификаций и критериев была выбрана исследовательская группа из Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей-экспертов. В результате был создан уникальный проект, в котором впервые в России четко сформулированы виды стойких расстройств функций организма, разработана возрастная периодизация, наиболее подходящая для решения экспертных вопросов: 0-11 месяцев (включительно), 1-3 года, 4-7 лет, 8-14 лет, 15 -17 лет, предложено использование элементов МКФ для экспертной оценки.

Таким образом, созданные критерии и классификации содержат современные подходы к объективизации стойких расстройств, новый раздел «виды нарушенных функций» (с кодировкой по российской терминологии и по международной в соответствии с МКФ), возрастные периоды.

УДК:614.0.06

Сергеева О.В., Рушанян А.А.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ПО АПРОБАЦИИ НОВЫХ КЛАССИФИКАЦИЙ И КРИТЕРИЕВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ-ИНВАЛИДОВ НА ТЕРРИТОРИИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

ФКУ «ГБ МСЭ по Воронежской области» Минтруда России, Воронеж

Sergeeva O.V., Rushanyan A.A.

EXPERIENCE OF THE PILOT PROJECT ON APPROBATION OF NEW CLASSIFICATIONS AND CRITERIA USED IN THE IMPLEMENTATION OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH DISABILITIES IN THE TERRITORY OF THE VORONEZH REGION

Federal state-owned institution "Main bureau of medical and social examination of the Voronezh region" Ministry of Labor of Russia, Voronezh

Ключевые слова: инвалид, дети, подростки, Пилотный проект.

Keywords: disabled, children, adolescents, Pilot project.

Аннотация. Авторы делятся опытом по проведению пилотного проекта по апробации новых Классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы детей и подростков.

Abstract. The authors share their experience in conducting a pilot project on approbation of new Classifications and criteria used in the implementation of medical and social expertise of children and adolescents.

Проблема детской инвалидности является актуальным вопросом мирового медицинского сообщества. По данным региональной статистики, из 31715 граждан до 18 лет Воронеж и Воронежской области значительную долю, а именно 18,3%, составляют дети и подростки с инвалидностью. В основном это категория лиц с нарушениями психического развития, речевыми дефектами, эндокринными заболеваниями и повреждением костно-мышечной системы.

Основанием установления гражданину до 18 лет категории «ребёнок-инвалид» является нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, которое приводит к ограничению жизнедеятельности, нуждаемости в социальной защите и помощи [1]. Исходя из этого к каждому ребёнку и подростку-инвалиду, требуется индивидуальный подход и объективные методы оценки состояния, объективизирующие нарушение функций, подтверждающие основания для установления инвалидности.

Именно поэтому в рамках государственной программы «Доступная среда» [2] в 2017 году проводится пилотный проект по отработке классификаций и критериев инвалидности для детей.

Учреждения МСЭ Воронежской и Смоленской областей работают по техническому заданию, созданному Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации. В рамках пилота проводится использование проекта классификаций и критериев, предложенных Санкт-Петербургским институтом усовершенствования врачей-экспертов.

После получения согласия на участие в пилотном проекте родителей ребёнка проводится освидетельствование по действующим Классификациям и критериям [3], одновременно осуществляется заполнение медико-экспертной документации по проекту новых классификаций.

При возникновении вопросов по применению классификаций и критериев, обнаружении расхождения подхода к количественной оценке нарушения функций относительно действующего нормативно-правового поля, рисков ущемлений прав детей при установлении им категории «ребёнок-инвалид» по проекту Классификаций, информация передаётся в ФГБУ «ФБ МСЭ» Минтруда России и ФГБУ СПБИУВЭК Минтруда России для формирования итоговых предложений и создания окончательного проекта Классификаций и критериев.

На первом этапе, ещё до начала освидетельствования детей по Пилоту (январь-февраль 2017 г.) помимо обучения врачей главного бюро МСЭ специалистами обоих федеральных центров проводился активный теоретический разбор проекта классификаций и критериев, в который сразу же вносились изменения. Таким образом, практическая отработка использования классификаций и критериев с 1 марта 2017 года началась на уже теоретически разобранным и частично изменённом материале.

Работы по Пилотному проекту ведут два бюро МСЭ педиатрического профиля, два бюро МСЭ смешанного профиля, освидетельствующие в том числе и детей с психической патологией, офтальмологической

патологией, бюро МСЭ фтизиатрического профиля; участвуют в Пилоте и два межрайонных бюро МСЭ – итого семь бюро МСЭ, в которых ведётся установление категории «ребёнок-инвалид» гражданам до 18 лет.

На уровне главного бюро МСЭ ведение пилотного проекта не поручено отдельному экспертному составу главного бюро. Для привлечения к Пилоту максимально высококвалифицированных экспертных кадров, учёта различных мнений, каждому из четырёх экспертных составов главного бюро МСЭ, действующих на территории Воронежской области, поручена курация отдельного направления. Так, экспертный состав № 1 курирует хирургическую патологию в рамках пилотного проекта, второй экспертный состав – офтальмологическое направление и общую педиатрию; третий – неврологическую патологию, и, наконец, четвёртый – психические болезни. Из представителей всех экспертных составов главного бюро формируется экспертный совет – высший орган главного бюро по пилотному проекту. На уровне экспертного совета осуществляется итоговое обсуждение материала, предоставленного по пилоту из первичных бюро, проводятся контрольные освидетельствования (при необходимости), проверяется 100 % медико-экспертной документации первичного бюро. В итоге формируются окончательные предложения в федеральные центры – ФГБУ «ФБ МСЭ» Минтруда России и ФГБУ «СПБИУВЭК» Минтруда России.

Освидетельствование детей по Пилотному проекту проводится в основном в рамках репрезентативной выборки, утверждённой до начала второго этапа. В репрезентативную выборку по Воронежской области вошло 1012 детей по 16 основным нозологическим направлениям, также выборка включала 25 детей по прочим направлениям (из 1012 всего). К сведению, в репрезентативную выборку по Смоленской области вошло 416 детей.

Помимо этого, по редко встречающимся патологиям освидетельствуется дополнительное количество детей с целью создания более полной картины результатов применения проекта классификаций и критериев. И наконец, с июля 2017 года по инициативе федерального бюро к двум пилотным регионам присоединились ещё 13 главных бюро МСЭ, большинство из которых работают каждое – по своему направлению.

В Архангельской области углубленно изучают врождённые пороки сердца и аутизм, в республике Коми – хирургическую патологию и ортопедию, в Белгородской области исследуют применение новых классификаций и критериев при эндокринной патологии. Наши коллеги в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре формируют предложения применительно к новообразованиям, в Тюменской области и Удмуртии рассматривают редкие интересные случаи, в Свердловской области – врождённые аномалии и пороки, в Ставрополье – сколиозы, в Ярославской области – ревматоидный артрит, а в Санкт-Петербурге – шизофрению и умственную отсталость. Поскольку в Самарской области, так же, как и в Воронежской, проходит ещё пилотный проект по аутизму, специалисты Самарского главного бюро МСЭ также анализируют применение проекта новых классификаций и критериев при аутизме; в республике Башкортостан исследуют редкие неврологические, психиатрические синдромы.

И в заключение, врачи-специалисты по МСЭ в республике Бурятия работают со всеми новыми Классификациями и критериями целиком, без деления на какие-либо направления.

Таким образом, в результате был получен максимально широкий охват возможных инвалидизирующих патологий у детей, обеспечен учёт большого количества разных мнений и привлечения максимального диапазона экспертов из отдельных регионов российской Федерации.

Практически работа ведётся с использованием дополнительного модуля к ЕАВИИАС МСЭ, разработанного Федеральным бюро, что значительно облегчает все действия с информацией о пациентах, статистикой, Международной классификацией функционирования (МКФ).

Другое объёмное направление пилотного проекта – взаимодействие с общественными организациями, здравоохранением, научным сообществом. Для получения предложений по проекту классификаций и критериев от вышеозначенных структур текст проекта был направлен нами в Департамент здравоохранения Воронежской области, Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, а также в общественные организации, защищающие права инвалидов на территории Воронежской области (в том числе, в региональные отделения всероссийских обществ).

После изучения проекта классификаций и критериев представителями вышеозначенных организаций, обществ, учреждений, исполнительных органов власти региона стартовало совместное обсуждение проекта. Обсуждение проводилось на совместных совещаниях, заседаниях совета по делам инвалидов, контрольной группы за ходом пилотного проекта; индивидуально и коллегиально, в общем по сути, и по отдельным направлениям (секционно).

Работа над проектом классификаций и критериев с депутатом Государственной Думы Федерального Собрания, уполномоченным по правам ребёнка при Губернаторе Воронежской области.

Практически, за истекший период второго этапа пилотного проекта (с 01 марта по 18 августа 2017 года) нами освидетельствовано 904 ребёнка, что составило 89 % от объёма репрезентативной выборки, к окончанию второго этапа пилотного проекта (30 сентября 2017 года) освидетельствование детей по проекту классификаций и критериев будет завершено.

За время практической работы с детьми в рамках пилотного проекта нами выявлено 24 риска, сделано 56 предложений по структуре, принципу использования, содержанию новых классификаций и критериев. В среднем нами формируется около 4-5 предложений, заявляется о двух рисках в неделю, с некоторой тенденцией к уменьшению, что может говорить о повышении проработанности пилотируемого документа с течением времени.

Мы столкнулись с тем, что на уровне первичного бюро МСЭ врачи-специалисты по МСЭ выявляют больше, по их мнению, расхождений с действующими Классификациями и критериями[3] новых проектных Классификаций и критериев. При этом в ходе обсуждения на уровне главного бюро некоторые утверждения первичных бюро МСЭ снимаются.

Одной из основных проблем, с которой нам пришлось столкнуться в ходе пилотного проекта, это затруднения с нахождением конкретного пункта, соответствующего состоянию освидетельствуемого ребёнка-инвалида на уровне бюро МСЭ. При этом при разборе ситуации на уровне главного бюро, соответствующий пункт в большинстве случаев бывает найден. С этой точки зрения показательной является статистика начала второго этапа пилотного проекта: только за март, апрель, май и начало июня 2017 года первичными бюро было доложено о 74 (!) выявленных рисках, тогда как после «фильтрации» через главное бюро за весь период до 18 августа рисков осталось лишь двадцать четыре.

В связи с вышесказанным, хочется предостеречь врачей-специалистов по МСЭ, которые в дальнейшем будут работать с новыми Классификациями и критериями, от поспешного отказа от поиска соответствующего пункта в Классификациях, тем более что документ этот получается достаточно объёмным, и без привычки первое время свободно ориентироваться в нём (что закономерно) сложновато. Вместе с тем, с нарабаткой определённого опыта использования документа проблемы с ориентацией в нём исчезают.

Другой проблемой, выявленной специалистами Федерального бюро, является неверная последовательность формулировки диагнозов, что приводит к неправильной шифрации по МКБ. Более того, имеет место не просто неверная шифровка отдельных патологий, но и отсутствие единообразия в шифрации по регионам, что приводит к затруднениям в использовании Классификаций и критериев, а также к путанице в статистике. Здесь предстоит достаточно серьёзная работа по приведению к единообразию к тактике формулирования диагнозов, шифрации по МКБ на уровне всей Российской Федерации.

Таким образом, с учётом вышесказанного, можно сделать следующие выводы:

практическая часть пилотного проекта по отработке классификаций и критериев инвалидности у детей близится к своему завершению;

к обсуждению привлечены широкие слои общественного сообщества, отработка ведётся в тесном контакте с общественными организациями инвалидов, системой здравоохранения, высшей медицинской школой;

возникающие проблемы решаются путём неоднократных обсуждений, внесением различных предложений;

поверхностное, невдумчивое отношение к новым Классификациям и критериям, также как и к другим действующим в сфере МСЭ нормативно-правовым актам, в том числе и к используемым сейчас Классификациям и критериям, неизбежно влечёт за собой принятие неверных решений, ухудшение качества медико-социальной экспертизы.

Список литературы

О ратификации Конвенции о правах инвалидов [Электронный ресурс] : федер. закон РФ от 03.05.2012 г. № 46-ФЗ. — Доступ из СПС «Консультант-Плюс».

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 2015 г. № 49 ст. 6987.

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. N 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (с изменениями и дополнениями).

УДК 616.28-008.1-036.865:616.001.33 (100)

Смычек В.Б.¹, Козлова С.В.².**АЛГОРИТМ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНА СЛУХА С ПОЗИЦИЙ МКФ**¹Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, Городище, Беларусь²Республиканский научно-практический центр оториноларингологии, Минск, Беларусь¹Smychek V.B., ²Kozłowa S.W.**ALGORITHM OF IMPLEMENTATION OF MEDICAL-SOCIAL EXPERTISE OF PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF AUDITORY ORGAN DISEASES FROM ICF POSITIONS**¹Republican Scientific and Practical Centre of Medical Assessment and Rehabilitation, Gorodische, Belarus²Republican Scientific and Practical Centre of Otorhinolaryngology, Minsk, Belarus

Ключевые слова: Конвенция ООН о правах инвалидов, медико-социальная экспертиза, инвалид, инвалидность, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), биопсихосоциальная модель, структуры организма, функции организма, активность и участие, барьер, облегчающий фактор (фасилитатор), технические средства реабилитации, медицинский прогноз, клинко-трудовой прогноз, экспертное решение.

Keywords: UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, medical-social expertise, person with disabilities, disability, International Classification on Functioning, Disability and Health (ICF), bio-psycho-social model, body structures, body functions, activities and participation, barrier, facilitator, technical aids of rehabilitation, medical prognosis, clinical-labor forecast, expert decision.

Аннотация. В работе изложены подходы к проведению медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха с позиций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Представлен разработанный алгоритм осуществления медико-социальной экспертизы этой категории пациентов с учетом основных положений МКФ.

Abstract. The article contains approaches to medical and social expertizing of patients with consequences of auditory organ diseases according to International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Developed algorithm of medical and social expertizing of that category of patients was represented taking into account main principles of ICF.

ВВЕДЕНИЕ

Республика Беларусь 18 октября 2016 г. ратифицировала Конвенцию о правах инвалидов, целью которой является поощрение, защита и обеспечение полного и равного осуществления всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод, а также поощрение уважения присущего им достоинства [1].

Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 13 июня 2017 г. № 451 утвержден Национальный план действий по реализации положений Конвенции о правах инвалидов на 2017–2025 годы. Одним из направлений Национального плана является совершенствование системы медико-социальной экспертизы (МСЭ) путем разработки и утверждения критериев МСЭ с учетом основных положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) включая изучение возможности перехода на процентную систему определения инвалидности в соответствии с МКФ [1,2].

Применение МКФ в МСЭ пациентов с последствиями заболеваний органа слуха предусматривает принципиально иной подход, интегрирующий медицинскую и социальную точки зрения на инвалидность и рассматривающий проблемы здоровья инвалида в контексте факторов окружающей среды [3,4].

В основе медико-социальной оценки последствий стойких слуховых нарушений лежит комплексный подход, включающий в себя клинические и клинко-инструментальные методы обследования органа слуха. Однако на современном уровне при проведении МСЭ пациентов с тугоухостью или глухотой с учетом позиций МКФ необходимо определить не только клинко-функциональные последствия, которые приводят к ограничению активности и возможности участия. Для определения путей достижения медико-социального благополучия этой категории пациентов важно оценить их существование в конкретной социальной и физической среде с учетом влияния контекстовых факторов путем выявления барьеров, которые своим присутствием лимитируют функционирование индивида, и создания факторов облегчения, которые позволяют им полно и эффективно участвовать в жизни общества наравне с лицами с нормальным слухом.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать алгоритм осуществления медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха с позиций МКФ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование 125 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет (73 (58,4%) женщины и 52 (41,6%) мужчины) с нарушениями слуха различной степени выраженности, направленных на проведение МСЭ в РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации за период 2016 год – первое полугодие 2017 года.

Всем пациентам проведено дополнительное экспертное аудиологическое обследование на базе РНПЦ оториноларингологии с целью уточнения степени выраженности слуховых нарушений с учетом их коррекции слуховым аппаратом.

Обследование 125 пациентов начиналось со сбора жалоб и анамнеза, затем проводился осмотр ЛОР органов, отомикроскопия. Для оценки слуха использованы следующие методы обследования:

субъективные (психоакустические): акуметрия, камертональные тесты, тональная пороговая аудиометрия, SISI-тест, тест по определению порогов дискомфорта, речевая аудиометрия с использованием наушников при комфортном уровне громкости в тишине и в свободном звуковом поле для оценки эффективности слухопротезирования как в тишине при уровне предъявляемого полезного сигнала 65 дБ УЗД, так и на фоне речевого шума с отношением сигнал/шум (SNR, signal-to-noise ratio) 0дБ и + 6дБ;

объективные (физиологические): импедансная аудиометрия с проведением тимпанометрии и регистрации порога акустического рефлекса, задержанная вызванная отоакустическая эмиссия (ЗВОАЭ) и отоакустическая эмиссия на частоте продукта искажения (ОАЭПИ), регистрация слуховых вызванных потенциалов (КСВП, ASSR).

Для определения степени выраженности нарушений функций и структур, ограничения активности и возможности участия у обследуемой категории пациентов с последствиями заболеваний органа слуха использовался разработанный нами метод количественной оценки определителей категорий доменов, а также факторов контекста с учетом позиций МКФ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами разработан алгоритм осуществления МСЭ пациентов с последствиями заболеваний органа слуха с позиций МКФ, который включает следующие этапы:

клинико-экспертный анализ медицинской и медико-экспертной документации:

профессионально-трудовой анамнез;

экспертиза временной нетрудоспособности;

изучение динамики инвалидности (если пациент является инвалидом);

оценка облегчающих факторов и барьеров окружающей среды;

аудиологическое экспертное обследование с установлением развернутого клинико-функционального диагноза;

оценка когнитивных функций и эмоционально-волевой сферы;

оценка степени выраженности слуховых нарушений с учетом их коррекции акустическими средствами социальной реабилитации;

оценка степени выраженности ограничений активности и возможности участия;

определение клинического прогноза;

определение трудового прогноза;

принятие экспертного решения .

Проведение клинико-экспертного анализа медицинской и медико-экспертной документации на первом этапе МСЭ пациентов со стойкими слуховыми нарушениями позволяет изучить:

профессионально-трудовой анамнез, который включает анализ профессионально-трудового статуса, характера, условий и требований профессиональной деятельности освидетельствуемого лица в целях получения объективных и достоверных данных, необходимых для принятия экспертного решения;

данные сроков непрерывной временной нетрудоспособности или с прерыванием за последние 12 месяцев;

динамику инвалидности, что позволяет оценить характер течения основного заболевания: стабильное или прогрессирующее (при снижении слухового восприятия чистых тонов более чем на 15 дБ за период в десять лет) [5], эффективность ранее проведенных реабилитационных мероприятий, основываясь на оценки степени выраженности имеющихся ограничений жизнедеятельности;

влияние облегчающих факторов или барьеров окружающей среды на функционирование пациентов с последствиями заболеваний органа слуха.

Следующий этап МСЭ пациентов с последствиями заболеваний органа слуха – аудиологическое экспертное обследование с установлением развернутого клинико-функционального диагноза. Под сурдологической (аудиологической) экспертизой понимают медицинское освидетельствование с последующей выдачей научно обоснованного заключения о состоянии слуха [6]. Аудиологическое экспертное обследование при проведении МСЭ пациентов со слуховыми нарушениями можно разделить на две группы: базовое и дополнительное (углубленное).

Базовое аудиологическое обследование включает:

тональную пороговую аудиометрию, позволяющую оценить степень и форму тугоухости, профиль аудиометрической кривой;

надпороговые тесты с установлением величины динамического диапазона громкости, выявления ФУНГ; оценку монураальной разборчивости речи при комфортном уровне громкости; оценку эффективности слухопротезирования путем применения методов речевой аудиометрии как в тишине при входном сигнале 65дБ, так и на фоне речевого шума с отношением сигнал/шум 0дБ и +6дБ.

Для уточнения топика поражения слухового анализатора у лиц с психическими нарушениями, в случаях аггравации, симуляции, диссимуляции при тугоухости и глухоте, а также для исключения центральных слуховых расстройств целесообразно использовать углубленное аудиологическое обследование, которое включает следующие объективные методы исследования слуховой функции:

импедансометрия;

регистрация вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ, ОАЭПИ);

регистрация слуховых вызванных потенциалов (КСВП, ASSR).

Клиническая (нозологическая) форма основного и сопутствующего заболевания указывается в соответствии с МКБ-10. Степень выраженности нарушений структур (s2500-барабанная перепонка, s2501-евстахиева труба, s2502-косточки, s2508-структура среднего уха, другая уточненная: холестеатома, s260-структура внутреннего уха) и функции слуха (b2300-восприятие звука, b2301-распознавание звуков, b2304-распознавание речи) оценивается с использованием определителей категорий домена (ОКД).

Оценка когнитивного статуса, эмоционально-волевой сферы пациентов со слуховыми нарушениями, а также измерение их мотивации к реабилитации и желанию интегрироваться в общество нормально слышащих людей имеет существенное влияние на оценку степени выраженности ограничений активности и возможности участия этой категории лиц. На этапе психологической диагностики при проведении МСЭ пациентов со стойкими слуховыми нарушениями для оценки их когнитивного статуса выбрана мини-схема исследования психического состояния (Mini-Mental State Examination – MMSE) [7].

У пациентов со слуховыми нарушениями, особенно быстро прогрессирующими или остро возникшими, среди нарушений эмоционально-волевой сферы преобладают тревожные расстройства, которые существенно затрудняют проведение социальной реабилитации этой категории пациентов и их интеграцию в общество нормально слышащих людей [8]. Для оценки тревоги у лиц с тугоухостью и глухотой использовали интегративный тест тревожности [9].

Оценку измерения мотивации пациентов с последствиями заболеваний органа слуха к реабилитации предложено проводить с применением русскоязычного варианта короткого опросника для определения locus-контроля в области здоровья, в основе которого учитывается мнение пациента относительно его собственной роли в выздоровлении [7].

Следующим этапом проведения МСЭ лиц с нарушениями слуха является количественная градация имеющихся нарушений слуха через понятие ФК. Степень выраженности слуховых нарушений определяется с учетом возможности улучшения слуха путем применения акустических средств коррекции тугоухости и глухоты: слуховой аппарат (СА), система имплантации среднего уха, имплантируемый СА костного звукопроводения, кохлеарный имплант (облегчающий социально-средовой фактор: e1251-вспомогательные средства и технологии коммуникации).

Совокупность проведенных диагностических процедур, приемов и методов изучения биопсихосоциального статуса и социально-средовых условий жизнедеятельности пациентов со слуховыми нарушениями на предыдущих этапах МСЭ лежит в основе оценки степени выраженности ограничений активности и возможности участия у этой категории лиц.

Для вынесения экспертного лечения очень важен клинический и трудовой прогноз.

Клинический прогноз – это предвидение характера течения и исхода заболевания или травмы, основанное на знании закономерностей развития данного патологического процесса [10]. По своему содержанию клинический прогноз может быть благоприятным, сомнительным и неблагоприятным. Благоприятный клинический прогноз расценивали при стабильности слуховой функции в течение последних 10 лет, сомнительный – при снижении слухового восприятия чистых тонов более чем на 15 дБ за период в десять лет, а также при наличии сопутствующей патологии (например, сахарный диабет, артериальная гипертензия с частыми кризами), неблагоприятный – при быстро прогрессирующем снижении слуха несмотря на проводимую медикаментозную терапию.

Трудовой прогноз – это предвидение восстановления трудоспособности в будущем вне зависимости от состояния трудоспособности на момент определения трудового прогноза (кафедра медико-социальной экспертизы и реабилитации БелМАПО). При проведении МСЭ пациентов с последствиями заболеваний органа слуха использовали принятый в Республике подход для определения трудового прогноза:

благоприятный трудовой прогноз – это возможность возвращения больного к прежней работе или к другой, равноценной по квалификации;

сомнительный трудовой прогноз – это невозможность достоверно предсказать вероятность возвращения

(или невозвращения) больного к труду;

неблагоприятный трудовой прогноз – это невозможность продолжения профессионального труда или необходимость значительного изменения работы, влекущая за собой снижение квалификации или объема производственной деятельности.

В том числе:

относительно неблагоприятный (когда имеется вероятность возвращения пациента к труду с уменьшением объема работы или перевода его на другое место работы со снижением квалификации – т.е. человек будет признан инвалидом III группы);

абсолютно неблагоприятный (когда труд человеку будет противопоказан или будут доступны отдельные виды труда в специально созданных условиях – такой пациент будет признан инвалидом I или II группы) [10].

Завершающим этапом МСЭ пациентов с последствиями заболеваний органа слуха является вынесение экспертного решения о целесообразности продолжения реабилитационных мероприятий с продлением листка нетрудоспособности или о признании человека инвалидом вследствие ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. В основе принятия экспертного решения у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха лежат критерии ВН и инвалидности. При этом наряду с тяжестью инвалидности (группа инвалидности) устанавливается степень утраты общей трудоспособности [11].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение информационной модели МКФ в проведении медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха позволит углубить представления о проблемах этой категории лиц в контексте факторов окружающей среды. При этом для преодоления одной части барьеров окружающей среды, выявленных при углубленном обследовании, необходимо проведение качественных и комплексных реабилитационных мероприятий. Устранение другой части барьеров требует системного межведомственного подхода, который может быть реализован через участие административных служб и ведомств по своим линиям.

Список литературы

- Об утверждении Национального плана действий по реализации в Республике Беларусь положений Конвенции о правах инвалидов на 2017–2025 годы: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 13 июня 2017 г., № 451 // Pravo.by [Электронный ресурс] / Нац. правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. – Минск, 2017. – 5/43835.
- Смычек, В.Б. Основы МКФ / В.Б.Смычек. – Минск, 2015. – 432 с.
- Методика проведения медико-социальной экспертизы и формирование заключений о реабилитационных мероприятиях у детей: методическое пособие / под редакцией В.Г.Помникова, Г.О.Пениной, О.Н.Владимировой – СПб: СПбИУВЭК Минтруда России, 2014. – 281 с.
- Смычек, В.Б. Современные аспекты инвалидности / В.Б. Смычек, -Руленкова, Л.И. Аудиология и слухопротезирование: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. Заведений / Л.И.Руленкова, О.И. Смирнова. — М.: Издательский центр «Академия», 2003. — 208 с.
- Стойкие нарушения слуха у взрослых и детей: вопросы диагностики, медико-социальной экспертизы, реабилитации и абилитации / О.Н. Владимировой и [др.], под ред. В.Г.Помникова. – СПб: Изд-во СПбИУВЭК Мнтруда России, 2017. – 72 с.
- Белова, А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / О.Н. Белова и [др.], под ред. А.Н. Беловой. – Москва: Антидор, 2002. – с. 98.
- Клинические патопсихологические особенности органических психических расстройств у больных хронической нейросенсорной тугоухостью / И.Д. Спирина и [др.] // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – № 3 (23). – С. 73–79.
- Бизюк, А.П. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): новая медицинская технология / А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.И. Иовлев. – С.-П.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 23 с.
- Смычек, В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В.Б. Смычек, Г.Я. Хулуп, В.К. Милькаманович. – Мн.:Юнипак, 2005. – 420 с.
- Инструкция по применению МЗ РБ № 248-1215. Критерии оценки степени утраты общей трудоспособности пациентов с последствиями заболеваний и травм: утв. МЗ РБ 09.12.2015. – Минск, 2016. – 123 с. (авторы: В.Б. Смычек, И.Я. Чапко, Л.Г. Казак, Д.С. Казакевич, Ю.В. Осипов, Т.В. Булацкая)

УДК 34+616-036.86

Струкова О.Г., Шумакова Т.Ю., Кара-оол Н.А.

**«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 2017 ГОДА № 419-ФЗ»**

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

O.G. Strukova, T.Yu. Shumakova, N.A. Cara-ool

**RESULTS OF INTERDEPARTMENTAL INTERACTION OF FKU “MSE GB ON
THE REPUBLIC OF KHAKASSIA” OF MINISTRY OF LABOUR AND SOCIAL
PROTECTION OF THE RUSSIAN FEDERATION WITH THE ORGANIZATIONS OF
EXECUTIVE POWER OF THE REPUBLIC OF KHAKASSIA DURING THE FORMING
AND EXECUTION OF THE INDIVIDUAL PROGRAM OF REHABILITATION OR
AN ABILITATION OF THE DISABLED PERSON (DISABLED CHILD), WITHIN
IMPLEMENTATION OF THE PROVISION OF THE FEDERAL LAW OF DECEMBER 1,
2017 NO. 419-FZ**

FKU “MSE GB on the Republic of Khakassia” of Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, Abakan

Ключевые слова: *нормативно-правовые документы, межведомственное взаимодействие, индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида, Республика Хакасия.*

Резюме: *освещены вопросы нормативно-правового регулирования межведомственного взаимодействия ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Хакасия» Минтруда России с органами исполнительной власти Республики Хакасия по исполнению мероприятий возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида.*

Key words: *standard and legal documents, interdepartmental interaction, individual program of rehabilitation or abilitation of the disabled person, disabled child, Republic of Khakassia.*

Resume: *questions of standard and legal regulation of interdepartmental interaction of FKU “MSE GB on the Republic of Khakassia” of Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation with executive authorities of the Republic of Khakassia on execution of actions the individual program of rehabilitation or the abilitation of the disabled person, disabled child assigned to them are taken up.*

Федеральным законом от 1 декабря 2014 г. № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» [2] в Федеральный закон №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [1] внесены изменения, которыми впервые предусмотрено предоставление органами исполнительной власти, органами самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм информации об исполнении возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида (далее – ИПРА инвалида, ребенка-инвалида) мероприятий в федеральные государственные учреждения МСЭ.

Цель: оценка реализации этапов межведомственного взаимодействия ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Хакасия» Минтруда России с органами исполнительной власти Республики Хакасия по исполнению мероприятий возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида.

Материалы и методы: Исследование сплошное. Единица наблюдения – лица, которым впервые и повторно разработана ИПРА инвалида, ребенка-инвалида, выписка из ИПРА инвалида, ребенка-инвалида в орган исполнительной власти субъекта.

Методы исследования – статистический, аналитический.

Использовались данные выгруженные из единой автоматизированной вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы (ЕАВИИАС).

Законодательством определено, что форма и порядок предоставления выше указанной информации утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения.

Во исполнение статьи 5 Федерального закона от 1 декабря 2014 г. N 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» [2] администрацией ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Хакасия»

Минтруда России в ноябре, декабре 2015 года подписаны Соглашения о взаимодействии и регламенты информационного взаимодействия по обмену ИПРА инвалида, ребенка-инвалида с Государственным комитетом по занятости населения Республики Хакасия, Министерством труда и социального развития Республики Хакасия, в феврале 2016 года с Министерством образования и науки Республики Хакасия, Министерством здравоохранения Республики Хакасия, Министерством спорта Республики Хакасия. С ГУ РО ФСС РФ по Республике Хакасия соглашение заключено на федеральном уровне.

Целью заключения соглашений является организация взаимодействия Сторон по вопросам оказания государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы и реализации реабилитационных или абилитационных мероприятий, обеспечения техническими средствами реабилитации и услугами, предусмотренных ИПРА инвалида, ребенка-инвалида, разрабатываемых для лиц, признанных инвалидами, с целью обеспечения последовательности, комплексности и непрерывности в осуществлении реабилитационных мероприятий, динамического наблюдения и контроля за эффективностью проводимых мероприятий.

В настоящее время с Министерством здравоохранения Республики Хакасия, Министерством социальной защиты Республики Хакасия, Министерством труда и занятости Республики Хакасия, Министерством образования Республики Хакасия, и ГУ РО ФСС РФ по Республике Хакасия обмен информацией осуществляется посредством размещения данных в централизованной системе, так называемой «база-витрина».

В рамках начала и продолжения этой работы в органах исполнительной власти Республики Хакасия (Министерство социальной защиты РХ, Министерство образования РХ, Министерство здравоохранения РХ, Министерство труда и занятости РХ) изданы административно-распорядительные документы об организации работы в данном направлении, назначены ответственные лица в части электронного взаимодействия с ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Хакасия» Минтруда России и ответственные лица в части разработки и реализации реабилитационных мероприятий.

Во исполнение положений Федерального закона N 419-ФЗ был утвержден ряд нормативно-правовых документов, разъясняющих некоторые позиции по реализации данного Федерального закона.

Во исполнение п. 16 приказа Минтруда России № 528н (от 31.07.2015г.) [3] 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 31.05.2017 года размещено в информационной системе «ИПРА» 28216 выписок в органы исполнительной власти в соответствующей сфере деятельности:

- в Министерство здравоохранения Республики Хакасия – 10139;
- в Министерство социального развития Республики Хакасия-10127;
- в Министерство труда и занятости Республики Хакасия – 3028;
- в Министерство образования и науки Республики Хакасия – 1474;
- в Министерство спорта Республики Хакасия – 45;
- в региональное отделение ФСС – 3403.
- ПФР по мат. капиталу – 2, в УФСИН – 129, в стационарные учреждения – 25.

Во исполнение п. 5 приказа Минтруда России № 723н (от 15.10.2015г.) [4] сводная информация направляется в учреждение МСЭ в течение 5 дней с даты исполнения мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида, ребенка-инвалида, но не позднее 1 месяца до окончания срока действия ИПРА инвалида, ребенка-инвалида, таким образом, в адрес Главного бюро МСЭ будет представляться информация о реализации реабилитационных или абилитационных мероприятий только на лиц, пришедших на очередное освидетельствование (без учета граждан, имеющих ИПРА инвалида бессрочно, ИПРА ребенка-инвалида до 18 лет). Так, с 01.01.2016 года по 31.05.2017 года исполнено (направлено обратно) в информационной системе «ИПРА» 8257 выписок (29,2 %) из органов исполнительной власти в соответствующей сфере деятельности:

- из Министерства здравоохранения Республики Хакасия – 2780 (26,6%);
- из Министерства социального развития Республики Хакасия – 2332 (22,3%);
- из Министерства труда и занятости Республики Хакасия – 1285 (41,3%);
- из Министерства образования и науки Республики Хакасия – 261 (16,9%);
- из Министерства спорта Республики Хакасия – 44 (97,7%);
- из регионального отделения ФСС – 1555 (44,5%).

Следует отметить, что данный процент не отражает действительного уровня реализации ИПРА инвалида, ребенка-инвалида, так как это планомерная работа, осуществляемая в течение всего календарного года, зависящая от числа повторно направленных для установления инвалидности.

Выводы: Анализ работы с министерствами и учреждениями с которыми заключены соглашения свидетельствует о проведении планомерной работы органов исполнительной власти в части исполнения возложенных на них реабилитационных и абилитационных мероприятий, и высоком проценте (до 80 %) поступления форм «обратной связи».

Список литературы:

- Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ // Российская газета. – 1995. - 2 декабря.
- Федеральный закон 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» // Российская газета. – 2014. - 5 декабря.
- Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм [Электронный ресурс]: приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 июля 2015 г. № 528н. Текст приказа опубликован на официальном интернет-портале правовой информации (www.pravo.gov.ru).
- 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 [Электронный ресурс]: приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 15 октября 2015 г. № 723н. Текст приказа опубликован на официальном интернет-портале правовой информации (www.pravo.gov.ru).

УДК 617.3

Шведовченко И.В., Яковлева В.А., Кольцов А.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ЭКТРОМЕЛИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

I. Schwedovchenko, V. Yakovleva, A. Koltsov

CLINICAL AND X-RAY CRITERIAS OF PROXIMAL ECTROMELIA OF LOWER EXTREMITIES

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: проксимальная эктромелия нижних конечностей, врожденное недоразвитие, клиническая картина, рентгенологическая диагностика, гипоплазия нижних конечностей у детей, фокомелия

Аннотация: проксимальная эктромелия нижних конечностей является врожденным пороком развития, который характеризуется значительным укорочением поражённой конечности за счёт редукции преимущественно проксимальных её сегментов; произведен анализ клинических и рентгенологических признаков у 136 пациентов с разной степенью выраженности данной патологии.

Key words: proximal ectromelia of lower extremities, clinical picture, X-ray diagnostic, PFFD, congenital hypoplasia, hypoplasia of lower extremities of children, phocomelia.

Summary: proximal ectromelia of lower extremities is congenital malformation, which characterized by abbreviated of damaged extremities by the reduction of proximal segments; analysis of clinical and X-ray signs of 136 patients with different degree of severity of this pathology is made.

Введение. Врожденные пороки нижних конечностей составляют 55% всех аномалий опорно-двигательного аппарата. Среди врождённых пороков развития нижних конечностей аномалии проксимального отдела являются одним из наиболее редких и тяжёлых вариантов патологии, встречаясь с частотой 1 случай на 50000 новорожденных. К клиническим проявлениям этой патологии относятся гипоплазия и деформации голени, бедра и вертлужной впадины, недоразвитие коленного и, в меньшей степени, голеностопного суставов, различные степени редукции стопы.

Цель. Проанализировать наиболее типичные клинко-рентгенологические варианты проксимальной эктромелии бедра у пациентов с различной степенью выраженности данного порока, представить тератологический ряд аномалии.

Материал и методы. Обобщены результаты абилитации 136 пациентов в возрасте от 8 месяцев до 45 лет, период наблюдения с 1970 по 2015 годы. Количество мальчиков и девочек составило 40 и 60% соответственно. У 69 пациентов наблюдалось правостороннее поражение, у 55 пациентов – левостороннее, 12, больных имели двустороннюю редукцию.

У всех больных мы проводили изучение клинических и рентгенологических признаков недоразвитых конечностей, их функциональные особенности. Наиболее широко в западной литературе используются следующие классификации: G. Aitken (1969), A. Pappas (1983), D. Paley (2004), но ни одна из них не включает всего спектра вариантов патологии.

Результаты и обсуждение. В подавляющем большинстве случаев (46%) имели место тяжёлые степени редукции проксимального сегмента. Так, в соответствии с классификацией G. T. Aitken, в 34% случаев наблюдался тип А, в 20% случаев – тип В. При использовании классификации А.М. Pappas (1983) наиболее часто встречалось поражение классов P1 и P2 (27% и 34% соответственно). Наиболее легкие степени недо-

развития встречалась реже, к ним отнесены типы С и D по G. T. Aitken и классы P3, P4, P5 по A.M. Pappas.

Функция конечностей была резко ограничена, отмечалось значительное укорочение длины конечности, недоразвитие вертлужной впадины, поражения бедренной кости: от недоразвития её проксимального отдела до полной аплазии, пороки развития коленного, в меньшей степени голеностопного суставов, недоразвитие или аплазия голени, аномалии стопы. Пациенты, как правило, осуществляют опору и передвижение с помощью ортопедических аппаратов или протезов на врожденное недоразвитие.

Заключение:

Врожденное недоразвитие бедренной кости является редкой и тяжелой аномалией, требующей максимально раннего начала лечения;

Степень редукции конечности определяет тактику дальнейшего лечения;

Наибольшую сложность в абилитации представляют собой варианты редукции, при которых тазобедренный сустав и бедренная кость отсутствуют или бедро представлено рудиментом его дистального отдела.

УДК 364.02

Войтенко Р.М., Крицкая Л.А.

СТРУКТУРА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО АСПЕКТА РЕАБИЛИТАЦИИ

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, 194044, Санкт-Петербург, Б.Сампсониевский пр., 11/12, Тел. (812) 542-14-45

Voytenko R.M., Kritskaya L.A.

STRUCTURE OF PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF REHABILITATION

The Federal State Budgetary Institution «Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation

Ключевые слова: реабилитация, индивидуальная программа реабилитации, реабилитационный потенциал, психологический аспект реабилитации.

Keywords: rehabilitation, individual rehabilitation program, rehabilitation potential, psychological aspect of rehabilitation.

Аннотация. Обоснована значимость и целенаправленность психологического аспекта реабилитации, уточнена типология и его основные составляющие.

Abstract. The significance and purposefulness of the psychological aspect of rehabilitation is substantiated, the typology and its main components are specified.

При реализации конкретной индивидуальной программы ре- (а)билитации (ИПРА), сформированной для реабилитанта, в одних случаях главенствующее место может занимать медико-биологический аспект, в других социальный, но основой успеха реабилитационного процесса всегда является ее личностный, психологический радикал, поскольку всю «работу» по реализации ИПРА проделывает сам реабилитант [1].

Целью психологического аспекта реабилитации (ПАР) является максимально задействовать все сохранившиеся ресурсы личности для реализации реабилитационной задачи, направлять, корректировать, оптимизировать личность на пути достижения поставленных реабилитационных целей [2].

Психологический аспект реабилитации (психологическая коррекция) включает: формирование и коррекцию оптимального контакта (принцип партнерства), коррекцию возможного состояния фрустрации, внутренней модели болезни (ВМБ), мотивационной сферы, социальной роли в малых группах и коррекцию психологического аспекта профориентации [3].

Принцип партнерства, т.е. тесное взаимодействие реабилитанта и реабилитолога для поддержки реабилитанта и обсуждения возникающих проблем на разных этапах реабилитационного процесса, важен для достижения реабилитационной цели. Структура организованного оптимального психологического контакта способствует коррекции состояния фрустрации, оптимизации ВМБ и в целом повышению реабилитационного потенциала (РП) личности.

Коррекция состояния фрустрации. Фрустрация, как известно, может способствовать отказу от ИПРА в связи с возможным закреплением субъективной убежденности в непреодолимости проблем, которые она несет. Следовательно, необходимо скорректировать деятельность реабилитанта, чтобы он четко, по этапам реализовал цели ИПРА.

При **коррекции внутренней модели болезни** в первую очередь необходимо стремиться к формированию реабилитантом адекватного отношения к болезни и рационального типа реакции на нее, т.е. коррекции аутопсихологической картины болезни, с учетом этапа ее переживания во времени, и возможной амбивалентности этого переживания.

Коррекция мотивационной сферы призвана расширить мотивационное «поле» реабилитанта, то есть расширить цели, задачи и потребности за рамки стереотипов, сложившихся в ситуации «болезнь – инвалидность», и способствовать преодолению ограничений жизнедеятельности, повышению качества жизни. При этом в соответствии с реальной личностной перспективой подвергаются коррекции уровень притязаний

и самооценка. В рамках адаптации к новому жизненному стереотипу проводится психокоррекция шкалы ценностей, поскольку некоторые изначальные ценности, идеалы и установки реабилитанта, особенности его самооценки, уровня притязаний и шкалы ценностей могут быть трансформированы и использованы в его реабилитационной деятельности.

Коррекция социальной роли в малых группах. Жизнь в «ситуации болезнь» порой существенно изменяет ролевые функции в социальных группах. Коррекция **социально-психологических отношений в микро-социальных группах** имеет своей целью повышения РП реабилитанта за счет РП социального окружения (в частности, семьи) и представляет собой одну из частей социального аспекта реабилитации, хотя и требует для своего осуществления специальных психологических методик и приемов.

Психологическая коррекция профориентации (ПКП), а точнее форма *психологического консультирования*, в целом оно включает три составляющих. Это оценка состояния здоровья реабилитанта для уточнения возможности успешной деятельности в новой профессии или специальности, возможности рынка труда и ряд других специфических особенностей новой сферы деятельности реабилитанта. При ПКП оценивается состояние когнитивной сферы и интеллекта, что позволяет прогнозировать успешность новой социальной роли при социально-трудовой реабилитации. Именно в этом психологическом ракурсе ориентировано понятие коррекции профориентации.

Таким образом, психологический аспект реабилитации приобретает конкретику, важную для реализации ИПРА.

Список литературы:

1. Войтенко Р.М. Клинико-экспертная психология. Руководство для клинических психологов и врачей. – СПб, 2010. – 259 с.
2. Войтенко Р.М., Крицкая Л.А. Концепция реабилитологии. Психологический аспект индивидуальной программы реабилитации. //Науч.издание «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья»: Коллект. монография подготовлена к Междун. научно-практ. конфер. «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья», 5-6 дек. 2011 /Редактор А.М.Щербакова. – М.: 2011. – С.15-26.
3. Войтенко Р.М., Крицкая Л.А. Реабилитология. Концепция и методология. - СПб, 2016. - 109 с.

УДК 159.972, 364.65

Гордиевская Е.О., Кузьмина И.Е.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ. ПОКАЗАНИЯ К РЕАЛИЗАЦИИ.

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

Gordievskaya E.O., Kuzmina I.E.

THE PSYCHOLOGICAL ASPECT OF REHABILITATION. INDICATIONS FOR IMPLEMENTATION.

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Аннотация: тезисы посвящены проблеме определения показаний к осуществлению психологической реабилитации лиц, имеющих инвалидность, в ходе комплексной реабилитации.

Ключевые слова: реабилитация, психологическая реабилитация, показания, лица с инвалидностью.

Abstract: the thesis is devoted to the problem of determining indications for the implementation of psychological rehabilitation of persons with disabilities in the comprehensive rehabilitation.

Keywords: rehabilitation, psychological rehabilitation, indications, persons with disabilities.

Психологическая реабилитация является не только существенной частью комплексной реабилитации, но и ее системообразующим компонентом, поскольку реабилитация ориентирована прежде всего на личность, индивидуальность человека, являющегося активным звеном реабилитации. Соответственно, потребность в психологической реабилитации высока – практически каждый человек, имеющий инвалидность, переживает целый комплекс проблем, определяющих желательность и необходимость применения методов психологической реабилитации, нацеленных, прежде всего, на оптимизацию его социальной адаптации с учетом изменений его социально-психологического статуса, особенностей личности, определяемых наличием заболевания и его последствий, формирование и повышение его мотивации к участию в реабилитационных мероприятиях. При этом предоставление данного вида помощи в рамках реализации реабилитационных мероприятий всем, имеющим статус инвалида, представляется невозможным, прежде всего - в силу высокой затратности данного вида реабилитации (в том числе - психоэмоциональной – как для специалиста, так и для реабилитируемого), и ограниченности ресурсов (включая как кадровые, так и временные). Соответственно, особую актуальность приобретает проблема определения приоритетной показанности оказания психологических услуг в ходе комплексной реабилитации в каждом индивидуальном случае, что и явилось

целью исследования.

В настоящих тезисах приводятся результаты структурирования показаний к осуществлению мероприятий по психологической реабилитации лиц, имеющих инвалидность. На основании многолетнего реабилитационно-экспертного опыта работы на базе ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта [1,2,3], в том числе результатов психодиагностического обследования реабилитируемых, мы считаем целесообразным включать в число означенных показаний следующие:

- случаи заболеваний, симптомокомплекс которых характеризуется психологическими нарушениями или их высокой вероятностью (в основном психические заболевания и заболевания нервной системы);
- наличие сопутствующих заболеваний, для которых свойственны нарушения психической деятельности;
- случаи длительного пребывания на инвалидности при отсутствии сколь-нибудь существенной эффективности реабилитационных мероприятий, при исходно благоприятном или относительно благоприятном реабилитационном прогнозе;
- случаи возникновения неадекватно конфликтных ситуаций в ходе освидетельствования и реабилитации;
- любые отклонения от оптимального уровня социально-психологического функционирования, реализации имеющихся возможностей и способностей реабилитируемого.

В конечном итоге, в число очевидных и несомненных показаний к осуществлению мероприятий по психологической реабилитации входит наличие действительных психологических либо поведенческих проблем [4], как осознаваемых самим реабилитируемым, так и выявляемых специалистом в ходе психодиагностического обследования. При этом следует учитывать как возможность сторонней «неочевидности» данной проблематики, так и ее «неосознавания» самим реабилитируемым, установить наличие которой может только профессиональный психолог в ходе осуществления экспертно-реабилитационной психодиагностики, имеющий соответствующие образование, профессиональную подготовку и уровень квалификации.

Литература

1. Применение психодиагностических технологий в учреждениях медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов. Методические рекомендации для психологов учреждений МСЭ и реабилитации / Старобина Е.М., Стеценко С.А., Гордиевская Е.О., и др. - М.: Минтруд РФ, 2002. - 144 с.
2. Психологические аспекты реабилитационного потенциала инвалида: методические рекомендации для психологов учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитации / Старобина Е.М., Стеценко С.А., Гордиевская Е.О. и др. - М.: Минтруд России, 2002. - 120 с.
3. Формирование программ социально-психологической реабилитации инвалидов. Методические рекомендации для специалистов МСЭ и реабилитационных учреждений / Стеценко С.А., Гордиевская Е.О., Морозова Т.К. - Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. - 1997, Вып 12. - М.: ЦБНТИ. - 46 с.
4. Осипова А.А. Общая психокоррекция - М.: СФЕРА, 2002. - 510 с.

УДК: 159.9.072

Никитин М.В., Чукина И.М.

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА РАННЕМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Санаторно-курортный комплекс «Вулан» - НКФ ФГБУ «РНЦ МРиК» Минздрава России, Геленджик

Nikitin M. V., Chukina I. M.

ASSESSMENT OF THE PSYCHOLOGICAL STATE OF PATIENTS AFTER ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AT AN EARLY STAGE OF REHABILITATION

Sanatorium-resort complex "Vulan" – NCB the Russian research center of medical rehabilitation and balneology of Minzdrav of Russia, 353485, Gelendzhik

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, исследование, психологическое состояние, адаптация, дезадаптация, реакция на болезнь, профилактика.

Keyword: sharp heart attack of myocardium, research, psychological state, adaptation, violation of adaptation, reaction on illness, prophylaxis.

Аннотация. Проведено исследование психологического состояния пациентов на раннем этапе реабилитации после перенесенного острого инфаркта миокарда. Выявлены типы реакций на болезнь, взаимосвязь механизмов адаптации, социальных и биологических факторов с возникновением заболевания. Предложена разработка новых программ ранней профилактики острого инфаркта миокарда.

Abstract. A study of the psychological state of patients is undertaken on the early stage of rehabilitation after the carried heart of myocardium. The types of reactions are deduced on illness, intercommunication of mechanism of adaptation, social and biological factors with the origin of disease. New program of early prophylaxis of sharp heart attack of myocardium development is offered.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной инвалидности и преждевременной смертности во всем мире и наиболее частой причиной госпитализаций и потерь трудоспособности населения РФ. ССЗ поражают трудоспособное население в возрасте от 25 до 65 лет. Вклад данных заболеваний в общую смертность в РФ составляет 57 %. Согласно данным ВОЗ, ежегодно от сердечно-сосудистых заболеваний умирают 17 млн. человек: у 7,2 млн из них причиной смерти являются ишемическая болезнь сердца (ИБС), а у 5,7 млн – инсульт.

Сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой здравоохранения большинства стран мира, в том числе России, несмотря на существенный прогресс последних десятилетий в сфере диагностики, профилактики и лечения кардиоваскулярной патологии [3].

По данным ВОЗ ишемическая болезнь сердца (ИБС) на настоящий момент приняла характер эпидемии, что связано с социально-экономическими проблемами и информационной перегрузкой [6]. Психические факторы часто действуют совместно с соматическими факторами риска. Заболевания сердца сочетаются с трудоголизмом, с острым и хроническим стрессом, большой распространенностью среди населения с низким социально-экономическим уровнем курения, нездорового питания, избыточного потребления алкоголя, а также недостаточной доступностью квалифицированной медицинской помощи [5]. Профилактические мероприятия и школы здоровья рассчитаны в основном на пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС). Пациенты с ИБС охвачены диспансерным наблюдением, проходят стационарное лечение и обследование, владеют информацией о течении и последствиях своего заболевания, в большей мере прислушиваются к рекомендациям специалистов.

Учитывая, что в современных условиях инфаркт часто является первым внезапным проявлением ИБС, исследование психологических особенностей пациентов данной группы стало актуальной проблемой. Пациенты, впервые перенесшие острый инфаркт миокарда (ОИМ), оказываются в ситуации острой психосоциальной дезадаптации.

Ранний этап долечивания пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда с последующим шунтированием (АКШ, МКШ) или стентированием (ЧТКА) коронарных артерий, является важным звеном реабилитации пациентов данной группы.

Цель исследования: изучить психологическое состояние пациентов, перенесших ОИМ, на раннем этапе реабилитации для разработки эффективных мероприятий для дальнейшей их реабилитации и социальной адаптации, а также для разработки методов медицинской профилактики пациентов группы риска.

При выборе комплекса методик для экспериментально-психологического исследования были учтены следующие принципы:

Относительная простота применяемых методик.

Быстрота их проведения.

Полнота изучения исследуемого явления.

Взаимная дополняемость применяемых методик.

Высокая суммарная валидность.

Достаточная чувствительность к изменению показателей в процессе лечения.

Безусловно, главной задачей экспериментально-психологического исследования соматических больных является изучение их «внутренней картины болезни», ее гносеологического и эмоционального компонентов. Из чего следует необходимость изучения и собственно отношения к болезни, и самооценки больными значимости влияния заболевания на их социальный статус, и состояние эмоциональной сферы.

Материалы и методы

Использовались следующие тесты и методики:

Анкета-опросник, тест ЛОБИ (ленинградский опросник бехтеревского института) – психологическая диагностика отношения к болезни, шкала самооценки и оценки тревоги Ч. Спилбергера, Торонтская алекситимическая шкала (адаптированная в НИИ им. Бехтерева), шкала депрессии Э. Бека, опросник Сердюка для изучения самооценки социальной значимости.

Психологические исследования были проведены у 36 взрослых, которым впервые в жизни был установлен диагноз ИБС ОИМ. Среди обследованных было 32 мужчины (88,9%) и 4 женщины (11,1%) в возрасте от 46 до 60 лет. Все пациенты (100%) поступили в санаторий на долечивание после стационарного лечения по поводу МКШ, АКШ и ЧТКА с сопутствующим диагнозом гипертоническая болезнь (ГБ), выставленном после перенесенного ОИМ.

Результаты

При психологическом исследовании низкий социальный статус (среднее образование – водители, мастера на производстве, строители) выявлен у 83% пациентов. Среднее образование в данном контексте не умоляет качества личности. Речь идет о физических перегрузках, ненормированном рабочем дне, о недостаточном отношении к своему здоровью и о низкой осведомленности в сфере общедоступной медицины (по данным

анкетирования). Здесь хочется напомнить, как долго мы шли к профилактике гиподинамии, к здоровому питанию. И только когда стало модным посещать тренажерные залы, фитнес-клубы, ограничивать прием жирной пищи, сахара и соли, тогда и появились первые результаты. То же происходит и с никотиновой зависимостью. В основном, это молодежь, население в возрасте до 30 лет, которые активно используют социальные сети. 25% пациентов не получали социальную поддержку и 50% длительно испытывали негативное эмоциональное состояние.

Здесь важно уделить внимание психической адаптации. **Психическая адаптация** – это процесс приспособления психической деятельности человека к условиям и требованиям окружающей среды, позволяющий устанавливать оптимальные с ней соотношения и удовлетворять свои актуальные потребности (Александровский Ю.А., 1976; Березин Ф.Б., 1988).

Процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды, который позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели (при сохранении психического и физического здоровья) (Березин Ф.Б., 1988).

Трехкомпонентная модель психической адаптации:

Обеспечивает оптимальное соотношение между психическими и физиологическими адаптационными процессами (психофизиологическая адаптация);

Обеспечивает сохранение психического гомеостаза и устойчивого целенаправленного поведения (собственно психическая/психологическая адаптация);

Адекватное взаимодействие с социальным окружением (социально-психологическая адаптация).

Конечная цель адаптации – оптимальный уровень приспособления индивида к реальным условиям жизнедеятельности с сохранением здоровья в его субъективной ценности, достижение равновесия между индивидуумом и окружающей средой, позволяющего сохранять прежние и реализовывать новые возможности для удовлетворения потребностей. Но! Параметры физиологических и психологических возможностей человека не безграничны! (Исаева Е.Р.)

Длительно существующий стресс или недостаточный уровень адаптационного потенциала приводит к истощению адаптационных и компенсаторных механизмов личности – к нарушению психической адаптации. Как следствие, к повышению риска возникновения патологических сдвигов. На начальных этапах нарушения психической адаптации имеют субклинические, донологические характеристики и занимают промежуточное место между практическим здоровьем и конкретной нозологически оформившейся нервно-психической или психосоматической патологией и рассматривается как предболезнь.

Предболезнь – состояние, при котором вероятность развития заболевания приближается к 100% при условии продолжающегося воздействия патогенного фактора и нарушениях адаптационно-компенсаторных механизмов.

Процесс дезадаптации:

Напряжение адаптивных механизмов;

Предболезнь или группа риска, «парциальная» психическая дезадаптация;

Высокая группа риска, «тотальная» психическая дезадаптация.

Биопсихосоциальная модель заболеваний:

- Биологический уровень (генетические, биохимические факторы);

- Психологический (конституция, свойства ЦНС, характер, ценности, уровень притязаний, самооценка);

- Социальные факторы (социально-экономические кризисы, профессиональные, семейные, экологические воздействия).

Таким образом, стрессовые воздействия лежат в основе провокации большинства неинфекционных заболеваний. При недостаточности адаптационных механизмов увеличивается патогенность жизненных событий, которые могут становиться «пусковым механизмом» в процессе возникновения психических и психосоматических расстройств.

Личностный адаптационный потенциал: физические ресурсы - здоровье, выносливость; психологические – убеждения, самооценка, мораль; социальные – социальные поддерживающие системы; материальные ресурсы - деньги, оборудование.

При исследовании типа отношения к болезни у 66,7% испытуемых диагностируется смешанный тип реакций, у 33,3% - чистый тип. Преобладает анозогнозический тип реакций – отрицание болезни, который выявлен у 75% испытуемых. У 41,7% выявлена эйфория – необоснованно повышенное настроение. Эргопатические реакции – «уход от болезни в работу» - выявлены у 33,3% пациентов. Эйфорический и анозогнозический типы реакций на болезнь сочетаются с низким и умеренным уровнями реактивной тревожности (у 50%). В репертуаре совладающего поведения личности мало используются активные проблемно-решающие стратегии как реакция на стресс (копинг-стратегии), что повышает уровень напряженности психологических защит (отрицание, избегание, принятие на себя чрезмерной ответственности). Личность переходит на

«аварийный» способ реагирования, что может привести к дальнейшему развитию стресса. Выраженный уровень личностной тревожности, сочетающийся с высоким уровнем депрессии, был диагностирован у 25% пациентов. У 80% выявлена алекситимия (неспособность к словесному выражению испытываемых эмоций). При оценке влияния болезни на разные сферы социального статуса на первое место вышли следующие факторы: ограничение удовольствий, ограничение карьеры, формирование чувства ущербности и снижение физической привлекательности, материальный ущерб, ограничение во времени.

В процессе исследования наметились основные тенденции:

Практически все поступившие больные до острого состояния хотя бы однажды испытывали следующие симптомы: одышку, кашель, чувство изжоги, боли в эпигастрии, в руке, под лопаткой, в области поясницы, внезапную слабость и потливость (наблюдался кардиалгический синдром). Если кто-нибудь из них и обращался к специалистам, то, в основном, к врачам узкого профиля – неврологам, гастроэнтерологам, пульмонологам и аллергологам. В редких случаях к терапевтам, которые по имеющимся скудным клиническим данным не всегда могли заподозрить ИБС.

Вторая тенденция состоит в том, что проводимые профилактические осмотры на предприятиях с использованием существующих стандартов в большинстве случаев не выявляли нарушений со стороны ССС. В редких случаях это были факторы риска (повышенные показатели артериального давления (АД), пульса, холестерина крови, изменения на ЭКГ). Надо отметить, что метод ЭКГ часто бывает не информативен в профилактике ОИМ.

В третьих, выяснилось, что общеизвестные факторы риска, такие как: курение, прием алкоголя, малоактивный образ жизни, наследственность, нерациональное питание, возраст старше 40 лет, сахарный диабет, повышенный холестерин, артериальная гипертония – могут привести к инфаркту миокарда при сочетании двух и более факторов в ситуациях, когда возникает нарушение адаптивных механизмов организма, уровня выносливости. По результатам исследования к провоцирующим факторам дезадаптации можно отнести повышение физической нагрузки, жару, стрессы.

Таким образом, пациенты, впервые перенесшие ОИМ без ранее установленной ИБС, имеют низкий социальный статус (83%), длительно испытывают негативные эмоции (50%), отрицают свою болезнь (75%), не способны выражать переживаемые чувства (80%). Проявляют при этом низкий и умеренный уровень реактивной тревожности (50%). Испытывают ограничения в удовольствиях, в карьере, времени и в материальной сфере. Появляется чувство ущербности и физической непривлекательности.

Данные исследования позволили оценить психологическое состояние пациентов с перенесенным ОИМ для дальнейших разработок программ ранней первичной профилактики, реабилитации и социальной адаптации.

Выводы

В настоящее время отсутствуют четкие стандарты профилактических осмотров. (Объема исследований, включенных в медосмотры, не достаточно для выявления пациентов группы риска по ИБС).

На поликлиническом этапе проводится недостаточный объем клинических исследований пациентам из группы риска. Не используются нагрузочные функциональные пробы. Не назначается и не рекомендуется скрининговое обследование 1 раз в год: ЭКГ, УЗИ сердца, УЗДГ, МРТ, МРА, глюкоза крови, холестерин, прием антикоагулянтов.

Узкими специалистами, к которым в первую очередь обращаются пациенты с кардиологическим синдромом, на достаточном уровне не проводится диффдиагностика.

Сами пациенты часто игнорируют изменения в своем состоянии, вовремя не обращаются за медпомощью, игнорируют назначения врача и профилактические мероприятия.

Литература

- Александровский Ю.А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства. Практическое руководство. Лит-Террс, 2010 г; 20-25
- Березин Ф.Б. Психическая и психофизическая адаптация человека-Л; Наука 1988г; 122-124
- Всероссийское научное общество кардиологов Кардиоваскулярная профилактика, Москва 2011г. Приложение к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», 2011; 10 (6); 7-8
- Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психическая защита личности в условиях здоровья и болезни, Монография, Санкт-Петербург, Издательство СПб ГМУ 2009г; 8-48
- Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. Справочник практического психолога. Эксмо; Москва: 2008г; 739-742
- Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия. Исцеление души и тела. Издание четвертое. Ростов-на-Дону, Феникс, 2014г; 243-246

УДК: 616-036.865: 616.89 (571.150)

Вальчик Т.А., Мариупольская Т.Г., Мищенко О.Б., Паршутина Е.В., Давыдова Т.В., Акопян Т.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

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

Valchik T.A., Mariupol T.G., Mischenko O.B., Parshutina E.V., Davydova T.V., Hakobyan T.A.

THE RESULTS OF THE SURVEY OF CHILDREN WITH EARLY INFANTILE AUTISM IN ALTAI KRAI

PKU "head office medical and social examination of the administration of the land" of labor Russia, Barnaul

Ключевые слова: инвалидность, дети-инвалиды, ранний детский аутизм, аутистический синдром, смешанное специфическое расстройство психологического развития*Keywords:* disability, disabled children, early infantile autism, autistic syndrome, mixed specific disorder of psychological development*Аннотация:* в статье представлены результаты освидетельствования детей с ранним детским аутизмом в крае. Установлена тенденция к увеличению в структуре инвалидности вследствие психических расстройств детей с ранним детским аутизмом, а также смешанным специфическим расстройством психологического развития с аутистическим синдромом. В возрастной структуре инвалидности детей с ранним детским аутизмом преобладают дети в возрасте 4-7 лет. В гендерной структуре преобладают мальчики. Прослеживается четкая динамика по увеличению доли сельских жителей в структуре первичной инвалидности с 20,0% в 2014 г. до 45,0% в 2016 г.*Abstract:* the paper presents the results of the survey of children with early infantile autism in the province. The upward trend has been installed in the structure of mental disorders disability children with early infantile autism, as well as mixed specific disorder of psychological development with autistic syndrome. In the age structure of the disability of children with early infantile autism is dominated by children aged 4-7 years. In gender structure dominated by boys. There is a clear Dynamics to increase the proportion of rural inhabitants in the structure of primary disability from 20.0% in 2014 to 45.0% in 2016 g.

Аутизм представляет собой сложное дезинтегративное нарушение психического развития, характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися движениями. Данное заболевание начинается в раннем детском возрасте, нарушает полноценное развитие ребенка, что часто приводит к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты таких детей.

Нами был проведен анализ инвалидности детей Алтайского края вследствие раннего детского аутизма (РДА) за 2014-2016 гг. Материалом исследования явились отчетные формы № 7-Д (собес), протоколы и акты освидетельствования детей бюро № 9 (для освидетельствования лиц с психическими расстройствами в возрасте до 18 лет) ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России.

Проведенное исследование показало, что в структуре первичной инвалидности вследствие психических расстройств имеет место тенденция к увеличению доли детей с ранним детским аутизмом с 7,1% в 2014 г. до 12,6% в 2016 г. (табл. 1).

Таблица 1

Доля детей с ранним детским аутизмом среди общего числа признанных инвалидами вследствие психических расстройств за 2014-2016 гг.

Годы	Установлена категория «ребенок-инвалид» впервые				Установлена категория «ребенок-инвалид» повторно			
	Всего детей с психическими расстройствами		Из них детей с ранним детским аутизмом		Всего детей с психическими расстройствами		Из них детей с ранним детским аутизмом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2014	425	100,0	30	7,1	1 100	100,0	59	5,4
2015	330	100,0	22	6,7	1 161	100,0	41	3,5
2016	302	100,0	38	12,6	1 200	100,0	63	5,3

Среди детей с психическими расстройствами, признанных инвалидами при повторном освидетельствовании, доля детей с РДА составила 5,4% в 2014 г., 3,5% в 2015 г., 5,3% в 2016 г.

В возрастной структуре первичной инвалидности детей с РДА первое ранговое место занимают дети в возрасте 4-7 лет (табл. 2). В гендерной структуре преобладают мальчики, но в 2016 г. наметился рост данной патологии среди девочек. На протяжении всего анализируемого периода преобладают городские жители, однако прослеживается четкая динамика по увеличению доли сельских жителей в структуре первичной инвалидности с 20,0% в 2014 г. до 45,0% в 2016 г.

Высокий процент детей-инвалидов с РДА в возрасте 4-7 лет объясняется тем, что в этом возрасте дети начинают посещать детские дошкольные учреждения, где становится явной их социальная недостаточность и ограничения жизнедеятельности проявляются более отчетливо.

Таблица 2

Распределение детей, впервые признанных инвалидами вследствие раннего детского аутизма по полу, возрасту и месту жительства в 2014-2016 гг.

Показатель		Годы					
		2014		2015		2016	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего признано инвалидами впервые		30	100,0	22	100,0	38	100,0
Возраст	0-3	7	23,0	6	27,0	7	19,0
	4-7	23	77,0	16	73,0	26	68,0
	8-14	0	0	0	0	5	13,0
	15 и >	0	0	0	0	0	0
Пол	Мальчики	24	80,0	20	91,0	26	68,0
	Девочки	6	20,0	2	9,0	12	32,0
Место жительства	Жители города	24	80,0	16	73,0	21	55,0
	Жители села	6	20,0	6	27,0	17	45,0

При переосвидетельствовании детей с РДА (табл. 3), также, как и при первичном освидетельствовании, наиболее часто категория «ребенок-инвалид» устанавливается в возрасте 4-7 лет.

Таблица 3

Структура инвалидности детей с ранним детским аутизмом при повторном освидетельствовании в зависимости от возраста, пола, места жительства за 2014-2016 гг.

Показатель		Годы					
		2014		2015		2016	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего признано инвалидами повторно		59	100,0	41	100,0	63	100,0
Возраст	0-3	0	0	0	0	0	0
	4-7	47	80,0	27	66,0	47	75,0
	8-14	12	20,0	14	34,0	16	25,0
	15 и >	0	0	0	0	0	0
Пол	Мальчики	43	73,0	35	85,0	50	79,0
	Девочки	16	27,0	6	15,0	13	21,0
Место жительства	Жители города	42	71,0	28	68,0	43	68,0
	Жители села	17	29,0	13	32,0	20	32,0

Из таблицы 3 следует, что мальчикам с РДА при повторном освидетельствовании категория «ребенок-инвалид» устанавливается чаще, чем девочкам. В структуре инвалидности отмечается стабильно высокий показатель удельного веса городских жителей.

Следует отметить, что увеличение доли детей с аутизмом в структуре первичной инвалидности вследствие психических расстройств в крае соответствует общероссийской и общемировой тенденции. По данным большинства исследований, увеличение распространенности аутизма по всему миру связано, главным образом, с изменением диагностических методов, степени доступности медицинских услуг, возраста на момент установления диагноза и информирования общественности. Однако частота встречаемости аутизма в зарубежных странах и в России отличается в разы (в России – реже, согласно итогам акции Социальный заказ, «Статистика 2010-2011» [1]). Специалисты это связывают с тем, что в России часто вместо аутизма психиатры выставляют другие диагнозы: «умственная отсталость», «детский тип шизофрении и смешанные специфические расстройства психологического развития» [2]. Данное утверждение полностью подтверждается статистикой по нашему бюро, на примере детей, освидетельствованных с диагнозом: «Смешанное специфическое расстройство психологического развития» (F83).

Доля детей со смешанным специфическим расстройством психологического развития, имеющих в структуре аутистический синдром, увеличилась с 39,3% в 2014 г. до 60,3% в 2016 г. (рост за два года – 21%), тогда как доля детей с задержкой психического развития, задержкой речевого развития, расстройствами поведения уменьшается, а количество детей с шизофреноподобным синдромом остается стабильным.

При повторном освидетельствовании отмечается тенденция к увеличению в структуре инвалидности детей с аутистическим синдромом с 6,7% в 2014 г. до 35,7% в 2016 г., то есть прирост за два года составил 29,0%.

Таким образом, в структуре инвалидности детей вследствие психических заболеваний в крае увеличивается доля детей с ранним детским аутизмом. Среди детей, признанных инвалидами с РДА, преобладают городские жители, но прослеживается чёткая динамика к увеличению числа сельских жителей, особенно при первичном освидетельствовании. Мальчикам с РДА чаще устанавливается категория «ребенок-инвалид», чем девочкам. В возрастной структуре преобладают дети в возрасте 4-7 лет.

Проведённый анализ показал увеличение в структуре инвалидности в крае детей-инвалидов со смешанным специфическим расстройством психологического развития с аутистическим синдромом, что требует дальнейшего пристального изучения этого вопроса.

Литература:

1. Аутизм в России. Акция Социальный заказ «Статистика 2010–2011». <http://www.autisminrussia.ru/html/action/action-stat-2010>.
2. Филиппова, Н.В. Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему/Социальная и клиническая психиатрия// Н.В. Филиппова, Ю.Б. Барыльник. – 2014. – Т. 24, №3. – С. 96-101.

УДК 616-036.86

Шамшева Е.В., Юревич Л.В., Саликова С.И.

АНАЛИЗ ПОВТОРНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2014-2016 ГГ.

ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России, г. Омск

Shamsheva E.V., Yurevich L.V., Salikova S.I.

RE-ANALYSIS OF DISABILITY OF THE ADULT POPULATION OF OMSK OBLAST IN THE PERIOD FROM 2014-2016

FSI "GB of MSE across the Omsk region" of Mintrud of Russia, Omsk

Ключевые слова: повторная инвалидность, возрастная структура, группы инвалидности, лидирующие заболевания, полная и частичная реабилитация.

Keywords: repeated disability, age structure, degree of disability, the leading diseases, full and partial rehabilitation.

Аннотация: представлены результаты анализа повторной инвалидности у взрослого населения Омской области. Установлен рост повторно признанных до 94,5 % от числа инвалидов переосвидетельствованных на группу. Уровень повторной инвалидности составил 102,4 на 10 тыс. населения. Снижение доли инвалидов молодого и среднего возраста до 23,2% и 27,6 % соответственно. В 2016 г. у инвалидов молодого возраста в структуре заболеваний лидируют психические расстройства (34,4 %), среднего возраста - болезни системы кровообращения (34,4 %), в третьей возрастной категории - злокачественные новообразования (38,3 %). Показатель полной реабилитации снизился до 5,5 %, частичной до 10,6 %.

Abstract: presents the results of the analysis of re-disability in the adult population of Omsk Oblast. Installed height again recognized to 94.5% of the number of persons with disabilities at pereosvidetelstvovannyh group. Retry level disability amounted to 102.4 in 10 thousand. the population. The decline in the proportion of young and middle-aged persons with disabilities up to 23.2% and 27.6% respectively. In 2016 g. disabled persons of young age structure of diseases leading psychiatric disorders (34.4%), middle-aged-diseases of the circulatory system (34.4%), in the third age category-malignant neoplasms (38.3%). Figure full rehabilitation has fallen to 5.5%, partial to 10.6%.

Для формирования прогнозных значений тенденции развития инвалидности взрослого населения проводится изучение не только показателей первичной инвалидности, но показателей повторной инвалидности.

Цель исследования. Изучение повторной инвалидности взрослого населения в ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» за 2014-2016 гг.

Материалы и методы. Анализ проведен на основании форм статистического учета «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше» (7-собес). Методы исследования статистический и аналитический. Период наблюдения – 2014-2016 гг.

Результаты. В 2016 году всего переосвидетельствовано лиц взрослого населения 20488 человек, что меньше на 11,8, % в сравнении с 2014 годом (в 2015 г. – 22064 чел, в 2014 г. – 23232 чел). Из числа переосвидетельствованных с целью установления группы инвалидности признано инвалидами в 94,5 % случаев (2015 г. – 91,3 %, 2014 г. – 93,2 %). Показатель полной реабилитации составил 5,5 % (в 2015 г. – 8,7 %, в 2014 г. – 6,8 %), частичной - 10,6 %, 16,7 %, 15,7 % соответственно годам.

Динамика уровня повторной инвалидности в Омской области имеет тенденцию к снижению, за 3 года темп снижения показателя составил 5,7 %. (табл.1).

Таблица 1.

Сравнительная динамика показателей повторной инвалидности взрослого населения Омской области в 2014-2016 гг. (на 10 тыс.)

Год	Показатель повторной инвалидности взрослого населения в Омской области	Темп прироста /убыли в %
2014	108,6	- 3,6
2015	104,5	- 3,8
2016	102,4	- 2,0

В возрастной структуре повторно признанных инвалидами преобладают лица пенсионного возраста, с тенденцией к росту их удельного веса (с 45,1 % в 2014 г. до 49,2 % в 2016 г.). Доля инвалидов среднего возраста уменьшилась с 31,1 % в 2014 г. до 27,6 % в 2016 г. Инвалиды молодого возраста в 2016 г. составили 23,2 % (в 2015 г. – 23,9 %, в 2014 г. – 23,8 %).

Уровень повторной инвалидности имеет максимальное значение среди лиц пенсионного возраста, минимальное – среди молодого возраста со снижением показателям по второй и третьей возрастным категориям (табл. 2).

Таблица 2.

Структура и уровень повторной инвалидности в Омской области по возрасту в 2014-2016 гг. (% , на 10 тыс.)

Год	Структура (%)			Уровень (на 10 тыс. соответствующего населения)		
	Молодой возраст	Средний возраст	Пенсионный возраст	Молодой возраст	Средний возраст	Пенсионный возраст
2014	23,8	31,1	45,1	52,0	122,9	215,6
2015	23,9	28,6	47,5	50,5	110,2	211,5
2016	23,2	27,6	49,2	48,5	106,0	207,1

В структуре повторной инвалидности по группам максимальный удельный вес приходится на инвалидов 3 группы, с тенденцией его к снижению 53,5 %, 51,4 %, 49,4 % соответственно годам, в среднем составив 51,4 % случаев. Наименьшую долю занимают инвалиды 1 группы, в среднем 10,0 %. Инвалиды 2 группы составили 38,5 % случаев, при этом их удельный вес ежегодно возрастает (табл.3).

Таблица 3.

Структура повторной инвалидности в Омской области по группам инвалидности в 2014-2016 гг. (%)

Год	Группа инвалидности (%)		
	I	II	III
2014	9,7	36,8	53,5
2015	10,0	38,6	51,4
2016	10,4	40,2	49,4

При изучении структуры повторной инвалидности по классам болезней в 2016 г. установлено, что первые три ранговых места принадлежат злокачественным новообразованиям (ЗНО) – 29,2 % (2015 г. – 24,5 %, 2014 г. – 21,5 %); болезням системы кровообращения – 28,0 % (2015 г. – 30,0 %, 2014г. – 30,9 %); психическим расстройствам и расстройствам поведения – 10,2 % (2015 г. – 10,4 %, 2014 г. – 9,8 %).

Среди возрастных категорий структура повторной инвалидности по классам болезней представлена следующим образом:

- у инвалидов первой возрастной категории лидируют психические расстройства - в 2016 г. - 34,4 %, в 2015 г. – 34,9 %, в 2014 г. – 32,6 %; второе место занимают ЗНО – 13,6 %, 11,0 %, 9,8 % соответственно годам; на третьем месте болезни нервной системы с одинаковым удельным весом 9,0 %.

- среди инвалидов среднего возраста на первое место вышли болезни системы кровообращения – 34,4 % в 2016 г., 37,6 % в 2015 г., 37,9 % в 2014 г.; на втором месте - ЗНО с удельным весом 25,9 %, 20,6 %, 17,9 % соответственно годам; третье место заняли болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, с тенденцией к уменьшению их доли с 10,7 % в 2014 г. до 8,2 % в 2016 г.

- среди инвалидов третьей возрастной категории на лидирующую позицию в 2016 г. вышли ЗНО с удельным весом 38,3 % (в 2015 - 2014 гг. находились болезни системы кровообращения – 37,5 % и 38,7 % соответственно годам); второе место занимают болезни системы кровообращения – 34,9 % (2015-2014 гг. второе место занимали ЗНО – 33,7 %, 30,3 %); на третье место в 2016 г. болезни глаза и его придаточного

аппарата – 6,9 % (2015-2014 гг. на данном месте регистрировались болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани 7,8 %, 9,7 %).

Заключение. Таким образом, анализ повторной инвалидности взрослого населения в Омской области в 2014-2016 гг. выявил положительную динамику снижения уровня повторной инвалидности. В то же время обращает на себя внимание снижение полной и частичной реабилитации, а в структуре болезней среди возрастных категорий ЗНО занимают одно из лидирующих мест, с тенденцией к росту. Среди граждан повторно признанных инвалидами преобладают инвалиды 3 группы и лица пенсионного возраста.

УДК: 616-036.865: 616.89 (571.150)

Мариупольская Т.Г., Вальчик Т.А., Мищенко О.Б., Паршутина Е.В., Давыдова Т.В., Акопян Т.А.

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

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

Mariupol T.G., Valchik T.A., Mischenko O.B., Parshutina E.V., Davydova T.V., Hakobyan T.A.

DYNAMICS OF PRIMARY DISABILITY OF THE CHILD POPULATION AS A RESULT OF MENTAL ILLNESS IN ALTAI KRAI

PKU "head office medical and social examination of the administration of the land" of labor Russia, Barnaul

Ключевые слова: инвалидность, дети-инвалиды, психические расстройства

Keywords: disability, children with disabilities, psychological disorders

Аннотация: в статье представлена динамика основных показателей первичной инвалидности детей вследствие психических расстройств в Алтайском крае в 2014-2016 гг. Уровень первичной инвалидности детей вследствие психических расстройств в крае имеет тенденцию к снижению, но остается выше российских показателей. Наиболее высокие показатели первичной инвалидности вследствие психических расстройств в 2014-2016 гг. наблюдаются в возрастных группах 4-7 лет и 8-14 лет. Среди детей-инвалидов вследствие психических расстройств преобладают дети с умственной отсталостью, нарушениями психологического развития и детским аутизмом.

Abstract: the article presents the dynamics of the major indicators of primary disability of children due to psychiatric disorders in the Altai region in 2014-2016 Gg. The level of primary disability of children due to psychiatric disorders in the province has shown a downward trend but remain above the Russian scorecard. The highest rates of primary disability due to mental disorders in 2014-2016 Gg. observed in the age group 4-7 years and 8-14 years. Among children with disabilities due to mental disorders is dominated by children with mental retardation, disorders of psychological development and children's autism.

В структуре первичной инвалидности детей Алтайского края психические расстройства стабильно занимают первое ранговое место. Доля их составила в 2014 г. – 40,6%, в 2015 г. – 38,3%, в 2016 г. – 32,3%. В Российской Федерации в структуре первичной инвалидности детей с 2015 г. первое ранговое место занимают также психические расстройства [1].

Нами был проведен анализ динамики основных показателей первичной инвалидности детского населения Алтайского края вследствие психических заболеваний за 2014-2016 гг. Материалом исследования явились формы № 7-Д (собес), протоколы и акты освидетельствования бюро № 9 (для освидетельствования лиц с психическими расстройствами в возрасте до 18 лет) ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России.

Проведенный анализ показал, что численность детей, впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств, в крае уменьшилась с 520 в 2014 г. до 361 в 2016 г., по данным бюро № 9 – уменьшилась с 425 человек в 2014 г. до 302 человек в 2016 г.

Уровень первичной детской инвалидности по психической патологии в Алтайском крае и по данным бюро № 9 в 2014-2015 гг. превышал аналогичные показатели по Российской Федерации. Следует отметить, что как по краю, так и по данным бюро № 9 уровень первичной инвалидности детей вследствие психических расстройств снизился в 2016 г. по сравнению с 2014 г., что связано с проведением ряда организационных мероприятий по освидетельствованию детей с психическими расстройствами согласно действующим нормативным документам. Так, показатель уровня первичной инвалидности детей вследствие психических расстройств в крае снизился с 11,1 в 2014 г. до 7,4 на 10 000 детского населения в 2016 г., по данным бюро № 9 уровень снизился с 11,3 в 2014 г. до 7,7 на 10 000 детского населения в 2016 г. и незначительно превышал краевой показатель в 2016 г.

Таблица 1

Показатели первичной инвалидности детей вследствие психических расстройств в зависимости от возраста в 2014-2016 гг. (бюро № 9)

Годы	Показатели	Всего	Возрастные группы			
			0-3 года	4-7 лет	8-14 лет	15 лет и старше
2014	Всего детей, впервые признанных инвалидами	425	39	136	230	20
	Уровень (на 10 000 детского населения)	11,3	3,9	15,3	16,8	3,9
	Удельный вес (%)	100,0	9,2	32,0	54,1	4,7
2015	Всего детей, впервые признанных инвалидами	330	37	112	167	14
	Уровень (на 10 000 детского населения)	8,7	3,7	11,1	12,0	2,7
	Удельный вес (%)	100,0	11,2	34,0	50,6	4,2
2016	Всего детей, впервые признанных инвалидами	302	28	140	118	16
	Уровень (на 10 000 детского населения)	7,8	2,8	14,6	8,3	3,0
	Удельный вес (%)	100,0	9,3	46,4	39,0	5,3

Как видно из таблицы 1, во всех возрастных группах в 2016 г. отмечается снижение уровня инвалидности. Среди детей от 0 до 3 лет уровень первичной инвалидности снизился с 3,9 в 2014 г. до 2,8 на 10 000 детского населения соответствующего возраста в 2016 г. Удельный вес этой возрастной группы в структуре первичной детской инвалидности по психической патологии в период с 2014 по 2016 г. колеблется незначительно с 9,2% в 2014 г. до 9,3% в 2016 г.

Среди детей 4-7 лет интенсивный показатель уменьшился с 15,3 в 2014 г. до 14,6 на 10 000 детского населения соответствующего возраста в 2016 г. Удельный вес этой возрастной группы увеличился с 32,0% в 2014 г. до 46,4% в 2016 г.

Среди детей 8-14 лет уровень инвалидности снизился с 16,8 в 2014 г. до 8,3 на 10 000 детского населения соответствующего возраста в 2016 г. Удельный вес этой возрастной группы в структуре первичной инвалидности детей по психической патологии уменьшился с 54,1% в 2014 г. до 39,0% в 2016 г.

Среди детей в возрасте 15 лет и старше уровень инвалидности уменьшился с 3,9 в 2014 г. до 3,0 на 10 000 детского населения в 2016 г. Удельный вес этой возрастной группы увеличился с 4,7% в 2014 г. до 5,3% в 2016 г.

В 2014-2015 гг. максимальные значения уровня инвалидности наблюдались в возрастной группе 8-14 лет, в 2016 г. – в возрастной группе 4-7 лет, что возможно связано с тем, что именно в этот возрастной период максимально начинают проявляться ограничения жизнедеятельности и социальная недостаточность, и возникает необходимость направления детей на медико-социальную экспертизу.

Среди детей с психическими расстройствами, впервые признанных инвалидами в 2014-2016 гг., мальчиков было больше, чем девочек.

Соотношение полов в структуре инвалидности на протяжении трех лет остается стабильным: две трети – это мальчики и одна треть – девочки. Однако нужно отметить, что в динамике за три анализируемых года удельный вес девочек в структуре инвалидности снижается, в то время как доля мальчиков увеличивается.

Проведенный анализ показал, что в 2014-2016 гг. существенных изменений в нозологической структуре первичной инвалидности детского населения вследствие психических расстройств не произошло. Большую часть составляют больные с умственной отсталостью и занимают первое ранговое место. Уровень первичной инвалидности детей вследствие умственной отсталости значительно превышает Российские показатели. Следует отметить, что в динамике уровень инвалидности детей вследствие умственной отсталости в крае уменьшился в два раза – с 8,0 в 2014 г. до 4,0 на 10 000 детского населения в 2016 г. Доля инвалидов с умственной отсталостью в структуре первичной инвалидности уменьшилась с 71,7% в 2014 г. до 52,0% в 2016 г.

Второе место в структуре причин первичной детской инвалидности по психической патологии занимают расстройства психологического развития. Уровень инвалидности детей вследствие расстройств психологического развития превышает аналогичные Российские показатели. В динамике за три года удельный вес этой патологии в структуре причин инвалидности значительно увеличился (с 21,4% в 2014 г. до 34,1% в 2016 г.), уровень увеличился с 2,4 в 2014 г. до 2,6 на 10 000 детского населения в 2016 г.

Третью ранговую позицию в структуре первичной инвалидности детей вследствие психических рас-

стройств стабильно занимает ранний детский аутизм, при этом удельный вес данной нозологии увеличился с 7,1% в 2014 г. до 12,6% в 2016 г., уровень не превышает показатели по России. По данным литературы, заболеваемость детей аутизмом увеличивается как в России, так и во всем мире [2, 3].

В структуре первичной инвалидности детей вследствие психических расстройств сельские жители в 2014 г. составляли – 63,0%, в 2015 г. – 62,2%, в 2016 г. – 58,2%. В динамике отмечается снижение удельного веса сельских жителей и увеличение городских жителей.

Таким образом, показатели первичной детской инвалидности вследствие психических расстройств в крае имеют тенденцию к снижению. Наиболее высокие показатели уровня первичной инвалидности вследствие психических расстройств в 2014-2015 гг. наблюдались в возрастной группе 8-14 лет, в 2016 г. – в возрастной группе 4-7 лет. Наименьшие значения анализируемого показателя отмечались среди детей в возрасте 0-3 года и старше 15 лет. На протяжении всего анализируемого периода мальчики в два раза чаще признавались инвалидами, чем девочки. В нозологической структуре первичной инвалидности детей вследствие психической патологии первое место занимает умственная отсталость, второе – нарушения психологического развития, третье место – детский аутизм.

Литература:

1. Основные показатели первичной инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2015 году (под ред. Л.П. Гришиной). – 2016. – 370 с.
2. Филиппова, Н.В. Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему//Социальная и клиническая психиатрия// Н.В. Филиппова, Ю.Б. Барыльник. – 2014. – Т. 24, №3. – С. 96-101.
3. Аутизм в России. Акция Социальный заказ «Статистика 2010–2011». <http://www.autisminrussia.ru/html/action/action-stat-2010>.

УДК 311.312

Перминов В.А.

КРАТКИЙ СТАТИСТИЧЕСКИЙ ОБЗОР УРОВНЯ ИНВАЛИДИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России, г.Томск

Perminov V.A.

A BRIEF STATISTICAL OVERVIEW OF THE LEVEL OF DISABILITY OF THE POPULATION OF TOMSK REGION

FGI «CB MSE on the Tomsk area» of Mintrud of Russia, Tomsk

Ключевые слова: инвалидизация, статистическое исследование, уровень, структура инвалидности.

Key words: disablement, statistical research, level, structure of disability.

Аннотация. Полученные статистические данные позволяют изучить тенденции уровня инвалидизации населения в Томской области с целью принятия обоснованных решений в социальной политике.

Abstract. The statistical data allow us to examine trends in the level of disability of the population in Tomsk region with the purpose of informed decision-making in social policy.

Приоритеты государственной политики в сфере поддержки инвалидов определены в Государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы [1]. Формирование государственной политики в сфере социальной защиты населения во многом обусловлено региональной дифференциацией изменения численности инвалидов [3].

Цель исследования. Изучение статистического уровня инвалидизации населения на территории Томской области за период 2012 - 2016 гг.

Материалы и методы. Исследование сплошное. Использовался метод статистического анализа. Единица наблюдения: лица, признанные инвалидами. Период наблюдения 2012 – 2016 гг. Анализ статистических сборников ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России, ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, государственных форм статистического наблюдения №7-собес за 2012-2016 гг.

Результаты. По данным Пенсионного фонда в Российской Федерации по состоянию на 01.01.2016 года насчитывается 12418 тыс. инвалидов, что составляет 9,2% от всего населения страны [2]. Ежегодно за период с 2010-2015гг. наблюдается снижение численности людей с инвалидностью в среднем на 0,6% [2]. В Томской области по состоянию на 01.01.2017 г. пенсию по инвалидности получают 58502 чел. или 5,4% от населения области, что на 3291 чел. или на 5,3% меньше, чем в 2012 г., причем отрицательная динамика наблюдается по всем группам инвалидности, кроме третьей.

Численность детей-инвалидов за последние 5 лет в Томской области наоборот увеличилась на 263 чел. или на 7,3%. Количество детей-инвалидов по области на 01.01.2017г. составляет 3569 чел. или 1,6% от детского населения (по РФ 1,5%). В 2016 г. на 1000 чел. приходилось 54,3 инвалида, в то время как в 2012 г. их число составляло инвалида 58,4 (табл. 1).

Таблица 1.

Динамика численности инвалидов, состоящих на учете в региональном отделении Пенсионного фонда Российской Федерации (чел.)

Показатель	2012		2013		Год 2014		2015		2016	
		%		%		%		%		%
Всего инвалидов	61793	100	62315	100	62286	100	61990	100	58502	100
В том числе: I группы	8310	13,4	8090	13,0	7871	12,6	6389	10,3	7402	12,7
II группы	26541	43,0	26359	42,3	26013	41,8	25391	41	22599	38,6
III группы	23636	38,3	24930	40,0	25124	40,3	26785	43,2	24932	42,6
Дети-инвалиды	3306	5,3	2936	4,7	3278	5,3	3425	5,5	3569	6,1
Численность инвалидов на 1000 чел. населения	58,4		58,5		58,2		57,7		54,3	

В возрастной структуре инвалидов Томской области изменений за последние 5 лет не наблюдается – наибольший удельный вес занимают лица пенсионного возраста, на долю которых по состоянию на 01.01.2017г. приходится 60,7% (по РФ - 51%). Удельный вес инвалидов трудоспособного возраста составил 33,2% (по РФ - 44,6%) и соответственно детей в возрасте до 18 лет - 6,1% (по РФ - 4,4%).

Начиная с 2007 г. происходит снижение количества граждан, обратившихся в бюро МСЭ с 25455 до 15200 чел. (в 1,7 раза). С 2012 по 2016 гг. количество обратившихся снизилось с 18990 до 15200 чел. в 1,2 раза.

Снизилось количество как первично освидетельствованных граждан - на 21,3%, так и повторно освидетельствованных - на 19,4%. Общее количество граждан, признанных инвалидами также уменьшилось на 11,6%. Из них среди взрослого населения на 13,5%, среди детей на 1,9%.

Причинами отрицательной динамики количества освидетельствованных граждан послужили более жесткие подходы к определению группы инвалидности без срока переосвидетельствования: за последние 5 лет количество таких инвалидов возросло с 25,3 до 30,2% у взрослых и с 13,2 до 29% у детей.

Количество не признанных инвалидами из впервые обратившихся имеет тенденцию к снижению у взрослых с 729 до 400 чел. (с 14,9 до 10,7%), у детей с 102 до 32 чел. (с 23,4 до 7,3%). Не признание инвалидами в основном связано с ранним представлением на освидетельствование, без проведения всего комплекса лечебных и реабилитационных мероприятий.

Кроме того, необходимо отметить существенное сокращение числа лиц, впервые признанных инвалидами, в трудоспособном возрасте. По итогам 2016 г. их число сократилось на 24% по сравнению с 2012 г. Доля таких лиц за рассматриваемый период снизилась с 51,5 до 48,4%.

В структуре первичной инвалидности по группам в 2016 г. по сравнению с 2012 г. отмечается рост удельного веса I группы с 14,3 до 18,6% и снижение удельного веса инвалидов со II группой с 37,9 до 37,8% и III группой с 47,8 до 43,6%. Утяжеление инвалидности у взрослых связано с существенным ростом доли онкологических заболеваний в структуре первичной инвалидности (с 22,8 до 28,8%) и повторной (с 12,0 до 22,3%).

В анализе структуры численности, впервые признанных инвалидами, наибольшая концентрация лиц приходится на инвалидность по причине, связанной с болезнями системы кровообращения и злокачественными новообразованиями. Однако если в 2016 г. по сравнению с 2012 г. вследствие злокачественных новообразований доля таких лиц увеличилась с 22,8 до 28,8%, то по причине болезней системы кровообращения, наоборот снизилась с 25,5 до 23,3%. Данная тенденция прослеживается и по Российской Федерации в целом [4]. Далее по итогам 2016 г. следуют психические расстройства с долей 8,5% (в 2012 г. - 6,1%), болезнью костно-мышечной системы с долей 6,5% (в 2012 г. - 8,3%).

Основными причинами инвалидизирующих заболеваний у детей являются психические расстройства, врожденные аномалии развития (ВАР) и болезни эндокринной системы, на долю которых в 2016 г. приходилось 35,7-13,9-12,7% соответственно. Удельный вес детей с болезнями нервной системы составил 10,8%.

Показатель уровня первичной инвалидности (ПИ) взрослого и детского населения Томской области, как и в целом по стране, имеет тенденцию к снижению и всегда ниже среднестатистических показателей по

Российской Федерации и Сибирскому федеральному округу (СФО).

Если в 2012 г. Томская область по уровню ПИ взрослого населения имела показатель 53,0 на 10 тыс. взрослого населения, то в 2016 г. он составил 42,6 на 10 тыс. (по РФ 56,7) (табл. 2).

Таблица 2.

Динамика уровня первичной инвалидности на 10 000 чел.

	Взрослое население					Детское население				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Томская область	53,0	53,1	50,5	46,5	42,6	18,4	20,7	19,8	16,6	20,6
СФО	69,0	63,4	62,7	59,4	59,0	25,5	24,1	25,0	23,1	24,3
РФ	67,3	64,8	62,7	58,9	56,7	26,9	26,3	26,6	24,6	25,2

Снижение уровня первичной инвалидности отчасти объясняется снижением количеством обратившихся за государственной услугой, улучшением качества лечебно-профилактической работы, расширению объемов оказания и доступности высокотехнологичной помощи. По итогам 2016 г. практически все инвалиды, находящиеся под наблюдением, охвачены комплексными медицинскими осмотрами.

Тем не менее, за анализируемые пять лет показатель полной реабилитации у взрослых инвалидов снизился с 8,8% до 6,2%, частичной реабилитации снизился с 22,5% до 10,4%. У детей-инвалидов показатель полной реабилитации снизился с 6,5% до 0,9%. Причинами снижения показателей реабилитации послужили: усиление тяжести заболеваний приведшие к инвалидности (показатель утяжеления возрос с 9,4% до 11,4%); существующие проблемы с получением полного комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий в отдаленных районах области; отсутствие в регионе комплексных реабилитационных центров для инвалидов; изменения в подходах к установлению инвалидности у детей.

Закключение. Полученные результаты могут служить ориентиром в части принятия стратегических решений в области формирования социальной политики в регионе.

Список литературы

- Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы. Утверждена Постановлением Правительства РФ от 01.12.2015 №1237 (ред. от 25.05.2016).
- Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики Росстат. URL: <http://www.gks.ru> (дата обращения 15.08.2017).
- Григорьева А.Г., Лебедева М.О. Некоторые аспекты государственной политики в сфере занятости и трудоустройства инвалидов // Естественно-гуманитарные исследования. 2016. № 12(2). С. 70-73.
- Пузин С.Н., Шургая М.А., Богова О.Т., Потапов В.Н., Чандерли С.А, Балека Л.Ю. и др. Медико-социальные аспекты здоровья населения. Современные подходы к профилактике социально-значимых заболеваний. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2013; 3: 4-9.

УДК: 616-036.86

Копыток А.В., Луцинская С.И.

СОСТОЯНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

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

Капыток А.В., Lushchinskaya S. I.

SITUATION OF DISABILITY IN THE REPUBLIC OF BELARUS

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

Ключевые слова. Инвалидность, тяжесть инвалидности, нозологическая структура.

Keywords. Disability, severity of disability, nosological structure.

Аннотация. Инвалидность населения Республики Беларусь в 2016 г. характеризовалась увеличением накопленного контингента инвалидов, ростом первичного выхода на инвалидность детского населения, снижением первичного выхода на инвалидность среди взрослого и трудоспособного населения, уменьшением тяжести первичной инвалидности среди лиц трудоспособного возраста и детского населения.

Abstract. Disability of the population of the Republic of Belarus in 2016, was characterized by an increase of accumulated groups of persons with disabilities, the growth of the primary disability of the child population, a decrease of primary disability

among the adult and working population, reduce the severity of primary disability among people of working age and child population.

Введение. Инвалидность является важной медико-социальной проблемой, которая требует постоянного изучения и внимания специалистов. В Республике Беларусь и во всем мире наблюдается неуклонный рост числа инвалидов. Мероприятия по улучшению условий жизни, медицинскому обслуживанию, профессиональной подготовке инвалидов, социальной реабилитации, проводимые в рамках государственных программ, не решают всего комплекса социальных, экономических, медицинских проблем. В последние годы отмечается тенденция к увеличению численности инвалидов. Вышеизложенное свидетельствует о необходимости проведения комплексной профилактики инвалидности и совершенствование системы реабилитации, которые должны осуществляться с учетом состояния и динамики инвалидности, структуры контингента инвалидов.

Цель: изучить показатели инвалидности населения Республики Беларусь в 2016 г.

Материалы и методы. Объектом исследования являлась инвалидность населения республики. При проведении исследования анализировались данные Республиканской информационно-аналитической системы по медицинской экспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь (РИАС МЭРИ), функционирующей в ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации». При расчете интенсивных показателей использовались данные Национального статистического комитета Республики Беларусь о численности и возрастной структуре населения.

Результаты исследования. По состоянию на 31.12.2016 г. на учете в органах по труду, занятости и социальной защите состояло 554,9 тыс. инвалидов, в том числе: 1 группы – 86,5 тыс. чел., 2 группы – 266,4 тыс. чел., 3 группы – 172,4 тыс. чел, дети-инвалиды в возрасте до 18 лет – 29,6 тыс. чел. По сравнению с 2015 г. число инвалидов выросло на 5,4 тыс. чел. (549,5 тыс. чел.). Уровень накопленной инвалидности в 2016 г. составил 579,6 на 10 тыс. населения, что выше уровня предыдущего года (566,1 на 10 тыс. населения) на 2,4%.

Медико-реабилитационными экспертными комиссиями Республики Беларусь в 2016 году впервые признано инвалидами 58 271 человек, из них 54 450 человек – в возрасте 18 лет и старше, 19 947 человек – в трудоспособном возрасте, 3 821 человек – до 18 лет.

Уровень первичной инвалидности (ПИ) населения республики в целом за 2016 г. по сравнению с 2015 г. снизился на 3,5% (с 63,65 на 10 тыс. населения в 2015 году до 61,41 на 10 тыс. населения в 2016 году), в т.ч. среди взрослого населения – на 3,7% (с 73,57 на 10 тыс. населения в возрасте 18 лет и старше в 2015 году до 70,87 в 2016 году), среди трудоспособного населения – на 3,7% (с 38,74 на 10 тыс. трудоспособного населения в 2015 г. до 37,29 на 10 тыс. населения в 2016 г.). Среди детского населения уровень ПИ вырос на 2,5% (с 20,64 на 10 тыс. детского населения в 2015 г. до 21,15 на 10 тыс. населения в 2016 г.).

В нозологической структуре ПИ взрослого населения традиционно лидировали следующие классы болезней: болезни системы кровообращения (43,0%), новообразования (24,3%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (7,6%), психические расстройства (5,0%), болезни нервной системы (4,3%), травмы (4,1%).

В нозологической структуре первичной детской инвалидности, преобладающими за 2016 г. являлись врожденные аномалии (25,3%), болезни нервной системы (16,8%), психические расстройства (16,6%), болезни эндокринной системы (11,4%), новообразования (8,5%).

Тяжесть ПИ населения трудоспособного возраста (суммарный удельный вес I и II групп инвалидности) снизилась с 48,6% за 2015 г. до 47,6% за 2016 г., первичной детской инвалидности (суммарный удельный вес детей-инвалидов с 3-й и 4-й СУЗ) – с 39,5% в 2015 г. до 36,7% в 2016 г.

Выводы. Анализ инвалидности в Республике Беларусь показал, что в 2016 г. увеличился уровень накопленной инвалидности на 2,4% и уровень ПИ детского населения на 2,5%; уровень ПИ всего населения снизился на 3,5%, в том числе среди взрослого и трудоспособного населения – на 3,7%. Зарегистрировано уменьшение тяжести ПИ среди лиц трудоспособного возраста и детского населения.

УДК 616-036.86+342.72/.73

Ломоносова О.В.^{1,2,3}, Владимировна О.Н.³, Кароль Е.В.^{1,2}**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МСЭ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ**¹ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия²ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия³ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург, РоссияLomonosova O. V.^{1,2,3}, Vladimirova O. N.³, Karol E. V.^{1,2}**TOPICAL ISSUES OF THE MEDICO-SOCIAL EXAMINATION AND REHABILITATION OF THE DISABLED WORKING AGE WITH CEREBROVASCULAR DISEASE IN SAINT-PETERSBURG**¹FSI "General Bureau of medical-social expertise of St. Petersburg" the Ministry of labor of Russia, Saint-Petersburg, Russia²GBOU VPO "Northwestern state medical University n. a. I. I. Mechnikov" Saint-Petersburg, Russia³The Federal State Budgetary Institution «Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, Saint-Petersburg, Russia**Ключевые слова:** цереброваскулярные болезни; инвалидность; реабилитация; трудоспособный, пенсионный возраст.**Key words:** cerebrovascular disease; disability; rehabilitation; work, retirement age.**Аннотация.** Рассмотрены показатели динамики первичной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней (далее-ЦВБ) в Санкт-Петербурге по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы в 2004-2016 гг. Проведен экспертно-реабилитационный анализ структуры инвалидности в трудоспособном возрасте в сравнении с аналогичными показателями в пенсионном возрасте. Установлена динамика, отражающая эффективность проводимых лечебных, реабилитационных мероприятий на современном этапе, повышение реабилитационного потенциала у лиц трудоспособного возраста.

Сделан вывод о целесообразности дальнейшего изучения потребностей данной категории инвалидов в реабилитационных мероприятиях, развития межведомственного взаимодействия в условиях совершенствования нормативно-правового регулирования в сфере реабилитации инвалидов.

Abstract. Examines indicators of dynamics of primary disability due to cerebrovascular diseases (hereinafter-TSVB) in Saint-Petersburg according to the Main Bureau mediko-social examination in the years 2004-2016 expert rehabilitation analysis of the structure of disability in the working age in comparison with similar indicators of retirement age. Installed dynamics, reflecting the efficacy of therapeutic rehabilitation measures at the present stage, improving the rehabilitation potential of persons of working age.

The conclusion is made on expediency of the further study of the needs of this category of disabled persons in rehabilitation activities, development of interagency cooperation in terms of improvement of normative-legal regulation in the sphere of rehabilitation of persons with disabilities.

Материалы и методы. Данные формы государственной статистической отчетности (формы 7-собес) о результатах первичного освидетельствования граждан старше 18 лет в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) Санкт-Петербурга, а также сведения о заболеваемости по данным Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга. Методы исследования: ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез. Рассчитывались показатели уровня первичной инвалидности на 10000 населения и структуры инвалидности, в зависимости от возраста, группы инвалидности.**Результаты и обсуждение.** В 2004г. ВОЗ объявила инсульт глобальной эпидемией, угрожающей жизни и здоровью населения всего мира. В последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты встречаемости инсультов у лиц молодого возраста. За последние несколько лет третью часть от общего числа больных с нарушениями мозгового кровообращения составили лица в возрасте до 50 лет. Частота инсультов у лиц не старше 40-45 лет составляет в среднем 25 на 100 тыс. населения в год.

По Санкт-Петербургу показатель общей заболеваемости вследствие ЦВБ увеличился с 6,44 на 10 000 населения в 2004г. до 8,18 в 2016г., а первичная заболеваемость в данный период увеличилась в 2 раза с 0,3 на 10 000 населения в 2004г до 0,6 в 2016г. соответственно.

Всего в учреждения медико-социальной экспертизы Санкт-Петербурга впервые обращались с целью получения государственной услуги по МСЭ 97,805 тыс. больных с ЦВБ, из них 90,823 тыс. пациентам – установлена инвалидность.

При этом абсолютная численность граждан, направленных на МСЭ по последствиям ЦВБ снизилась в 2,6 раза в 2016г. (3,851 тыс. чел.) по отношению к 2004г. (10,058 тыс. чел.)

Вместе с тем, за этот период почти в 8 раз возросло число непризнанных инвалидами граждан, страдающих цереброваскулярной патологией с 2,1% в 2004г. до 16,6% в 2016г. На наш взгляд это обусловлено, в ряде случаев, незавершенностью проведения лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятий

у данной категории граждан, а также недостаточностью единых подходов у специалистов медицинских организаций и бюро медико-социальной экспертизы в условиях непрерывно меняющегося законодательства

Тем не менее, удельный вес впервые признанных инвалидами вследствие ЦВБ в структуре первичной инвалидности зарегистрирован от 17,9% в 2007г до 13,9% в - 2008г., в среднем - 15,8, что составляет значительную, а именно-1/6 часть от общего количества впервые признанных инвалидами за исследуемый период.

Однако, анализ показателей первичной инвалидности вследствие ЦВБ, в целом, свидетельствует о снижении ВПИ по всем возрастным группам за 13 летний период. Так, у лиц трудоспособного возраста этот показатель снизился в 1,7 раза к 2016 году по сравнению с аналогичным показателем 2004г. с незначительными подъемами в 2008, 2012 и 2015гг. При этом темп снижения данного показателя у лиц трудоспособного возраста более чем в 2 раза выше, чем в пенсионном возрасте.

Вместе с тем, в возрастной структуре ВПИ вследствие ЦВБ за исследуемый период наблюдается значимое увеличение доли лиц трудоспособного возраста с 19,3% в 2004 г. до 35,3% в 2016г.

Доля ВПИ третьей группы среди лиц трудоспособного возраста в 2016г. составила 60,3 %, что почти в 1,5 превышает данный показатель в 2004г. (41,2%) и в 1,6 раза больше аналогичного показателя среди лиц старше трудоспособного возраста (36,9%).

Процентное соотношение инвалидов первой группы у лиц молодого возраста за период с 2004г. по 2016г. сократилось в 1,9 раза с 12,3 % в 2004г. до 6,5% в 2016г. Тогда как у лиц старше трудоспособного возраста этот показатель увеличился более чем в 2 раза с 9,2 % в 2004г. до 21, 3% в 2016г.

Заключение. Проведенный анализ показал, что за период 2004-2016гг., несмотря на увеличение первичной и общей заболеваемости при ЦВБ в Санкт-Петербурге, уровень ВПИ вследствие ЦВБ неуклонно снижается, при этом наблюдается рост доли граждан, непризнанных инвалидами при первичном освидетельствовании.

Из года в год значительно увеличивается доля граждан трудоспособного возраста в общей структуре ВПИ вследствие ЦВБ.

Снижается количество граждан, признанных инвалидами первой группы и отмечается значимое повышение доли инвалидов третьей группы в трудоспособном возрасте.

Данная динамика отражает эффективность проводимых лечебных, реабилитационных мероприятий на современном этапе, повышение реабилитационного потенциала у лиц трудоспособного возраста данной категории.

Проведенная оценка медико-социальных показателей ВПИ вследствие ЦВБ среди лиц трудоспособного возраста может служить объективной основой для определения потребностей данной категории инвалидов в мерах социальной защиты и помощи, реабилитационных мероприятиях, включая мероприятия по медицинской, профессиональной реабилитации, выработки единых подходов к направлению граждан на медико-социальную экспертизу в рамках межведомственного взаимодействия, в том числе с медицинскими организациями в условиях дальнейшего развития и совершенствования нормативно-правового регулирования в сфере медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

УДК 617.7-089.87

Разумовская А.М.¹, Разумовский М.И.², Кожушко Л.А.², Коровянский Ю.А.², Арынова А.А.³.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ С МОНОКУЛЯРНЫМ ЗРЕНИЕМ И АНОФТАЛЬМОМ

¹ ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, Санкт-Петербург

² ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург

³ ФКУ ГБ МСЭ по Белгородской области Минтруда России, Белгород

Razumovskiy M.I.¹, Kozhushko L.A.¹, Razumovskaya A.M.², Korovyanskiy YU.A.¹, Arynova A.A.³.

QUALITY OF THE LIFE OF THE PERSONS WITH THE MONOCULAR SIGHT AND THE ANOPHTHALMUS

¹ St. Petersburg Institute of the Improvement of the Doctor- Experts, St. Petersburg

² Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

³ Main Bureau of the Medico- Social Examination on Belgorod region

Ключевые слова: Качество жизни, монокулярное зрение, анофтальм

Keywords: Quality of life, monocular sight, the anophthalmus.

Аннотация. Анализ имеющегося банка данных состоящего из 286 пациентов выявил снижение социально-бытового и социально-средового статуса большинства (69,1%) обследованных больных. В некоторых случаях обследование показало, что наличие сопутствующих заболеваний не удовлетворит материальное положение в некоторых случаях отсутствие семьи или неблагоприятные семейные отношения, отрицательно влияет на качество жизни этой категории лиц.

Abstract. The analysis of the existing data bank of that consisting of 286 the patients revealed reduction in social-welfare and social- environmental status of the majority (69,1%) of the inspected patients. Inspection in certain cases showed that the presence of the associated diseases will not satisfy material position in certain cases the absence of family or unfavorable family relations, adversely it affects the quality of the life of this category of the persons.

Проблема оценки качества жизни лиц с монокулярным зрением и анофтальмом в настоящее время представляется актуальной в связи с ростом более усложняющихся условий трудовой деятельности и возрастающей напряженностью зрительного труда [1]. Монокулярное зрение и особенно сопровождающееся потерей глаза является тяжелой психологической и физической травмой. В этом случае значительно осложняется возможность адаптационного процесса человека, ограничивается возможность выбора профессиональной деятельности, часто утрачиваются ранее приобретенные профессиональные навыки.

Как показали наши исследования, такие больные зачастую замыкаются в себе, предъявляют много жалоб носящих навязчивый характер. Зачастую эти явления возникают в связи с формированием невротического состояния и приводят к необходимости лечения у специалистов. В большинстве случаев положительную роль в компенсации невротического состояния играет своевременное протезирование орбиты. Однако глазное протезирование до настоящего времени требовало значительного совершенствования, дающего возможность максимального восстановления косметических свойств и соответствия в этом отношении с парным глазом [2,3].

Анализ имеющегося банка данных состоящего из 286 пациентов выявил снижение социально-бытового и социально-средового статуса большинства (69,1%) обследованных больных. Кроме того, обследование показало, что наличие сопутствующих заболеваний не удовлетворит материальное положение в некоторых случаях отсутствие семьи или неблагоприятные семейные отношения. У ряда больных произошла утрата профессиональных навыков или невозможность трудового устройства в ранее осуществляемую профессиональную деятельность. В ряде случаев зафиксировано нерациональное трудовое устройство. Все эти факторы отрицательно влияли на качество жизни этой категории больных [4,5]. Кроме того, сбор данных для оценки качества жизни при интервьюировании больных основан на субъективной оценке содержательной анкеты – опросника, однако, медико-социальный статус этих больных может отражаться на объективной составляющей заключения оценки качества жизни. В связи с изложенным требуется в каждом конкретном случае сопоставление субъективной оценки с данными определения клинико-функционального состояния парного глаза, характеристики хирургического вмешательства, анализа психологического состояния и степени компенсации монокулярного зрения на состояние различных категорий жизнедеятельности [6].

Все вышеизложенные факторы должны в конечном итоге определять потребность в профессиональном тестировании, рациональном трудовом устройстве, профессиональной адаптации и в профиле выбранной доступной профессии.

Список литературы

1. Разумовский М.И. Кожушко Л.А., Колюка О.Е., Гашина О.В., Гордиевская Е.О., Суворова Т.К., Кузьмина И.Е. Качество жизни лиц перенесших офтальмопротезирование. Методическое пособие. СПб., Изд. «Знак». 2012. 67с.
2. Вериго Е.Н., Харлампики М.П., Пряхина И.А., Лаврентьева Н.В. Нормативно-правовые аспекты глазопротезирования. Офтальмология. М. Т. 8. № 3, 2011. С.70-73;
3. Гундорова Р.А., Вериго Е.Н., Садовская Е.П., Харлампики М.П. Вопросы эпидемиологии и реабилитации лиц с анофтальмом на территории РФ. Вестн. офтальмол. №3, 2007. С.42-43.
4. Филатова И.А., Харлампики М.П. Анализ причин, снижающих качество косметического глазного протезирования Сб. науч. работ М. 2002. С. 90-92.
5. Катаев М.Г., Филатова И.А., Харлампики М.П. Анатомические особенности орбитальной области и косметический эффект после энуклеации. Восстановительное лечение при последствиях особо тяжелых повреждений органа зрения, полученных в чрезвычайных ситуациях: Сб.науч.работ. М., 2002. С.94-97.
6. Филатова И.А., Особенности протезирования при современной имплантации Восстановительное лечение при последствиях особо тяжелых повреждений органа зрения, полученных в чрезвычайных ситуациях. Сб. науч. работ. М. 2002. - С. 90-92.

УДК 616-08-039.76 (07)

Разумовская М.Е., Коровянский Ю.А., Разумовский М.И.

РОЛЬ КОНСУЛЬТАТИВНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург*

Razumovskaya M.E., Korovyanskiy YU.A., Razumovskiy M.I.

ROLE OF CONSULTATIVE POLYCLINICAL DEPARTMENT IN THE CONDUCTING BY MEDICO- SOCIAL THE REHABILITATION OF PATIENTS AND INVALIDS*Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg*

Ключевые слова: медико-социальная реабилитация, инвалиды

*Keywords: medico-social rehabilitation, invalids**Аннотация. В тезисах обсуждается форма, результаты и вопросы перспективного планирования медико-социальной реабилитации в условиях консультативно-поликлинического отделения ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта.**Abstract. In the theses is discussed the form, results and questions of long-range planning of medico-social rehabilitation under the conditions of the consultative-polyclinical department St. Petersburg Scientific and Practical Center of Medical-Social Expertise, Prosthetics and Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St..*

В настоящее время на базе ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта функционирует единая система организации восстановительного лечения инвалидов и больных в прединвалидном состоянии.

Ежегодно в консультативно-поликлиническое отделение обращается свыше 7000 больных и инвалидов, страдающих заболеваниями различных органов и систем организма [1].

В связи с распространенностью, а также со спецификой и сложностью диагностических, лечебных, психологических и социальных аспектов проблема инвалидности и своевременная консультативная помощь этой категории лиц является одной из важных в деятельности ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта [2].

Это объясняется следующими обстоятельствами:

Инвалидность наступает как следствие патологического состояния и стойких нарушений функций жизненно важных систем организма. Однако ранняя реабилитационно-экспертная диагностика и целенаправленные лечебно-восстановительные мероприятия в клинических подразделениях центра во многих случаях создают возможность частичной или полной компенсации нарушенных функций, и в конечном итоге, большинство пациентов могут быть приобщены к профессиональной трудовой деятельности [3].

Успехи современной медицинской науки выдвинули на передний план многие вопросы, требующие объяснения и решения не только в клиническом, но и в социальном аспектах.

Кроме того, следует отметить, что многие стороны современной хирургии и фармакотерапевтического воздействия недостаточно отразились в профилактике и структуре инвалидности. Так, во многих случаях направления на МСЭ и рекомендации по формированию ИПРА, направляемых пациентов, не имеют окончательного обоснования состояния трудоспособности и нуждаемости в восстановительном лечении без достаточного учета современных возможностей медицинской практики [4,5]. Во многих случаях было отмечено, что образовался разрыв между современными достижениями клинической медицины и новыми видами лекарственных средств. Такое положение объясняется отсутствием четкой логистики и тесной взаимосвязи между комплексным решением вопросов восстановительного лечения, медико-социальной экспертизой и качественным рациональным трудовым устройством.

В значительной мере этому должно способствовать внедрение цифровых технологий, взаимодействие различных сфер деятельности в медико-социальной службе в целом. Этим вопросам в последние годы уделяется большое внимание при планировании и осуществлении реабилитационных мероприятий ФГБУ СПб НЦЭПР.

Не менее важным является проблема создания на базе консультативно-поликлинического отделения дневного стационара, на основе которого могли бы быть проведены эффективные реабилитационные мероприятия под руководством ведущих специалистов центра, а также необходимая экспертно-реабилитационная диагностика как в практическом, так и в научном аспектах.

Список литературы

1. Разумовская А.М. Социально-трудовая реабилитация больных пожилого возраста вследствие сосудистых заболеваний органа зрения. Медицинский альманах № 1 (46) март, 2017. С.74-77.
2. Разумовский М.И. Коровянский Ю.А., Разумовская А.М. Организация работы офтальмологического отделения для комплексной реабилитации инвалидов по зрению, подготовка к трудовой деятельности с последующим рациональным трудоустройством

- Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов XVIII Российский национальный конгресс Человек и его здоровье.- № 4 (54) 2013.- С. 120-121.
3. Разумовский М.И., Разумовская А.М. Основы социальной реабилитации инвалидов с сосудистыми заболеваниями органа зрения. Монография. СПб. Изд-во Аркуш, 2012г. -74 с.
 4. Разумовский М.И., Разумовская М.Е.. Особенности реабилитационного процесса при офтальмоколлагенозах. Материалы VI Российского национального конгресса «Человек и его здоровье». Международный конгресс.-СПб, 2001г.- С.-209.
 5. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации под ред. Помникова В.Г., Коробова М.В. изд. Гиппократ, 2017-1152 с.

УДК 930.24

Соколов В.А., Кабанов П. А.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ СОЗДАНИЯ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ГОДЫ ВТОРОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ.

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург.

Sokolov V.A., Kabanov P.A.

THE FIRST EXPERIENCE OF CREATING A SYSTEM OF REHABILITATION ACTIVITIES DURING THE SECOND WORLD WAR.

Federal State Budget Military Educational Institution of Higher Professional Education "Military Medical Academy named after S.M. Kirov" of the Ministry of Defense of the Russian Federation, St. Petersburg.

Ключевые слова: Вторая мировая война, военная медицина, ожоги и их последствия, ожоговое отделение, восстановительная хирургия ожогов, психологическая реабилитация, системный подход к реабилитации.

Key words: World War II, military medicine, burns and their consequences, burn department, reconstructive surgery of burns, psychological rehabilitation, systematic approach to rehabilitation.

Аннотация: На основании анализа научных публикаций собран материал о создании и работе одного из первых специализированных отделений для лечения ожогов и их последствий в структуре медицинских учреждений английских Военно-воздушных сил в годы Второй мировой войны. Приведены наиболее значимые факторы, которые способствовали успешному решению проблем, возникавших в ходе лечебного процесса. Подчеркнута значимость, которую начальник отделения придавал не только совершенствованию методов хирургического лечения ожогов и их последствий, но разработке и внедрению системы реабилитационных мероприятий для выздоравливающих. Организационные мероприятия в самом отделении, доброжелательное отношение медицинского персонала к раненым, личные контакты с командованием английской военной авиации и руководителями авиационной промышленности, поддержка местного гражданского населения - оказали позитивное влияние на скорейшее восстановление обожженных летчиков и возвращение их в строй.

Abstract: Based on the analysis of scientific publications, material was collected on the creation and operation of one of the first specialized departments for the treatment of burns and their consequences in the structure of medical institutions of the British Air Force during the Second World War. The most significant factors that contributed to the successful solution of problems arising during the treatment process are given. The importance emphasized by the head of the department not only improved the methods of surgical treatment of burns and their consequences, but also the development and implementation of a system of rehabilitation measures for convalescents. Organizational activities in the department itself, the friendly attitude of the medical personnel to the wounded, personal contacts with the command of the British military aviation and the leaders of the aviation industry, and support of the local civilian population had a positive impact on the speedy restoration of burnt pilots and their return to service.

В конце 1930-х годов, командование Королевских военно-воздушных сил Великобритании (RAF) полагало, что в военное время необходимо будет оказывать медицинскую помощь и лечить большое число летчиков с крайне тяжелым видом боевой травмы – ожогами. Для этого в были развернуты четыре специальных отделения в окрестностях Лондона – одно из них в The Queen Victoria Hospital, East Grinstead. Вокруг зданий госпиталя были возведены армейские деревянные бараки, рассчитанные на размещение 120 раненых с различной этиологией травм. В одном из них развернули отделение для лечения обожженных авиаторов. В близости от него оборудовали помещение для солевых ванн, 3 комнаты для отдыха, физиотерапевтический кабинет и блок трудотерапии. С 4 сентября 1939 года работу специализированного отделения пластической хирургии возглавил Archibald Hector McIndoe (1900-1960).

Понимая, что успех лечения обожженных будет зависеть не только от решения сложнейших вопросов связанных с оперативным восстановлением кожного покрова, но и последующей физической и психологической реабилитацией, начальник отделения большое значение уделял решению организационных вопросов. Все зеркала во всех помещениях были сняты и запрещена их повторная установка. Это оберегало больных от негативных эмоций, которые возникали у человека, когда он видел обезображенное рубцами лицо, кисти и другие участки своего тела. Чтобы поднять моральный дух молодых мужчин и стимулировать их тягу к жизни, предпочтение во время набора на работу отдавалось молодым незамужним девушкам с привлекательной внешностью. Начальник отделения терпимо относился к употреблению алкоголя пациентами. Он распорядился установить в палатах бочки с пивом! Свое решение он аргументировал не только необходимостью дать больным расслабиться после болезненных манипуляций, но и тем, что организм обожженного

нуждается в постоянном восполнении жидкости. Последнюю он теряет через обширные раневые поверхности в местах локализации ран. Пусть совмещают приятное с полезным! С целью повышения эффективности психологической реабилитации врач и сам нередко присоединялся к летчикам с бокалом пива и, к их всеобщему удовольствию, играл на рояле. В то же время, для мотивации соблюдения дисциплины среди пациентов, были разработаны и дополнительные поощрительные меры. Выздоровливающие военнослужащие, не имеющие замечаний медицинского персонала, имели право на выход в город и ношение военной формы одежды. А. McIndoe провел разъяснительную работу с местными жителями и поощрял стремление семей пригласить летчиков в гости, чтобы они смогли некоторое время пожить в семейной атмосфере. Некоторые городские жители за счет своих личных сбережений приобретали для пациентов продукты и средства гигиены. Прекрасно летчика определяли чиновники. А. McIndoe смог убедить командование RAF и руководство Министерства авиационной промышленности не производить преждевременного увольнения людей не только с летной работы, но и с военной службы. Более того, им, в зависимости от состояния здоровья, вновь предоставляли возможность летать или проходить службу на наземных должностях. При этом люди пользовались всеми льготами, предусмотренными законом и получали соответствующее занимаемой должности денежное довольствие. Но были случаи, когда начальник отделения личными средствами помогал своим пациентам начать новую гражданскую жизнь.

В знак признания выдающихся заслуг врача в лечении обожженных в годы войны в 1947 году А. McIndoe был присвоен дворянский титул.

УДК 59.084+59.089+616.72-007.248+616.316.5+615.036.8

Галкина О.П., Каладзе Н.Н.

ВЛИЯНИЕ АППЛИКАЦИЙ ПЕЛОИДА САКСКОГО МЕСТОРОЖДЕНИЯ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

*ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь*

Galkina O.P., Kaladze N.N.

THE INFLUENCE OF APPLICATIONS OF PELOID FROM SAKY'S DEPOSIT ON THE STRUCTURAL AND FUNCTIONAL STATE OF PAROTID SALIVARY GLANDS

*FSAEI HE "Crimean Federal University named after Vernadskiy"
Medical Academy named after S.I. Georgievsky, Simferopol*

*Ключевые слова: адьювантный артрит, околоушная железа, лечение, морфология.
Keywords: adjuvant arthritis, parotid gland, treatment, morphology.*

Аннотация

В работе представлены результаты гистологического исследования околоушных слюнных желез лабораторных крыс с адьювантным артритом после проведения курса аппликаций пелоида Сакского месторождения. В препаратах отмечалось уменьшение отека междольковой соединительной ткани и пролиферативные процессы в эпителии протоков. Проведенные исследования обосновывают клиническое использование пелоида Сакского месторождения.

Annotation

The results of a histological study of the parotid salivary glands of laboratory rats with adjuvant arthritis after the course of the pelican application of the Saky's deposit are presented. In the preparations there was a decrease of the edema of the interlobular connective tissue and proliferative processes in the duct epithelium. The conducted studies substantiate the clinical use of the Saky's deposit peloids.

Введение. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о высоком росте заболеваемости ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА). Данная патология имеет тенденцию к прогрессированию и инвалидизации [1]. Наряду с поражением суставов в патологический процесс у больных ЮРА могут вовлекаться и другие органы и системы, в том числе и слюнные железы [2]. В ранее проведенных нами исследованиях были установлены изменения в околоушных железах (ОЖ) на фоне адьювантного артрита (АА) в виде мукоидного и фибриноидного набухания междольковой соединительной ткани, повышения проницаемости сосудов, формирования воспалительного инфильтрата [3]. Следующая серия работ продемонстрировала цитотоксический эффект базового препарата ЮРА метотрексата, приводящего к деструкции экзокриноцитов железы [4]. Полученные результаты актуализировали разработку лечебно-профилактических мероприятий, способствующих нормализации функционального состояния ОЖ при ЮРА.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния аппликаций пелоида Сакского месторождения на структурно-функциональное состояние ОЖ у животных с адьювантным артритом.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 8 лабораторных белых крысах линии «Wistar» с моделью АА, терапией метотрексата и аппликациями пелоида Сакского месторождения в проекции ОЖ.

Возраст животных соответствовал раннему пубертату. АА воспроизводили путем субплантарного введения в заднюю левую лапку животного адьюванта Фрейнда 0,01 мл [5].

Результаты. После окончания курса пелоидотерапии в гистологических препаратах ткани ОЖ отмечалось выраженное уменьшение отека междольковой соединительной ткани. В эпителии внутريدольковых и междольковых протоков регистрировалась пролиферация эпителия с формированием гиперхромных ядер. Данные изменения свидетельствовали о тенденции к восстановлению функциональной способности ОЖ. В то же время, в отдельных препаратах в исчерченных выводных протоках сохранялись застойные явления в виде единичных скоплений секрета.

Заключение. Проведенные исследования обосновывают клиническое использование пелоида Сакского месторождения у больных, страдающих ЮРА, с целью снижению риска развития хронического воспаления и нормализации функционального состояния слюнных желез на раннем этапе их поражения.

Список литературы

- Матвеев Э.Н., Соколовская Т.А., Кураева В.М. Особенности заболеваемости детского населения 0-14 лет Российской Федерации за период 2000-2015 гг. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2017. – № 1. – С.26-43.
- Васильев В.И. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика болезни Шегрена // РМЖ. – 2008. – №10. – С. 638.
- Галкина О.П., Безруков С.Г., Филоненко Т.Г. Морфологические аспекты фтруктурно-функциональных изменений околоушных желез в экспериментальной модели ювенильного ревматоидного артрита // Таврический медико-биологический вестник. – 2014. – Т.17 (№4). – С.13-16.
- Галкина О.П., Безруков С.Г., Каладзе Н.Н., Филоненко Т.Г. Структурно-функциональные изменения околоушных желез под влиянием терапии метотрексатом в экспериментальной модели ювенильного ревматоидного артрита // Таврический медико-биологический вестник. – 2016. – Т.19 (№4). – С.13-17.
- Newbould B.V. Chemotherapy of arthritis induced in rats by mycobacterial adjuvant // Brit. J. Pharmacol. – 1963. – № 21. – P.127–136.

УДК 616.89-008.15

Давыдов А.Т., *Бутко Д.Ю., Жданов Ю.И.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ КОМБАТАНТОВ С БОЕВОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

ФГБУ «СПб НИЦЭПР им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия

*ФГБОУ ВО «СПб ГПМУ» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Davydov A. T., *Butko D. Y., Zhdanov Y. I.

RESULTS OF INTEGRATED TREATMENT AND REHABILITATION OF COMBATANTS WITH COMBAT MENTAL DISORDER

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education SPb State Pediatric Medical University Ministry of Labor of Russia, Saint-Petersburg, Russia

Аннотация:

Приводятся результаты комплексного лечения и реабилитации комбатантов с боевой психической травмой.

Summary:

The article describes results of integrated treatment and rehabilitation of combatants with combat mental disorder.

Ключевые слова: комплексное лечение, реабилитация, комбатант, боевая психическая травма.

Keyword: integrated treatment, rehabilitation, combatant, combat mental disorder.

Актуальность. Актуальность комплексного лечения и реабилитации комбатантов с боевой психической травмой (БПТ) в локальном вооруженном конфликте (ЛВК) вытекает из отличительной особенности характера выполняемых задач и специфического психологического воздействия на военнослужащих [1-3]. Известно, что БПТ может в 3-4 раза увеличивать психическую заболеваемость и в пределах от 10 до 50 % снижать боеспособность военнослужащих [4, 5]. Под БПТ рассматривается патологическое состояние ЦНС донозологического уровня, вызванное боевыми стрессовыми факторами [6-8].

В связи с этим **целью** исследования явилось осуществление комплексного лечения и реабилитации комбатантов с БПТ.

Материалы и методы. В исследовании осуществлено комплексное обследование 1152 военнослужащих, принимавших участие в ЛВК. Были использованы многоуровневый личностный опросник «Адаптивность»; экспресс-методика дезадаптивных нарушений (ДАН); шкалы самооценки Спилбергера и анкета субъективного состояния (АСС). Для оценки эффективности реабилитации были использованы методики: САН (самочувствие, активность и настроение), тесты нервно-психической адаптации (НПА), оценки уровня субъективного контроля (УСК) и субъективной оценки состояния (СОС).

Результаты и их обсуждение. В результате обследования военнослужащих, выведенных из района бо-

евых действий (БД) у 375 человек (32,5 %) были выявлены посттравматические стрессовые психические расстройства в структуре БПТ. Им была оказана медицинская помощь с последующим направлением в медицинские учреждения. Данные лица были включены в группу риска с последующим динамическим врачебным наблюдением. Всем военнослужащим с БПТ была оказана психофармакологическая, медико-психологическая и психокоррекционная помощь на месте постоянной дислокации частей и подразделений в реабилитационных центрах. Были использованы методы индивидуальной и групповой психотерапии, а также психотерапевтические методики «Мобилизация-1» и «Мобилизация-2», разработанные в Военно-медицинской академии [9]. Для выполнения боевых задач в зоне ЛВК при БД назначались феназепам 1 мг в сутки и сиднокарб 10 мг в сутки с высокой эффективностью.

В результате курсового применения методов психофармакотерапии, индивидуальной и групповой психотерапии, апробированных психотерапевтических методик «Мобилизация-1» и «Мобилизация-2» была достигнута нормализация психического состояния у 298 комбатантов (79,5 %) с проявлениями БПТ. Им было проведено комплексное лечение с использованием методов психофармакокоррекции в полевых условиях вне зоны ЛВК. В частности, было осуществлено комплексное лечение препаратами валерианы, пустырника и брома. При сохранении тревоги и депрессии дополнительно назначались афобазол по 20 мг в сутки и грандаксин по 100 мг в сутки утром и вечером.

Осуществление комплексного лечения и реабилитационных мероприятий позволило редуцировать психопатологические симптомы тревоги, астении, вегетативных нарушений, уменьшить раздражительность, нервозность, двигательную и психическую заторможенность. Симптомы депрессии редуцировались постепенно вплоть до устранения общего психосоматического дискомфорта. Постепенное развитие терапевтического действия афобозола и грандаксина, отсутствие дневной сонливости, психомоторной заторможенности и побочных эффектов давало преимущества при длительных проявлениях тревоги и депрессии, что позволяло комбатанту с БПТ сохранять боеспособность.

Комплексное использование методов лечения и реабилитации позволило добиться качественной ремиссии длительностью свыше 3 месяцев у 79,5 % комбатантов с БПТ. У комбатантов с БПТ была отмечена положительная динамика по показателям снижения страхов, чувства беспокойства, нервозности, взвинченности, суетливости, раздражения по отношению к себе и другим, неусидчивости, тремора, непроизвольных движений руками, тревожным мыслям, снижению концентрации внимания, страха потерять контроль над собой, нарушению засыпания, головным болям, болям в спине и груди, обильного потоотделения и сердцебиения. По сравнению с показателями до лечения у комбатантов с БПТ было выявлено улучшение концентрации внимания, появилось чувство прилива сил и энергии, редуцировалась раздражительность, беспокойство и плаксивость. У комбатантов с БПТ после проведенного лечения и реабилитации было определено возрастание критичности, уверенности в собственных силах с повышением самооценки и мотивации.

В результате лечения и проведенных реабилитационных мероприятий по анализу методики УСК у комбатантов отмечалось достоверное возрастание показателя интернальности. Увеличение показателей интернальности у комбатантов позволило констатировать возрастание критичности к болезни. По методике ММРІ показатель депрессии у комбатантов с БПТ после лечения и реабилитационных мероприятий снизился с 82,6 до 43,5 баллов, при психастении с 85,7 до 44,8 и интраверсии с 84,7 до 54,9 баллов. У них были получены достоверно лучшие показатели снижения общей тревожности.

Анализ показателей по методике СОС показал, что несмотря на проведенное лечение и реабилитационные мероприятия средние значения субъективной оценки состояния так и не достигли нормальных значений, условно оцениваемых в пределах от 0 до 3-х баллов. Было определено, что средние показатели астении оказались ниже у комбатантов с БПТ после проведенного лечения и реабилитации по сравнению с данными до лечения. В результате проведенного лечения и реабилитации показатели астении уменьшились с 3,5 до 0,8 баллов, постепенно приближаясь к нормальным значениям. В результате курсового лечения и реабилитации у комбатантов с БПТ средний показатель депрессии по шкале HDRS достоверно уменьшился и составил $4,8 \pm 0,6$ балла.

На основании полученных результатов комплексного медикаментозного лечения в качестве препаратов, уменьшающих основные проявления БПТ у комбатантов было определено, что следует использовать анксиолитик небензодиазепинового ряда афобазол в суточной дозе 20 мг и траквилизатор грандаксин в суточной дозе 100 мг на протяжении от 1 до 3 месяцев. Очевидно, что достоверное уменьшение основных клинических проявлений БПТ происходило за счет их анксиолитического и психостимулирующего действия без побочных эффектов и психосоматических осложнений. Другим важным свойством афобозола и грандаксина в указанных дозировках оказалось отсутствие побочного эффекта психофармакологической «загруженности» в сравнении с другими схемами медикаментозной терапии. Использование афобозола и грандаксина не приводило к обострению психического состояния и способствовало быстрому включению в программу реабилитационных мероприятий с использованием личностно-ориентированных методик психотерапии. В

отличие от традиционных психофармакологических методов лечения афобазол и грандаксин не подавляли эмоционального состояния пациентов, не угрожали их здоровью и не снижали боеспособности. Применение афобазола и грандаксина не приводило к токсическому воздействию и ухудшению показателей со стороны сердечно-сосудистой системы, печени, почек, других органов и систем. *Их использование позволяло осуществить последующее возвращение к служебным обязанностям в прежнее подразделение. При этом критерием для возвращения в строй являлось не полное отсутствие у комбатанта симптомов БПТ, а его способность сохранять боеспособность. Очевидно, что для профилактики БПТ командиры должны обеспечить нормальное отношение к ним сослуживцев и моральную поддержку. Показанием для направления в стационар являлось наличие реактивных психотических расстройств.*

В результате проведенного лечения и реабилитации отчетливо выявлялся стойкий противоастенический клинический эффект и снижение дисфорических расстройств, психического напряжения и патологических дисфункций со стороны вегетативной нервной системы (уменьшались потливость, тремор, покраснение кожи). В связи с тем, что астенические, вегетативные и тревожно-депрессивные расстройства у комбатантов с БПТ имеют тенденцию сохраняться длительное время и была высокая вероятность рецидива комплексное лечение и реабилитационные мероприятия осуществлялись продолжительностью от 1 до 3 месяцев в зависимости от ведущих стрессовых психопатологических расстройств в структуре БПТ.

В исследовании было определено, что основной задачей работы психиатров в ЛВК является проведение обследования личного состава воинских частей и оказание психиатрической помощи комбатантам с БПТ специалистами групп психического здоровья соединений постоянной готовности и кабинетов медико-психологической коррекции (КМПК) окружных военных госпиталей (ОВГ) в период ведения боевых действий. В целом, деятельность специалистов КМПК и ОВГ была направлена на оказание методической и практической психиатрической помощи группам психического здоровья соединений. Специалисты ГПЗ в составе психиатра и психофизиолога, а также в тесном взаимодействии с психологами частей и соединений в полной мере смогли осуществить лечебные и реабилитационные мероприятия по улучшению психического здоровья комбатантов с БПТ в ЛВК.

В первую очередь медико-психологическая реабилитация у комбатантов с БПТ проводилась с предпатологических стадий на донологическом уровне, когда еще не сформировалось стойкое психическое расстройство. При этом применялись в основном методы психокоррекции, а при сформировавшемся психическом заболевании методы психотерапии. Реализация реабилитационных мероприятий у комбатантов с БПТ была осуществлена при объединении усилий врачей психиатров и других специалистов.

Осуществление реабилитационных мероприятий в отношении комбатантов с БПТ было основано на ряде принципов: реабилитация начиналась на ранних этапах лечения БПТ; комплексность реабилитации была достигнута участием в реабилитационном процессе психиатров, психологов, педагогов, социологов, юристов; проведением непрерывного поэтапного и преемственного характера реабилитационных мероприятий в определенной последовательности в зависимости от специфики БПТ; партнерство достигалось с привлечением комбатанта к активному участию в лечебно-реабилитационном процессе; выполнялась индивидуальная программа реабилитации с подбором методов и средств восстановительной терапии в зависимости от пола, возраста, личностных особенностей комбатанта, общего состояния и характера проводимого комплексного лечения и реабилитации; направленность на возвращение комбатанта к повторному участию в БД проводилась после восстановления боеспособности.

Реабилитация комбатантов с БПТ после их вывода из зоны БД представляла собой процесс, состоящий из нескольких этапов, последовательность которых в каждом конкретном случае могла быть различной. При этом нами соблюдалась преемственность мероприятий в соответствии с общей программой реабилитации.

На последующем госпитальном этапе были проведены лечебные и реабилитационные мероприятия с формированием адекватной психологической реакции на БПТ и веры в выздоровление. Были осуществлены реабилитационные мероприятия, направленных на повышение работоспособности комбатантов целенаправленным, настойчивым выполнением программы психофизической реабилитации и проведением мероприятий по устранению и уменьшению психопатологических синдромов для достижения психической реадаптации; подготовкой комбатантов к военной и профессиональной деятельности; предупреждением хронизации БПТ, его обострений и осложнений.

На амбулаторно-поликлиническом этапе в условиях медицинских пунктов войсковых частей и гарнизонных поликлиник реабилитационные мероприятия были проведены при участии психиатров (психоневрологов) гарнизонных и окружных военно-лечебных учреждений в зависимости от периодов: переходном - между окончанием госпитального этапа или отпуска по болезни и началом военно-профессиональной деятельности; "вработывания" - после возвращения к служебной деятельности (до 4 нед.); полного (до 5 недель) восстановления боеспособности. В частности, проводилось диспансерное динамическое наблюдение

ние; реабилитационные мероприятия по предупреждению обострений заболеваний; комплекс мероприятий, направленных на повышение общей и иммунологической реактивности организма; поддержание боеспособности на достигнутом уровне; оценка состояния боеспособности и предупреждение хронизации БПТ.

Выводы. В исследовании было определено, что рост посттравматических стрессовых расстройств в структуре БПТ был напрямую связан с временем пребывания в районе БД и интенсивностью боев. Для предупреждения возникновения и ранней реабилитации основных проявлений БПТ длительность пребывания военнослужащих в районе боевых действий целесообразно ограничивать 3 месяцами. Очевидно, что купирование и коррекцию основных проявлений БПТ целесообразно проводить в передовом районе с последующим возвращением военнослужащих-реконвалесцентов в свою часть. С целью улучшения работы по сохранению и укреплению психического здоровья военнослужащих-комбатантов с БПТ целесообразно на базе соединений частей организовывать пункты медико-психологической коррекции и реабилитации.

Таким образом, комплексное лечение и реабилитация комбатантов с БПТ представляет собой систему мероприятий, направленных на предупреждение неблагоприятных последствий психических нарушений, приводящих к временной утрате боеспособности, раннее и эффективное возвращение комбатантов к военной службе. При этом следует учитывать личность комбатанта, а также его социальные связи. Последовательно целесообразно проводить своевременное выявление психических расстройств, их лечение, реабилитацию, психокоррекцию, трудовое, профессиональное и бытовое устройство.

Список литературы.

- Литвинцев С.В. Клинико-организационные проблемы оказания психиатрической помощи военнослужащим в Афганистане // автореф. дисс. на соиск. уч. ст. д.м.н. – СПб.: ВМедА, 1994. – 37 с.
- Снедков Е.В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы) // автореф. дисс. на соиск. уч. ст. д.м.н. – СПб.: ВМедА, 1997. – 48 с.
- Довгополок А.Б. Психогенные реакции с поведенческими расстройствами у военнослужащих в мирное время и в боевой обстановке (клинико-психопатологический аспект) // автореф. дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. – СПб.: ВМедА, 1997. – 26 с.
- Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма: Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. – 432 с.
- Снедков Е.В. Психогенные реакции боевой обстановки (клинико-динамическое исследование на материале афганской войны) // автореф. дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. – СПб.: ВМедА, 1992. – 22 с.
- Краснов В.Н., Вельтищев Д.Ю. Невротические, тревожные и стрессовые расстройства // В кн.: Психиатрия. Справочник практического врача. – М., Медпресс-информ, 2006. – С. 275-300.
- Короткова Н.В. Психологические и медико-социальные особенности ветеранов локальных войн // автореф. дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. – СПб.: ВМедА, 2000. – 19 с.
- Габрильянц М.А. Психические расстройства подросткового периода боевой психической травмы // автореф. дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. – СПб.: ВМедА, 1998. – 22 с.
- Саламатов В.Е. Применение методик саморегуляции при коррекции психического состояния военнослужащих в боевых условиях // автореф. дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. – СПб.: ВМедА, 1997. – 18 с.

УДК 616.89-008.15

Давыдов А.Т., *Бутко Д.Ю., Жданов Ю.И., **Загребельный И.А.

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ КОМБАТАНТОВ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург
 *ФГБОУ ВО «СПб ГПМУ» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
 **ФГКУ МО РФ «Выборгский гарнизонный военный госпиталь», г. Выборг, Ленинградская область, Россия

Davydov A.T., *Butko D.Y., Zhdanov Y.I., Zagrebelnii I.A.

EXPERIENCE OF REHABILITATION OF COMBATANTS IN A REMOTE PERIOD

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg
 *Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education SPb State Pediatric Medical University Ministry of Labor of Russia, Saint-Petersburg, Russia
 **FSI MD RF «Vyborg Garrison Military Hospital», Vyborg, Leningrad region

Аннотация:

Приводится опыт реабилитации комбатантов в отдаленном периоде.

Summary:

The article describes experience of rehabilitation of combatants in a remote period.

Ключевые слова: реабилитация, комбатант, отдаленный период

Keywords: rehabilitation, combatant, remote period.

Актуальность.

Актуальность проблемы реабилитации комбатантов в отдаленном периоде является важной медицинской и психосоциальной задачей. Известно, что у комбатантов после увольнения в запас и в отдаленном периоде

сохраняются коморбидные психосоматические расстройства с преобладанием депрессии, тревоги, бессонницы, кошмарных сновидений, «флэш-бэков», нарушений эмоций и поведения, вегетативной дисфункции, высокой невротичности и астенизации.

Целью исследования явился анализ реабилитации комбатантов в отдаленном периоде.

Материалы и методы.

Были обследованы 2 группы мужчин с коморбидными психосоматическими расстройствами. У 56 мужчин основной группы реабилитационные мероприятия проводились, а у лиц контрольной группы (41 человек) они не проводились. Обследование групп проводилось одновременно через 5 лет после увольнения с военной службы. Возраст обследуемых варьировался от 42 до 48 лет. Реабилитация включала проведение индивидуальной и групповой психокоррекции, методики саморегуляции и мышечной релаксации, когнитивно-поведенческую и арттерапию. Групповые психотерапевтические занятия проводили 2 раза в неделю в течение 3 часов. Для оценки эффективности реабилитации использовался клинико-психопатологический метод, методики нервно-психической адаптации (НПА), оценки уровня субъективного контроля (УСК) и субъективной оценки состояния (СОС).

Результаты и их обсуждение.

В результате исследования было определено, что средний возраст комбатантов сравниваемых групп составил $45,2 \pm 0,6$ лет. Данные интегральной оценки по методике НПА после реабилитационных мероприятий в основной группе составило 3,2 стандартных баллов и свидетельствовало об устранении выявленных болезненных проявлений. По методике УСК было оценено отношение пациентов к болезни и проведенным реабилитационным мероприятиям. При этом была выявлена положительная динамика перехода экстернатности к интернатности с возрастанием от 4,2 до 6,3 стана, что свидетельствовало о возрастании критичности и личной ответственности за благоприятный исход заболевания. Показатель СОС после реабилитационных мероприятий у военнослужащих основной группы достоверно снизился с 21,5 до 10,9 баллов по сравнению с показателем контрольной группы. Использование реабилитационных мероприятий позволило добиться качественной ремиссии длительностью свыше 3 месяцев у 40 человек, что составило 71,4 % лиц основной группы. В контрольной группе результаты оказались недостоверными. Использование клинико-психопатологического метода позволило констатировать достоверное снижение симптомов депрессии, тревоги, бессонницы, кошмарных сновидений, «флэш-бэков», нарушений эмоций и поведения, вегетативной дисфункции, снизить пороги высокой невротичности и астенизации.

Выводы.

У комбатантов в отдаленном периоде после увольнения, кроме медицинской следует использовать профессиональную, психологическую, социально-бытовую и социально-средовую реабилитацию. Важным является разблокирование системы психологической защиты комбатантов, создание эмоционально-поддерживающей атмосферы, осуществление индивидуальной и групповой психотерапии, обучение навыкам эффективного общения.

Медицинские и психотерапевтические реабилитационные мероприятия позволили укрепить веру в выздоровление, улучшить адаптацию в мирное общество, повысить мотивацию на трудоустройство. Для повышения эффективности реабилитации следует проводить социально-психологические тренинги личностного роста, развитие коммуникативной компетентности и активности, формирование мотивации к социальным и трудовым контактам, аутотренинги, мышечную релаксацию, телесно-ориентированную психотерапию, холотропное дыхание, игротехнические средства, натуротерапию, рациональную и групповую психотерапию.

УДК 616.8-056.76

Колчева Ю.А., Помников В.Г.

МЕХАНИЗМЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДАУНА

Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей экспертов, Санкт-Петербург

Kolcheva U.A., Pomnikov V.G.

MECHANISMS OF NEUROLOGIC DISORDERS IN SYNDROME OF DOWN

The 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

Ключевые слова: синдром Дауна, трисомия по 21 хромосоме, неврологический статус

Keywords: Down's syndrome, trisomy of 21 chromosomes, neurological status

Down Syndrome is a hereditary disease leading to multiple organ dysfunction. The purpose of this study was to assess changes in the neurological status in patients with Down's syndrome, the search for mechanisms for the progression of neurological deficits in children.

Синдром Дауна относится к одной из распространенных генетических аномалий, приводящих к инвалидизации детского населения. В последние десятилетия отмечается достоверное увеличение случаев возникновения данного заболевания, что может быть обусловлено неблагоприятными экологическими факторами, бесконтрольным приемом медикаментов беременными женщинами, увеличением возраста рожениц.

Известно, что при этом заболевании наблюдаются многочисленные нарушения эндокринной, сердечно-сосудистой, мышечной и нервной систем. При этом отмечается снижение плотности нервной ткани, уменьшение объема церебеллярных структур, незрелость и патологическая активность корковых нейронов, нарушение синтеза и функций нейромедиаторов. В литературе недостаточно сведений об особенностях неврологического статуса и патогенетических механизмах возникновения церебральных нарушений при синдроме Дауна [1,2].

Целью настоящего исследования явилась оценка изменений в неврологическом статусе пациентов с синдромом Дауна с поиском возможных патогенетических механизмов их возникновения и прогрессирования у детей.

Нами было обследовано 14 человек с синдромом Дауна в возрасте от 4 до 10 лет (9 девочек, 5 мальчиков). Все случаи заболевания были подтверждены генетически, у всех отмечалась полная трисомия по 21 хромосоме. В исследуемую группу пациентов были включены дети без тяжелой сопутствующей декомпенсированной патологии со стороны других органов и систем. Пациенты были осмотрены педиатром, неврологом, эндокринологом, ортопедом, было проведено лабораторно-инструментальное обследование, МРТ головного мозга, УЗДГ сосудов головы и шеи, ЭЭГ, ЭХО-КГ, рентгенография шейного отдела позвоночника.

В результате исследования были получены результаты, свидетельствующие о том, что у детей синдромом Дауна практически во всех случаях отмечались координаторные нарушения различной выраженности. Присутствовала моторная неловкость, несформированность тонких, дифференцированных двигательных актов. При этом, по данным МРТ головного мозга, у 6 детей отмечались уменьшенные размеры мозжечка. У одной трети встречалась пирамидная симптоматика, при этом ее выраженность достоверно коррелировала с нарушениями центральной гемодинамики (по данным УЗДГ брахиоцефальных артерий), структурными изменениями (по данным МРТ головного мозга), изменениями ликвородинамики, нестабильностью сегментов шейного отдела позвоночника.

У всех обследованных детей отмечался синдром диффузной мышечной гипотонии. Помимо двигательных нарушений, обусловленных генетической аномалией, а также вертеброгенными влияниями на позвоночные артерии в силу слабости мышечно-связочного аппарата шейного отдела позвоночника, у детей отмечался когнитивный дефицит в виде задержки психического и речевого развития, отмечались нарушения формирования навыков опрятности. У одного ребенка с нестабильностью шейного отдела позвоночника, нарушением кровотока в позвоночных, средних мозговых артериях (по данным УЗДГ), расширением желудочковой системы мозга (по данным МРТ) было диагностировано расстройство аутистического спектра. У троих из обследованных отмечался гипердинамический синдром.

Таким образом, при синдроме Дауна отмечается неврологический дефицит различной степени выраженности. Своевременная диагностика и адекватная коррекция выявленных изменений может способствовать улучшению процессов социальной адаптации ребенка.

Список литературы:

Кружко Д.А. Исследование состояние нервной системы при синдроме Дауна: автореф. дис. ... канд.м.н. М., 2006г.

Орлова М. Л. Патоангиоархитектоника коры мозга при болезни Альцгеймера в сравнении с некоторыми другими типами слабоумия (олигофрения, болезнь Дауна) // Журнал невропатологии и психиатрии. 1990. №10. С. 38-41.

УДК 616.8-056.76

Колчева Ю.А., Беникова Е.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ – СИНДРОМ КЛИФСТЕРА У МАЛЬЧИКА 5 ЛЕТ

Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей экспертов, кафедра неврологии, МСЭ и реабилитации, институт мозга «ИМЧ РАН», Санкт-Петербург

Kolcheva U.A., Benikova E.V.

CLINICAL CASE OF A KLEEFSTRA SYNDROME IN A CHILD OF 5 YEARS

The Federal State Budgetary Institution «Saint – Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, Institute of the Brain “IMC RAN”, St. Petersburg,

*Ключевые слова: синдром Клифстера, аутизм, сенсо-моторная алалия.
Keywords: Kleefstra syndrome, autism, sensor-motor alalia.*

Clifster Syndrome (9q34.3 microdeletive syndrome) is a rare genetic disorder that occurs as a result of a defect in the long arm of the 9 chromosome that encodes the EHMT1 gene. We have presented a clinical case of the disease.

Синдром Клифстера (9q34.3 микроделегирующий синдром) – редкое генетическое заболевание, возникающее в результате дефекта участка длинного плеча 9 хромосомы, кодирующего ген EHMT1, было описано в 2010 году в Голландии. В результате патологических изменений у детей наблюдаются интеллектуальная недостаточность, моторная неловкость, своеобразные черты лица, диффузная мышечная гипотония, поведенческие нарушения, патология со стороны сердечно-сосудистой системы и другие нарушения. Ведущими симптомами данного заболевания являются расстройства нервной системы [1,2]. Данное заболевание впервые было описано сравнительно недавно, в русскоязычной литературе встречаются только единичные сведения о синдроме. Приводим клинический наблюдение синдрома Клифстера у мальчика 5 лет.

Ребенок от 1 беременности, первых родов. Беременность протекала без особенностей, роды в срок. Масса при рождении 3600, рост 54 см. На грудном вскармливании до 6 месяцев. На протяжении первого года жизни у мальчика отмечалась задержка моторного развития, при осмотре выявлялась диффузная мышечная гипотония. Голову стал держать в 4 месяца, сел в 8 месяцев, появилась самостоятельная ходьба в 1 и 4 года. Отдельные слова стали отмечаться с 3-х лет. Навыки опрятности не сформированы. При осмотре у мальчика отмечалась задержка психо-речевого развития, в речи отдельные короткие фразы, понимание речи снижено, моторная неловкость, двухсторонние координаторные нарушения, диффузная мышечная гипотония, брахицефалия, широкий лоб, гипертелоризм, короткий вздернутый нос, приоткрытый рот, макроглоссия, прогнатизм нижней челюсти, вывернутая нижняя губа, сколиотические изменения позвоночника. Также было обращено внимание на наличие аутистических проявлений у ребенка. Длительное время ребенок наблюдался у невролога по месту жительства, выставлялся диагноз задержка психо-речевого развития. Сенсо-моторная алалия. РАС. Ребенок получал курсовое лечение ноотропными препаратами, метаболическими средствами с временным положительным эффектом. В связи с наличием множественных стигм дизэмбриогенеза ребенок был направлен на генетическое исследование, где была обнаружена аномалия длинного плеча 9 хромосомы, был выставлен диагноз синдром Клифстера (заболевание установлено в Нидерландах). На ЭЭГ: умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с дезорганизацией биоритма, с запаздыванием формирования доминирующего возрастного альфа ритма. Пароксизмальной активности и очаговости не зарегистрировано. На МРТ головного мозга без очагового поражения головного мозга. УЗДГ БЦА – без патологических изменений. Клинический и биохимический анализы крови без патологии. Со стороны сердечно-сосудистой отклонений не было выявлено по данным дополнительных методов исследования.

Представленный случай представляет интерес для клиницистов в связи с тем, что данное заболевание встречается относительно редко, в русскоязычной литературе недостаточно сведений об особенностях развития детей с подобными заболеваниями.

Список литературы:

- Kleefstra T. et al. Loss-of-function mutations in euchromatin histone methyl transferase 1 (EHMT1) cause the 9q34 subtelomeric deletion syndrome // *Am J Hum Genet.* 2006. № 79. P. 370–377.
Kleefstra T. et al. // *GeneReviews*®: University of Washington. P. 1993–2017.

УДК 616.8-056.76; 61.575, 616.89; 616.159.9; 76.03.39

Колчева Ю.А., Беникова Е.В., Константинов К.В., Иванова Н.Ю.,
Мирошников Д.Б., Астахова Е.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА «БИОАКУСТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ» У ДЕВОЧКИ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

НИО «Клиника Биоакустической коррекции», Санкт-Петербург, Российская Федерация

Kolcheva Yu.A., Benikova EV, Konstantinov KV, Ivanova N. Yu., Miroshnikov DB, Astakhova E.A.

EFFECTIVENESS OF BIOACOUSTIC CORRECTION IN A GIRL WITH AUTISM (CLINICAL OBSERVATION)

NIO "Clinic of Bioacoustic Correction", Saint-Petersburg, Russian Federation.

Аннотация. В данной работе приводится клинический пример эффективности метода биоакустической коррекции у ребенка 10 лет с диагнозом аутизм.

Abstract. This paper describes the clinical case of the effectiveness of bioacoustic correction in a child of 10 years with autism.

Ключевые слова: Биоакустическая коррекция, ЭЭГ-зависимая физиотерапия, нейрореабилитация, аутизм.
Key words: Bioacoustic correction, EEG-dependent physiotherapy, rehabilitation, autism.

Биоакустическая коррекция (БАК) -инновационный высокоэффективный способ лечения неврологических нарушений у детей. Преимуществами метода являются: отсутствие лекарственной нагрузки, неинвазивность, безопасность, хорошая переносимость, возможность отслеживания параметров ЭЭГ по мере выполнения сеансов [1,2]. В результате более чем 20 летнего опыта применения методики были получены положительные результаты при лечении детей с аутистическим симптомокомплексом. В связи увеличением случаев встречаемости подобных нарушений у детей поиск новых способов коррекции неврологических нарушений является весьма актуальным. Приводим клиническое наблюдение эффективности метода «Биоакустическая коррекция» при лечении ребенка с расстройством аутистического спектра.

Родители девочки 10 лет С. обратилась в клинику «Биоакустической коррекции» с жалобами на недостаточный уровень понимания ребенком обращённой речи, экспрессивная речь не сформирована (присутствуют малочисленные отдельные слова, короткие фразы, которые ребенок произносит только при сильном возбуждении), боязнь громких звуков, часто закрывает уши руками, нарушение коммуникации с детьми, не развита тонкая моторика, ночные вздрагивания, стереотипии. Из анамнеза известно, ребёнок родился путем Кесарева сечения, масса тела – 3200, рост 52 см, находилась на смешанном вскармливании. На первом году жизни, согласно документации, развивалась с опережением сверстников. Регресс в развитии после первого года жизни. Выполнялась МРТ головного мозга: без патологических изменений. ЭЭГ от 2016 года: диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с дезорганизацией биоритма и снижением функциональной активности нейронов коры, запаздываем формирования доминирующего альфа ритма. ЭЭГ видеомониторинг от 2016 года не показал наличие типичной эпилептиформной активности у ребенка. При этом девочка регулярно наблюдалась у невролога по месту жительства, получала курсовое лечение ноотропными препаратами без выраженных положительных результатов. При осмотре в неврологическом статусе очаговости не обнаружено. При осмотре психиатра был установлен диагноз атипичный аутизм с умственной отсталостью. Был рекомендован курс биоакустической коррекции №15 (через день), медикаментозное лечение не назначалось. В результате проводимой терапии уже на третьей процедуре стали отмечаться первые положительные результаты в виде улучшения артикуляции, нормализации эмоционального состояния, повышения речевой активности, ребенок стал более сознательными. В дальнейшем по мере выполнения процедур было отмечено появление ситуативной фразовой речи, улучшились показатели тонкой моторики, значительно возросло понимание обращенной речи. Данные клинического наблюдения были подтверждены в результате осмотра нейропсихолога до и после курса проводимых процедур.

Таким образом, в данном случае наблюдалась положительная динамика в ходе курса биоакустической коррекции в виде уменьшения выраженности аутистических проявлений. Данный способ является эффективным и может использоваться в качестве дополнительной реабилитационной методики при лечении детей с расстройствами аутистического спектра.

Список литературы:

1. Патент РФ №2410025, 17.02.2009. Константинов К.В. Способ нормализации психофизиологического состояния.
2. Патент РФ № 2492839, 20.04.2012. Константинов К.В. Способ активации речевых функций головного мозга.

УДК: 616-036.86-057.36:[614.2:615.838]

Андрияшек Ю.И., Кочмарёва И.В., Лебединский А.К.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ФГБУ ВС «КРЫМ» МО РФ

ФГБУ «Военный санаторий «Крым» Минобороны РФ, Республика Крым, г.Алушта

Andriyashchek Y.I., Kochmareva I.V., Lebedinskiy A.K.

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF MILITARY PERSONNEL

Sanatorium "Krym", Republic of Crimea, Alushta

Ключевые слова: медико-психологическая реабилитация; санаторий; военнослужащие.

Keywords: medical and psychological rehabilitation, sanatorium; military personnel.

Аннотация. Медико-психологическая реабилитация (МПР) проводится в «Военном санатории «Крым» с 2014 года. Программа МПР включала в себя индивидуальную и групповую психотерапию, ароматерапию и галотерапию, аромагидротерапию, аппаратную физиотерапию, массаж, лечебную нордическую ходьбу, лечебную гимнастику, лечебное плавание в бассейне с морской водой, спортивные игры, климатолечение.

Abstract. Medical and psychological rehabilitation is held in the sanatorium "Krym" since 2014. The program includes individual and group psychotherapy, aromatherapy, halotherapy in Salt Rooms, balneotherapy, electrotherapy, massage, Nordic walking, medical gymnastics, swimming in therapeutic pool with sea water, sports games, climatic therapy.

Медико-психологическая реабилитация (МПР) проводится в «Военном санатории «Крым» с 2014 года. Так, в 2014 году МПР была проведена 183 военнослужащим, в 2015 году – 237, а в 2016 – 283 военнослужащих.

шим. Средний койко-день в 2016 году составил 10,8. При поступлении в санаторий проводилась клинико-психологическое и психофизиологическое обследование. Индивидуальная программа МПР выполнялась квалифицированным медицинским персоналом, включая психотерапевта, невролога, терапевта и физиотерапевта. Программа МПР включала в себя индивидуальную и групповую психотерапию, ароматерапию и галотерапию, аромагидротерапию, магнитотерапию, альфа-массаж и массаж ручной, лечебную нордическую ходьбу и терренкур, лечебную гимнастику и механотерапию с использованием тренажеров, лечебное плавание в бассейне с морской водой, спортивные игры, климатолечение.

Всем пациентам проводились групповые занятия по рациональной психотерапии с лечебно-профилактической целью. 27 пациентам с нарушением сна проводились сеансы гипнотерапии групповым методом на протяжении 60 минут, на курс, в среднем, 5 процедур с учетом профессии и возраста. На фоне разъяснительной психотерапии пациентам прививались навыки саморегуляции, аутотренинга с гетеродействием, проводилось обучение нейромышечной релаксации по Джекобсону, диафрагмально-релаксационному дыханию. Преобладала саногенная направленность лечения с подключением «формулы цели» (мобилизация П). Давалась установка на четкое выполнение профессиональных задач, оптимальное решение проблем совместности экипажа. Подчеркивалась значимость активного отдыха: плавание, волейбол, ближний туризм. Разъяснялось самое нежелательное «расслабление» с помощью алкоголя. Осуществлялись походы в горы с врачом-психотерапевтом. Все пациенты были выписаны с улучшением.

Приказом Министра Обороны РФ №60 от 27.01.2017 года «О медико-психологической реабилитации военнослужащих» утвержден перечень категорий военнослужащих, подлежащих МПР, а также перечень показаний к МПР и соответствующая продолжительность МПР. В то же время, отечественные ученые доказали, что «регулярное прохождение МПР военнослужащими играет значимую роль в поддержании стабильного уровня соматического здоровья у военнослужащих» [1]. Военный санаторий «Крым» готов к проведению МПР военнослужащим на должном уровне с применением современных инновационных технологий. Санаторий располагает прекрасными природными и климатическими условиями, в нем имеется вся необходимая лечебная аппаратура, квалифицированный медицинский персонал и опыт для проведения качественной и эффективной МПР.

Список литературы

Мерзликин А.В., Ковлен Д.В., Ишук В.Н., Пономаренко Г.Н. Оценка эффективности медико-психологической реабилитации военнослужащих в условиях санатория. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2017. – Т. 94 (выпуск 2), №2. – С.100-101.

УДК 616.858-008.6-079.4

Кудреватых А.В.^{1,2}, Дидур М.Д.^{1,2}, Величко Б.Я.¹, Буг Д.С.², Сергеев Т.В.¹, Милюхина И.В.^{1,2}

НАРУШЕНИЯ ПОСТУРАЛЬНОГО БАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНЫМ ТРЕМОРОМ

¹ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины», Санкт-Петербург

²ПСПБГМУ им.акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Российская Федерация.

Kudrevatykh A.V.^{1,2}, Didur M.D.^{1,2}, Velichko B.Y.¹, Bug D.S.², Sergeev T.V.¹, Miliukhina I.V.^{1,2}

POSTURAL INSTABILITY IN PATIENTS WITH ESSENTIAL TREMOR.

¹FSBSI «Institute of Experimental Medicine», St. Petersburg,

²Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russian Federation.

Ключевые слова: Эссенциальный тремор, постуральные нарушения.

Keywords: Essential tremor, postural instability.

Аннотация. Эссенциальный тремор (ЭТ) – заболевание экстрапирамидной системы, которое долгое время рассматривали, как моносимптомное, проявляющееся статико-кинетическим тремором головы, верхних или нижних конечностей. Однако, в последнее время, рассматривается гипотеза о нейродегенеративном генезе ЭТ. В настоящее время к симптомам ЭТ относят также нарушения ходьбы и равновесия [1], аффективные [2] и когнитивные [3] расстройства, которые требуют отдельного внимания врачей и своевременной медикаментозной и, что наиболее важно, немедикаментозной персонализированной коррекции.

Abstract. Essential tremor (ET) is an extrapyramidal system disease, which for a long time was considered as monosymptomatic, it manifests by a static-kinetic tremor of the head, upper or lower extremities. However, recently, the hypothesis of neurodegenerative genesis of ET has been considered. Currently, the symptoms of ET also include gait and balance disturbances [1], affective [2] and cognitive [3] disorders, which require a special attention of doctors and timely medication and, most importantly, non-drug personalized correction.

Цель: Стабилометрическое обследование пациентов с ЭТ для выявления нарушений постурального баланса, с целью определения направления в разработке персонализированных реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы: Проведено обследование 38 пациентов с ЭТ 9 мужчин, 29 женщин, средний возраст 70±8,7, длительность заболевания 12,1±12,5 и контрольной группы из 30 здоровых добровольцев, сопоста-

вимых по полу и возрасту: 6 мужчин, 24 женщины, средний возраст 65,1±11. Обследование постурального баланса проводилось с помощью стабилोगрафа Diers-pedoscан (Германия). Оценивались основные показатели стабилотраммы: общий путь центра тяжести (ОПЦТ), поверхность колебаний (ПК), относительное отклонение центра тяжести (ООЦТ), относительная скорость центра тяжести (ОСЦТ), максимальная скорость центра тяжести (МСЦТ).

Нарушения ходьбы и риск падений оценивались по стандартизированным шкалам: Timed Up & Go test (TUG), Berg Balance Scale (BBS), Functional Gait Assessment (FGA), Tinetti Mobility Test (TMT).

Результаты: При проведении стабилотрического обследования выявлено значимое увеличение значений всех оцениваемых показателей стабилотраммы у пациентов с ЭТ по сравнению с контрольной группой ($p < 0.05$): ООЦТ увеличилось на 176%, МСЦТ на 316%, ОПЦТ и ОСЦТ увеличились на 592% и ПК на 4006%. Наибольший вклад в различия показателей сравниваемых групп внес показатель ПК. При оценке риска падений и нарушений ходьбы по стандартизированным шкалам (TUG, BBS, FGA, TMT) у пациентов с ЭТ достоверных отличий от показателей контрольной группы выявлено не было ($p > 0.05$).

Заключение: Пациенты с ЭТ имеют нарушения постурального баланса. Наиболее диагностически значимым оказался показатель ПК, который следует использовать для выявления постуральных нарушений у пациентов с ЭТ, а также для разработки реабилитационных программ и контроля качества и эффективности проводимых лечебных мероприятий. Все пациенты с ЭТ должны проходить стабилотрическое обследование с целью выявления нарушений постурального баланса для своевременного начала проведения персонализированной коррекции. Стандартизированные шкалы оценки риска нарушений ходьбы и равновесия не чувствительны для выявления постуральных нарушений у пациентов с ЭТ.

Список литературы

- Васичкин С.В., Левин О.С. Нарушения ходьбы и постуральной устойчивости у пациентов с эссенциальным тремором // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски - 2016; 116(6): - 90 с.
- Sinoff G, Badarny S. Mild cognitive impairment, dementia, and affective disorders in essential tremor: a prospective study // Tremor and other hyperkinetic movements (New York, N.Y.) -2014; Vol.4, P.227 - URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4069695/> (дата обращения 10.08.2017).
- Azar M, Bertrand E, Louis ED, Huey E, Collins K, Rohl B, Cosentino S. Awareness of cognitive impairment in individuals with essential tremor // - 2017. -Vol. 377, P155–160 – URL: [http://www.jns-journal.com/article/S0022-510X\(17\)30243-5/fulltext](http://www.jns-journal.com/article/S0022-510X(17)30243-5/fulltext) (дата обращения 10.08.2017)

УДК 159.973

Григорьева А.А., Костылева А.С., Журавлев Д.В.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РЕТТА.

Центр медико-психологической коррекции и реабилитации «Нейроцентр», г.Москва.

Grigorieva A.A., Kostyleva A.S., Zhuravlev D.V.

SPECIFIC OF NEUROPSYCHOLOGICAL SUPPORT AND REHABILITATION OF CHILDREN WITH RETT SYNDROME.

Center for Medico-Psychological Correction and Rehabilitation "Neurocenter", Moscow.

Ключевые слова: Синдром Ретта, нейрокоррекция, реабилитация, психологическое сопровождение, парааутистические проявления.

Keywords: Rett syndrome, neurocorrection, rehabilitation, psychological support, paraautistic manifestations.

Аннотация.

Статья посвящена анализу клинического случая с примером коррекционно-реабилитационной работы ребенка с синдромом Ретта. В качестве наиболее эффективных и активно используемых методов в процессе реабилитации рассматриваемого случая были использованы: нейропсихологическая коррекция, метод слуховой сенсорной терапии Томатис, метод мозжечковой стимуляции Баламетрикс, а также медикаментозная поддержка ноотропами с регулярными консультациями невролога. В статье приведены особенности нейропсихологического подхода реабилитации детей с синдромом Ретта.

Abstract.

The article is devoted to the analysis of a clinical case with an example of the corrective-rehabilitation work of a child with Rett syndrome. As the most effective and actively used methods in the process of rehabilitation were: neuropsychological correction, the method of auditory sensory therapy Tomatis, the method of cerebellar stimulation Balametrix, as well as medicines with nootropics with regular consultations of the neurologist. The article describes the features of the neuropsychological approach to the rehabilitation of children with Rett syndrome.

Актуальность

Синдром Ретта – психоневрологическое прогрессирующее наследственное, сцепленное с х-хромосомой генетическое заболевание, характеризующееся множественными нарушениями движения, дыхания, снижения умственных способностей. Синдром манифестирует в возрасте от 6 до 18 месяцев с остановки в развитии,

только у девочек. Встречается с частотой 1:10000-15000 девочек. С учетом нарастающей выраженности или стагнации предметно-манипулятивных, парааутистических проявлений, речевых и локомоторно-статических дефектов стандартные методы реабилитации, используемые в обычной коррекции расстройств развития малоэффективны. Анализ научных работ как в отечественной так и в зарубежной литературе показал дефицит практических рекомендаций по эффективному сопровождению таких детей.

Цель: анализ клинического случая, процесса коррекционно-реабилитационной работы девочки (3,2 года) с синдромом Ретта.

Материалы и методы.

Проведено 50 коррекционных занятий по 3 раза в неделю. В реабилитационной работе использовались следующие методы: элементы нейрокоррекционной работы; метод мозжечковой стимуляции Баламетрикс, Метод Томатис (слуховая сенсорная терапия).

Состояния ребенка на момент первичного осмотра следующий:

При внешнем осмотре физическое состояние

Уменьшение размеров головы, размеров рук и ступней. Несгибаемость ножек в области коленей. Гипертонус верхних конечностей, отсутствие захвата и пронации. Стереотипные, «моющие» движения руками, смачивание их слюной и выпячивание языка, бруксизм, тяжелый с задержкой вдох, напряженный форсированный выдох, сложности при глотании жидкости. При ходьбе трудности удержания равновесия, неуверенная походка с постоянными спотыканиями, отсутствие поворачивания туловища.

Психический статус: утрата речевых навыков, отсутствие глазного слежения за объектом, ориентировочного поведения.

Социальное взаимодействие: фиксация на внутренних процессах организма, с полной потерей интереса к окружающему.

В настоящее время статус ребенка следующий:

Физическое состояние: сгибает ноги в области коленей, способна подниматься по ступенькам, подниматься со стула, перешагивать невысокое препятствие; уменьшился тонус верхних конечностей, улучшилось глотание, уменьшилась саливация. Удерживает равновесие при хождении, появились повороты туловища и при наклоне вперед самостоятельно себя выравнивает.

Психический статус: появилась ориентация на звук, стала фокусироваться на внешних объектах, выделять и проследивать объекты, реагирует на собственное имя, стала проявлять интерес к игрушкам.

Социальное взаимодействие: появились элементы социальной коммуникации, звуки и взгляд обращены на другого человека.

Заключение

Несмотря на прогрессирующий характер заболевания, методы нейрокоррекционной работы в сочетании с медикаментозной поддержкой показывают свою эффективность. Применение комплекса методов сенсомоторной, сенсорной коррекции, методов оперантного научения, метода мозжечковой стимуляции, слуховой сенсорной терапии - существенно улучшают физическое состояние, психоэмоциональный статус, коммуникативные процессы ребенка с синдромом Ретта. Видимые улучшения при комплексном подходе отмечаются после первых 20 занятий. Важным аспектом в реабилитационной работе является комплаенс специалиста с мамой.

УДК 376

Бармотина В.К.¹, Кошечкина Т.В.²

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

¹Детский центр развития «Логопедия», Санкт-Петербург, Российская Федерация

²Федеральное государственное автономное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Академия повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования», Москва, Российская Федерация

Barmotina V.K., Koshechkina T.V.

ACTUAL PROBLEMS OF BREASTFEEDING CHILDREN WITH DISABILITIES

Child development center "Speech therapy", St. Petersburg, Russian Federation

Associate professor of the correctional pedagogy and special psychology department, Moscow, Russian Federation

Ключевые слова: грудное вскармливание; дети с ограниченными возможностями здоровья

Key words: breastfeeding; children with disabilities

Аннотация. Представленный материал посвящен актуальным вопросам грудного вскармливания детей с ограниченными возможностями здоровья.

Abstract. The presented material is devoted to the topical issues of breastfeeding children with disabilities.

Развитие ребенка раннего возраста определяется комплексом условий, в составе которых значимую роль

играют как физические характеристики состояния здоровья ребенка, так и влияние социальных факторов, таких, как взаимоотношения ребенка в семье. Согласно данным А. Ю. Березанцева и соавторов, «одним из важнейших факторов, влияющих на все дальнейшее развитие ребенка, определяющим симбиотическую составляющую системы «мать–дитя» в течение первого года жизни, является грудное вскармливание» [1].

Грудное вскармливание является процессом, обеспечивающим как прямое воздействие на физиологическое состояние ребенка (оптимальное питание для ребенка младенческого возраста, стимуляция развития иммунитета, формирование микрофлоры желудка и др. параметры), так и на его психическое развитие и психологическое состояние. Грудное вскармливание также имеет исключительное значение для формирования адекватного материнского поведения, позволяет удовлетворить эмоциональное общение с мамой. Дефицит общения в младенческом возрасте оказывает отрицательное влияние на все последующее развитие ребенка. При недостатке общения возникают риски психомоторного развития: 1) скромность средств коммуникации; 2) прибегание к агрессивным формам прекращения общения; 3) снижение пороговых значений тактильных ощущений. Статистические исследования показывают, что у детей с нормальным развитием, находившихся на грудном вскармливании от 1 года до 1,5 лет, значительно лучше (на 37%) корректировались нарушения звукопроизношения, чем у сверстников, получавших грудное вскармливание менее 6 месяцев. Эмоционально-волевая сфера более лабильна у детей с грудным вскармливанием менее 6 месяцев. [3].

Физиологические и психологические особенности раннего развития детей с ограниченными возможностями здоровья имеют прямое влияние на эффективность и доступность грудного вскармливания.

Нарушения развития в результате пре- и перинатальных поражений нервной системы различного генеза, оказывают прямое влияние на эффективность процесса вскармливания. Особенности раннего развития всех групп детей с ограниченными возможностями здоровья создают объективные проблемы в реализации грудного вскармливания, вплоть до отказа от него. Социальная ситуация в обществе, связанная с частым отказом от кормления грудью при возникновении проблем, определяет большой процент детей с ограниченными возможностями здоровья, переводимых на искусственное вскармливание. Поскольку наличие грудного вскармливания в опыте жизни ребенка имеет прямое отношение к ранней профилактике возникновения вторичных нарушений психики и личности младенца, высока значимость специальных мероприятий, направленных на формирование положительного отношения матерей к грудному вскармливанию детей с ограниченными возможностями здоровья, преодоления объективных физиологических проблем грудного вскармливания детей различных нозологических категорий, формирования кадрового резерва специалистов, владеющих методиками обучения грудному вскармливанию родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, а также развитие системы служб ранней помощи, являющихся основной средой для проведения данных мероприятий.

Список литературы:

- Бармотина В.К. Особенности общения детей дошкольного возраста, обладающих признаками интеллектуальной недостаточности // Психология XXI века: III Всероссийская научно-практическая конференция молодых ученых: сб. материалов. – СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2007
- Березанцев А. Ю., Булыгина В. Г., Абольян Л. В. Семья, социальная экология и психосоматическое здоровье детей и подростков // ВСП. 2012. №4
- Кошечкина Т.В. Развитие взаимосвязи коммуникации и речи у детей раннего возраста // IV Всероссийская научно-практическая конференция «Повышение квалификации педагогических кадров в изменяющемся образовании». – М., 2016.

УДК 159.9:61

Гришина Е.Г., Акименко М.Ю.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА С УМЕРЕННЫМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Социально-реабилитационный центр ветеранов войн и Вооруженных Сил, Москва, Россия

Grishina E. G., Akimenko M. Y.

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF ELDERLY PEOPLE WITH MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

Social Rehabilitation Centre for War Veterans and the Armed Forces, Moscow, Russia

Ключевые слова: умеренные когнитивные нарушения, нейропсихология, психологическая реабилитация, поздний возраст.

Keywords: mild cognitive impairment, neuropsychology, psychological rehabilitation, elderly people.

Аннотация. Представлена программа краткосрочной психологической реабилитации лиц позднего возраста с умеренными когнитивными нарушениями с использованием информационно-образовательных технологий и тренинга когнитивных функций.

Abstract. Presents program short-term psychological rehabilitation of elderly people with mild cognitive impairment using information and educational technologies and training of cognitive functions.

Введение. Одной из задач психологической реабилитации лиц позднего возраста является расширение их когнитивных возможностей как при нормальном старении, так и при наличии когнитивных нарушений разной степени выраженности. Несмотря на разнообразие нейропсихологических синдромов старения можно выделить типичные симптомы когнитивных расстройств в старших возрастных группах: снижение эффективности запоминания, ограничения в переработке пространственной информации, снижение темпа и объема психической деятельности. Указанные симптомы ухудшают способность к формированию новых навыков и адаптации к быстро меняющимся условиям, затрудняют общение, создают чувство неполноценности и увеличивают риск противоправных действий в отношении пожилых людей.

Цель. Разработка программы психологической реабилитации, позволяющей в сжатые сроки повысить когнитивные возможности пожилых, оказать позитивное влияние на качество их повседневной жизни, сформировать интерес к тренингу когнитивных функций и умственной активности.

Материалы и методы. Основной контингент Социально-реабилитационного центра ветеранов войн и Вооруженных Сил – лица в возрасте старше 80 лет (более 75%). У значительной части таких пациентов наблюдаются умеренные когнитивные нарушения. Курс пребывания в Центре продолжительностью 27 календарных дней позволяет проводить краткосрочные курсы психологической реабилитации с использованием информационно-образовательных технологий и тренинга когнитивных функций в рамках нейропсихологического подхода к оценке нарушений когнитивной сферы.

Результаты. Для пациентов с умеренными когнитивными нарушениями разработана программа, включающая нейропсихологическую диагностику, индивидуальные консультации, занятия информационно-образовательного цикла «Психологическая школа здоровья» и когнитивный тренинг в группах.

Занятия в «Психологической школе здоровья» направлены на формирование у пациентов правильного понимания наблюдаемых у них изменений в умственной сфере. Пациентам предлагаются стратегии профилактики когнитивных расстройств в позднем возрасте и информация о современных подходах к их лечению. Особое внимание уделяется правилам безопасного поведения в условиях мегаполиса при когнитивном снижении.

На когнитивных тренингах пациенты обучаются планированию ежедневных дел, способам опосредствованного запоминания с использованием внешних опор и ассоциаций, повышению контроля деятельности. Одним из важных приемов улучшения концентрации внимания и прочности запоминания является опора на речь. Серия упражнений адресована к пространственным функциям (копирование фигур, в том числе с поворотом, составление планов помещений, ориентировка в картах, схеме метро и др.). Широко используется прием запоминания вербального материала с опорой на зрительно-пространственные и двигательные образы. В ряде упражнений акцент делается на правополушарные функции и межполушарное взаимодействие (например, упражнения на бимануальную реципрокную координацию движений и стереогноз).

Основной принцип проведения занятий – обучение пациентов навыкам, повышающим их компетентность в повседневной жизни. На занятиях демонстрируются возможности современных гаджетов и информационных технологий, которыми пациенты могут воспользоваться самостоятельно или с помощью других лиц.

Для оценки эффективности программы применяются составленные нами опросники, которые позволяют определить изменения в повседневной жизни пожилых людей, связанные с освоением новых стратегий планирования, контроля, восприятия и запоминания, а также динамику самооценки в когнитивной сфере.

Опыт применения данной реабилитационной программы показал ее положительное влияние на качество жизни пациентов с умеренными когнитивными нарушениями: участие в программе не только расширяет когнитивные возможности, но и позволяет пожилым чувствовать себя более уверенно и комфортно в условиях современного мегаполиса, повышает их самооценку, активность и самостоятельность, расширяет сферу интересов и досуга.

Заключение. Эффективность используемой программы на основе когнитивных тренингов и информационно-образовательных технологий позволяет ее использовать для психологической реабилитации лиц позднего возраста с умеренными когнитивными нарушениями.

УДК 616-006.04+316.472.42

Гусева М.А., Цейтлин Г.Я., Карелин А.Ф.

АНАЛИЗ ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ В КОНТЕКСТЕ ЗАДАЧ РЕАБИЛИТАЦИИ*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева» МЗРФ, Москва*

Guseva M.A., Tseitlin G.Ja., Karelin A.F.

ANALYSIS OF FAMILY RELATIONSHIPS IN PEDIATRIC ONCOLOGY IN THE CONTEXT OF THE REHABILITATION TASKS*D.Rogachev National Medical Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow*

Аннотация. Онкологическое заболевание у ребенка вызывает кризис и социальную депривацию семьи. Адаптация семьи зависит от мобилизации собственных ресурсов и коммуникации с государственными и общественными институтами. На основании данных крупного когортного исследования авторы анализируют особенности внутрисемейных отношений, репродуктивное поведение, внутренние и внешние ресурсы и условия выхода семьи из кризиса.

Ключевые слова: детская онкология, семья, репродуктивное поведение, семейная реабилитация.

Abstract. The family with a cancer child experiences a deep crisis. Adaptation depends on the mobilization of own resources and communication with state and public institutions. On the basis of data from a large cohort study the authors analyze family problems, reproductive behaviour, internal and external resources and conditions to exit the crisis. *Key words:* pediatric oncology, family, reproductive behavior, family rehabilitation.

Введение. Лечение онкологического заболевания у ребенка вызывает кризис и структурно-функциональную перестройку семейной системы с перераспределением ресурсов для достижения главной цели – вылечить больного ребенка. Меняются семейные роли с образованием дисфункциональных вертикальных подсистем: мать – больной ребенок, отец – здоровый ребенок (здоровые дети). Дисфункция семейной системы, сопровождаемая хроническим эмоциональным стрессом, нередко вызывает нарушение семейного равновесия: деструкция внутрисемейных взаимоотношений вплоть, в ряде случаев, до развода.

Семьи нередко оказываются в полной социальной изоляции, связанной как со спецификой лечения, так и со стигмами, маркирующими онкологический диагноз в сознании окружающих. В то же время успешная адаптация семьи к новой ситуации зависит от условий ее существования в сложных взаимодействиях с другими социальными системами – ближним и дальним социальным окружением, с государственными и общественными институтами.

Цель исследования: анализ специфики семейных взаимоотношений в онкопедиатрии.

Материалы и методы. В 2009-2013 гг. методом анкетирования обследованы 1085 семей с ребенком с онкологическим заболеванием в ремиссии. Респонденты: матери в возрасте 24–49 лет (медиана 36 лет). Вопросы анкеты охватывали социальные, демографические, психологические аспекты жизни семьи. В качестве группы сравнения использованы данные когортного исследования Росстата 2009 г. и Всероссийской переписи населения 2010 г. (ВПН, 2010). Для статистической обработки применяли ряд непараметрических методов.

Результаты и обсуждение. Характер супружеских взаимоотношений во время лечения ребенка оценивался самими респондентами: 55,9% не отметили изменений; у 44,1% – отношения изменились: в лучшую сторону – у 25,7%, в худшую – у 10,3%, развод произошел у 8,1%. Таким образом, четверть респондентов отметили консолидацию семьи в период лечения ребенка. Анализ динамики брачности показал, что треть (30,8%) всех завершенных первых браков приходится на период лечения и реабилитации ребенка, а большинство из них (78,6%) – в течение трех лет после установления онкологического диагноза.

Изменились отношения с ближайшим окружением у 54,6% опрошенных: улучшились – у 32,5%; чувствовали себя в изоляции – 6,7%; амбивалентность изменений (с одной частью родственников и друзей – улучшение, с другой – ухудшение) отметили 7,8% респондентов. Изменились отношения со здоровыми детьми у 64,8%, из них в 13,8% случаев отношения резко ухудшились.

При анализе репродуктивного поведения семей отмечены более высокие репродуктивные установки по сравнению с общероссийской выборкой: среднее желаемое число детей – 2.59 и 2.28, среднее ожидаемое – 2.05 и 1.72, соответственно, ($p < 0,01$), была выше и детность: семей с 1 ребенком – 39,7 и 58,3%; с 2 детьми – 48,7 и 27,8%; с 3 детьми – 9,6% и 3,8%; с 4 детьми – 2,1% и 0,7%, соответственно ($p < 0,01$).

Мы полагаем, что такое изменение демографического статуса семей, имеющих ребенка с онкологическим заболеванием, в значительной мере связано с трансформацией ценностных ориентаций родителей в ситуации высокой витальной угрозы, нависшей над ребенком. Установлено, что жизненные цели и ценности наших респондентов приняли во многих случаях просемейную направленность: «быть здоровым» занимает первое место; «быть хорошей матерью» – второе; «заниматься воспитанием детей» – третье; «проводить свободное время с семьей» – четвертое. В то же время, материальное благополучие и социальный статус заняли 8-е

и 19-е места, а у респондентов Росстата – 2-е и 8-е. Доминирование семейных ценностей в нашей когорте подтверждается существенно более низким числом незарегистрированных, так называемых гражданских, браков по сравнению с популяцией (ВПН, 2010): 7,2 и 16,0% ($p < 0,01$) и более высокой детностью.

Заключение. Анализ показал, что четверть семей в нашей когорте успешно преодолела кризис, гармонизировала супружеские отношения, консолидировалась, открыв новые ценности и смыслы существования. Однако многие семьи не в состоянии самостоятельно справиться с кризисом и несут большие издержки и потери. Все вышеизложенное убедительно обосновывает необходимость налаживания психолого-социальной и медико-социальной работы с этой группой населения.

УДК 614.2

Губина Н.Б., Морозова О.Л., Терентьева Г.В.

ДЕТСКИЙ МЕСТНЫЙ САНАТОРИЙ В СИСТЕМЕ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ МЕГАПОЛИСА - ПРОБЛЕМЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детский санаторий – Реабилитационный центр «Детские Дюны» Санкт-Петербург, Россия

Gubina N.B., Morozova O.L., Terenteva G.V.

CHILDREN'S LOCAL SANATORIUM IN THE PEDIATRIC SYSTEM OF MEGALOPOLIS – PROBLEMS AND SOLUTIONS

St. Petersburg State Healthcare Institution “Children’s sanatorium – Rehabilitation center “Children Dune” St. Petersburg, Russia

Key words: children, sanatorium-resort help, priority goals.

Ключевые слова: дети, санаторно-курортная помощь, приоритетные цели.

В статье представлены основные направления деятельности детского местного санатория - реабилитационного центра как этапа в системе педиатрической службы, инновации в практической деятельности. Отражены недостатки существующей законодательной нормативно-правовой базы, организационные проблемы.

Main activities of children’s local sanatorium - rehabilitation center are presented in the article as a stage in pediatric system and innovation in practical activity. Disadvantages of existing legislative and regulatory system and organizational issues are discussed.

Актуальность. В Санкт-Петербурге сохранена система детских местных санаториев, важной задачей является принятие мер по более рациональному использованию данного вида лечебно-профилактического учреждений в общей системе педиатрической службы.

Цель исследования. На примере СПб ГБУЗ «Детский санаторий - РЦ «Детские Дюны» провести анализ целевых критериев, основных направлений и объема работы детского местного санатория - реабилитационного центра, показать недостатки современной нормативно-правовой базы, общие организационные проблемы.

Материалы и методы. В разделе развития здравоохранения Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г. четко регламентированы задачи организации и совершенствования системы здравоохранения, в том числе обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи, включая реабилитационные методы и санаторно-курортное лечение [1]. Имеется поручение Президента РФ В.В. Путина от мая 2014 г. о формировании единой государственной системы реабилитации детей и подростков. Детские местные санатории всегда занимали определенное место в общей системе педиатрической службы и за многие годы работы доказали значимость своего функционирования. Они были обязательным звеном этапного лечения при переводе пациента непосредственно из стационара в санаторий и проводили первичную и вторичную профилактику детям, направляемым из амбулаторно-поликлинических учреждений города [2]. На примере СПб ГБУЗ «Детский санаторий - РЦ «Детские Дюны» мы можем видеть, как приоритетные цели, стоящие перед детским здравоохранением в настоящее время, определяют философию, направления и объем деятельности данных учреждений. Одна из целей - снижение заболеваемости детского населения на этапе детского местного санатория, концептуально основана на саногенетической терапии в отличие от патогенетической в клинической медицине. Основные усилия направлены на восстановление статусного (общего) состояния здоровья ребенка с ожидаемыми эффектами: повышение неспецифической сопротивляемости, повышение адапционных и функциональных резервов, повышение физической работоспособности [3,4]. Актуальность данной задачи подтверждает анализ структуры заболеваемости детей, поступающих к нам на реабилитацию: коморбидность (100% детей кроме основного заболевания имеют очаги хронической инфекции, сопутствующую патологию, кратность которой растет и в среднем составляет 1,5–2,3); неудовлетворительные показатели физического развития, признаки гиподинамии (только у 40% детей функциональные пробы соответствуют норме); необходимость коррекции психосоциально-

го статуса у 72% детей; высокая частота изменений на ЭКГ и ЭХО-КГ; тенденция к увеличению детей с избыточной массой тела с 0,6% в 1989 г. до 16% в 2016 г. [5]. В индивидуальные санаторно-курортные программы включено лечение не только основного заболевания, но и сопутствующей патологии, хронических очагов инфекции. По первичной профилактике проводятся программы по обучению детей здоровому образу жизни и здоровью сберегающим технологиям с оценкой результата путём проведения анкетирования [6]. По данным официальной статистики, остаются высокими показатели детской инвалидности (более 200 на 10000), растёт удельный вес хронической патологии, уменьшается количество детей 1 и 2 группы здоровья. Одним из важных приоритетов педиатрической службы является работа по предотвращению хронической патологии, профилактике детской инвалидности. Актуальность данной задачи, также подтверждается нашими статистическими данными: при поступлении уровень хронической патологии составляет 30% (из них 19,5% в стадии обострения). Проводимые профильные реабилитационные программы в санатории направлены на вторичную профилактику: положительная динамика заболевания, снижение или полное исчезновение клинических проявлений, достижение благоприятного прогноза. Снятие гиподинамии, проведение лечебной физкультуры является ведущим системообразующим элементом в каждой реабилитационной программе. Воздействие на психосоматическую основу ряда заболеваний, оптимизация психологического статуса является актуальной проблемой. Структура нервно-психических расстройств у детей, прошедших лечение в отделении психотерапии является многообразной и сложной, помимо психосоматических проблем обращает на себя внимание рост невротической патологии. Нарастает число детей и подростков с признаками психического инфантилизма. Выявляются нервно-психические расстройства: соматоформные расстройства 7%, органические заболевания головного мозга 17%, невротические расстройства 30%, общие расстройства развития 13%, расстройства поведения 13%, эмоциональные расстройства 16%, расстройства сна 6%, гиперкинетические и тикозные расстройства 10% и т.д. Возрастает группа детей и подростков со сложными социально-психологическими проблемами, которым оказывается пролонгированная психотерапевтическая помощь во время повторных курсов реабилитации. Отделение психотерапии работает с высокой эффективностью. Показатели психического статуса улучшаются у 98% детей: снижаются уровни тревожности и нервно-мышечного напряжения, повышается психологическая активность [8]. Происходит гармонизация видов агрессии, дети чаще используют ее конструктивные виды. При этом отмечено улучшение работоспособности, облегчение засыпания, повышение физической активности и др. Способствует положительному результату работы создание в санатории дружественной среды с индивидуальным, доброжелательным подходом к каждому ребёнку. Очень важно не исключить ребёнка на период лечения и реабилитации из процесса социализации и обеспечить обучение в школе. Педагогический коллектив санатория на основе принципов лечебной педагогики в тесной координации с психологической службой и медицинскими работниками по определённой системе проводит социальную реабилитацию. Практическая деятельность. На современном этапе наш санаторий - реабилитационный центр представляет собой современный многомодульный, многофункциональный комплекс в курортной зоне Карельского перешейка, находится на бюджетном финансировании, принимаются дети от 4 до 15 лет с сердечно-сосудистой патологией, заболеваниями суставов, желудочно-кишечного тракта, лёгких, лор-органов, бронхиальной астмой. Это единственное детское реабилитационное учреждение города и Северо-Запада, где имеется водогрязелечебница, используются местная уникальная ультракислая гиттиевая Сестрорецкая грязь и минеральная вода Гдовского горизонта из собственных скважин. Функционируют более 20 лечебных кабинетов, в том числе отделение психотерапии. Школа санатория имеет лицензию на образовательную деятельность. Мультидисциплинарная бригада из медицинских работников, педагогов, психотерапевтов и медицинских психологов проводит комплексную реабилитацию. Учитывая наши возможности, главными внештатными специалистами Санкт-Петербурга утверждены медицинские показания по профильной патологии для направления детей на долечивание и реабилитацию в наше учреждение, которые являются более расширенными по сравнению с перечнем медицинских показаний для санаторно-курортного лечения, утверждённых приказом МЗ РФ от 05.05.2016 г. № 281н. К примеру, в отличие от федеральных рекомендаций при заболеваниях желудочно-кишечного тракта не является противопоказанием стадия субремиссии, ювенильные идиопатические артриты на долечивание из стационаров поступают после отработки схемы лечения и т.д. Также главными специалистами, в связи с отсутствием профильных протоколов санаторно-курортного лечения, утверждённых на федеральном уровне, совместно с сотрудниками санатория разработаны реабилитационные программы с применением местных природных физических факторов, как неспецифических многофакторных методов воздействия. Отработана и внедрена концепция функционирования учреждения - интегративная модель комплексной реабилитации, построенная по замкнутому контуру обратной связи для оценки разницы показателей междисциплинарного мониторинга физической, психической и социальной составляющих здоровья на «входе» и на «выходе». При поступлении в санаторий на «входе» в реабилитацию оцениваются показатели физической, психической и социальной составляющих здоровья. Для обоснования действен-

ности и целесообразности критериев, проведена научно-практическая работа и на «входе» в процесс реабилитации мы определяем в баллах суммарный показатель нарушения статуса здоровья, его биологических, психофизиологических, социальных компонентов, который можно назвать реабилитационным потенциалом. По физическим данным оцениваются: уровень физического развития, показатели переносимости физической нагрузки с проведением силовых проб, пробы Штанге и Генчи; потенциальные негативные факторы риска; определенные биомаркеры, к примеру, глюкоза, липидограмма, индекс атерогенности, и доклинические признаки заболевания (по основному диагнозу и сопутствующим, а также хроническим очагам инфекции); частота острых заболеваний, отражающих состояние иммунитета. Обязательным является на «входе» каждому пациенту проводить оценку (в баллах), разработанных в нашем учреждении, неспецифических показателей изменения состояния здоровья. Субъективные изменения статуса здоровья включают в себя жалобы пациента на слабость, вялость, утомляемость, боли в животе. Неврологические - Необходимо принять меры к устранению дистанцирования санаторно-курортных учреждений от системы оказания медицинской помощи, что нарушает ст. 40 ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Местные детские санатории являются эффективной структурой в системе оказания педиатрической помощи, важным звеном на втором, третьем этапе реабилитации и должны быть включены в порядки и листы маршрутизации.

Необходим системный подход в организации педиатрической медицинской помощи, важное значение в котором имеют: четкое определение задач и объемов оказания медицинской помощи для каждого уровня лечебных учреждений; порядок взаимодействия лечебных учреждений; единая программа поэтапного ведения пациентов; доступность результатов, обмен информацией по оказываемой помощи между учреждениями разного уровня (обратная связь).

В целях построения единой системы реабилитационной помощи и санаторно-курортного лечения, оптимизации деятельности организаций, функционирующих в данной сфере, необходимо внести корректировку в ряд положений существующей нормативно-правовой базы.

Сохранение здоровья детей - важнейшая социальная задача, для решения которой особо значим межведомственный подход с подключением всех ведомств, занимающихся вопросами детства, для каждого должен быть определён целевой критерий и объём работы.

Список литературы:

Распоряжение правительства РФ от 17.11.2008 г. № 1662-р

Приказ МЗ СССР от 29.12.1969 г. № 932

Этапы становления санаторно-курортной и реабилитационной помощи детям на опыте СПб ГУЗ «ДС – РЦ «Детские Дюны» / Губина Н.Б., Терентьева Г.В., Климова М.Л. и др. // Материалы юбилейной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня основания СПб ГУЗ «ДС – РЦ «Детские Дюны» Актуальные вопросы реабилитации в педиатрии. г. Санкт-Петербург, апрель 2006 г. С. 35-44

Роль реабилитации в сохранении и укреплении здоровья детского населения на современном этапе / Юрьев В.В., Алексеев С.В., Янушанец О.И. // Городская научно-практическая конференция вопросы реабилитации. Санкт-Петербург, май 2000 г. С. 9-16

Данные статистического годового отчета СПб ГБУЗ «Детский санаторий – РЦ «Детские Дюны», 2016 г.

Опыт организации социальной реабилитации в условиях местного детского санатория – реабилитационного центра / Кобзев О.С., Губина Н.Б. // Сборник трудов Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы комплексной реабилитации детей: от теории к практике». Санкт-Петербург, апрель 2016 г. С. 99-102

Восстановительная медицина в педиатрии: состояние и перспективы / Разумов А.Н. // Материалы юбилейной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня основания СПб ГУЗ «ДС – РЦ «Детские Дюны» Актуальные вопросы реабилитации в педиатрии. Санкт-Петербург, апрель 2006г. С. 31-33

Опыт организации и значимость деятельности отделения психотерапии в общей структуре реабилитационной помощи в условиях местного санатория – реабилитационного центра / Климова М.Л., Губина Н.Б., Макарова О.Ф. и др. // Сборник трудов Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы комплексной реабилитации детей: от теории к практике». Санкт-Петербург, апрель 2016 г. С. 62-69

Губина Н.Б. Рациональная интегративная модель комплексной реабилитации в условиях детского санаторий – реабилитационного центра: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. СПб, 2009 г. 18 с.

Оценка эффективности реабилитации в условиях местного санатория – реабилитационного центра / Губина Н.Б., Морозова О.Л., Терентьева Г.В. и др. // Сборник трудов Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы комплексной реабилитации детей: от теории к практике». Санкт-Петербург, апрель 2016 г. С. 74-77

Маршрутизация пациента – одна из базисных составляющих рациональной организации педиатрической помощи / Морозова О.Л., Губина Н.Б., Терентьева Г.В. // Сборник трудов Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы комплексной реабилитации детей: от теории к практике». Санкт-Петербург, апрель 2016 г. С. 53-57

УДК 159.99

Исупов К. Л.

МЕСТО ПРИКЛАДНОГО АНАЛИЗА ПОВЕДЕНИЯ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

ООО «Центр Прикладного Поведенческого Анализа» Санкт-Петербург, Российская Федерация

K. L. Isupov

APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS IN THE PSYCHONEUROLOGICAL REHABILITATION SYSTEM.

Center of Applied Behavioral Analysis, LLC St-Petersburg, Russian Federation

Ключевые слова: Прикладной анализ поведения, АВА, РАС.

Keywords: Applied Behavior Analysis, ABA, ASD.

Аннотация: Рассмотрены различные аспекты применения прикладного анализа поведения в рамках отечественной практики реабилитации при психоневрологических нарушениях.

Resume: Various aspects of application of Applied Behavior Analysis within the framework of domestic practice of rehabilitation for psychoneurological disorders are considered.

Наиболее частый запрос, с которым родители детей с особенностями развития обращаются за помощью к специалисту, обычно звучит так: «ребёнок не разговаривает». После такого обращения, например, к врачу начинается поиск первичной патологии, её устранение или снижение её влияния на развитие ребёнка. При этом непосредственно на развитие навыков ребёнка времени и ресурсов может не оставаться. В результате, независимо от того, удалось ли вылечить ребёнка, он может оставаться на низком уровне развития навыков, а его интеллект и когнитивные способности могут оставаться задержанными. В связи с этим возникает закономерный вопрос, насколько оправдан такой подход в реабилитации лиц с психоневрологическими нарушениями.

Не менее важным компонентом реабилитации является устранение поведенческих проявлений первичной патологии. Это существенно помогает облегчить проведение социальной реабилитации у лиц с психоневрологическими нарушениями. Делает их менее зависимыми от других людей, а также снижает потенциальный уровень угрозы здоровью и благополучию окружающих.

По опыту зарубежных коллег наиболее эффективным методом реабилитации является сочетание медикаментозного лечения с соблюдением программы поведенческого вмешательства. Применение поведенческих программ не конфликтует с медикаментозной терапией и позволяет начать работу над опорными и жизненно-важными навыками сразу после выявления наличия проблемы. Кроме того, своевременно начатая поведенческая интервенция зачастую позволяет избежать применения нейролептиков, угнетающих когнитивное развитие пациента, а значит, возрастают шансы на его успешную ресоциализацию.

Суть терапии в прикладном анализе поведения заключается в преобразовании естественной среды пациента в непрерывно-обучающую. Для этого членам семьи пациента, а также специалистам, которые имеют доступ к нему, составляются специальные рекомендации по тому, как правильно вести себя с пациентом, какие команды использовать, как реагировать на то или иное поведение, чтобы снизить частоту нежелательных реакций или, наоборот, увеличить частоту желательных.

Множество зарубежных исследований указывает на важность проведения ранней интервенции у пациентов с аутизмом и ЗПР, а также у детей, находящихся в группе риска по манифестации у них РАС (детей, имеющих членов семьи с РАС и умственной отсталостью). Однако, применение ПАП не должно ограничиваться детьми с РАС, а его восприятие как терапии аутизма должно прекратиться. Терапия в ПАП подходит для людей всех возрастов, имеющих различные психоневрологические патологии.

На сегодняшний день доступность услуг поведенческих специалистов по-прежнему находится на низком уровне. Основные центры поведенческого анализа сосредоточены в крупнейших городах нашей страны, в то время, как в небольших городах отсутствуют какие-либо специалисты, которых хотя бы слышали о таком подходе.

Таким образом:

Применение ПАП может не только обогатить комплекс реабилитационных мероприятий, но и существенно облегчать проведение реабилитации у людей с тяжелыми поведенческими нарушениями, например, у агрессивных взрослых мужчин.

Раннее вмешательство позволяет подготовить родителей и членов семьи к различным вероятным поведенческим проблемам пациентов с психоневрологической патологией, а также снизить количество опасных и деструктивных проявлений диагноза.

ПАП позволяет организовать домашнюю среду больного для проведения коммуникативного тренинга и снижения частоты нежелательных поведенческих реакций благодаря обучению функциональному замещающему поведению.

Применение ПАП помогает избежать необходимости применения некоторых нейролептиков, что позволяет сохранить когнитивные характеристики пациента и не нарушает ход обучения.

ПАП предлагает персонализированный подход к оказанию помощи лицам с психоневрологическими нарушениями. Исключение «принятых при данной нозологии» процедур из списка необходимых, замена этих процедур на действительно необходимые для конкретного пациента.

Необходимо увеличить распространение применения ПАП на территории нашей страны с помощью повышения уровня осведомленности населения о методах эффективной реабилитации при психоневрологических расстройствах.

УДК 615.838

Ищук В.Н., Мерзликин А.В., Ищук Ю.В.

АПРОБАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЕРИФИКАЦИИ ДЕЗАДАПТОЗОВ И ОПРЕДЕЛЕНИИ НУЖДАЮЩИХСЯ ЛИЦ В МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Ischuk V., Merzlikin A., Ischuk Iu.

APPROBATION OF DIAGNOSTIC RESEARCH METHODS IN VERIFICATION OF DESADAPTOSIS AND DETERMINATION OF NEEDED PERSONS IN MEDICAL-PSYCHOLOGICAL REHABILITATION

Medical Military Academy named after S.M. Kirova, St. Petersburg

В настоящей работе представлены диагностические методы для верификации пациентов с дезадаптивными расстройствами. Оценивали состояние соматического здоровья, физической работоспособности и психологического статуса пациентов и получали итоговый показатель, показывающий нуждаемость в медико-психологической реабилитации. Установлено, что предложенные методы исследования имеют высокую диагностическую достоверность при верификации дезадаптивных расстройств и могут быть рекомендованы для определения нуждающихся лиц в медико-психологической реабилитации.

In this work diagnostic methods for verification of patients with desadaptive disorders are presented. We assessed the state of somatic health, physical working capacity and psychological status of patients and received a final indicator showing the need for medical and psychological rehabilitation. It is established that the proposed methods of investigation have high diagnostic reliability in the verification of desiderative disorders and can be recommended for identifying persons in need of medical and psychological rehabilitation.

Постоянно растущий темп жизни, высокая ответственность служащих, условия долговременной «информационной атаки» и, таким образом, хроническая стрессовая ситуация приводит к несоответствию между растущими негативными воздействиями факторов рабочей и окружающей среды и адаптивными возможностями организма. Такое несоответствие приводит к запуску патогенетического механизма, в основе которого лежат нарушения адаптации как физической, так и психической сферы. Эти патологические состояния получили название дезадаптозов.

Дезадаптозы хотя и не представляют непосредственной опасности для жизни человека, но оказывают существенное негативное влияние на его работоспособность, и при длительном существовании могут привести к возникновению острых или обострению хронических заболеваний и последующей физической инвалидизации.

Мы провели исследования 174 человек в возрасте от 28 до 40 лет (средний возраст $34,0 \pm 5,4$ лет), занимающихся операторским трудом и требующим постоянного напряжения внимания, режим работы сменный. Примерный стаж деятельности в таких условиях обследуемой группы составил 4-8 лет.

Исследования проводили следующими методами:

- количественно соматическое здоровье оценивали с помощью тестовой системы Г.Л. Апанасенко, адаптационного потенциала или индекса функциональных изменений Р.М. Баевского и вегетативного индекса Кердо [1];

- оценку физической работоспособности проводили с помощью субмаксимального теста PWC 170 (AF) [2];

- психологическое состояние оценивали с помощью анкеты самооценки состояния (АСС) и шкалы оценки астении MFI-20 [3].

В ходе исследования было выявлено, что у 34% исследуемых лиц были снижены количественные показатели соматического здоровья (22% - напряжение адаптации ($p < 0,01$), 10% - неудовлетворительная адаптация ($p < 0,05$), у 2% - срыв адаптации), причем у 64% была выявлена выраженная симпатикотония ($p < 0,05$). У 15% была снижена физическая работоспособность ($p < 0,01$). 23% исследованных лиц отмечали хорошее субъективное самочувствие, 68% отмечали удовлетворительное субъективное самочувствие ($p < 0,01$) и 9% говорили о неудовлетворительном субъективном самочувствии ($p < 0,05$). У 14% исследуемых лиц была снижена мотивация к работе ($p < 0,05$), 28% отмечали снижение физической активности ($p < 0,05$), 32% испытывали общую астенизацию ($p < 0,01$) и 4% ощущали усталость даже после выходных. Лишь 22% исследованных лиц не предъявляли практически никаких жалоб и по данным исследования не нуждались в проведении медико-психологической реабилитации (МПР).

Полученные нами данные свидетельствуют о высокой диагностической достоверности предложенных методов исследования в верификации дезадаптивных расстройств и могут быть рекомендованы для определения нуждающихся лиц в медико-психологической реабилитации.

Литература:

1. Оценка эффективности и управление процессом целенаправленного выздоровления пациентов в центрах здоровья и на этапах медицинской реабилитации: учебное пособие / А.Н. Разумов, О.В. Ромашин – М.: Квадрига, 2009.- 56с.
2. Функциональные пробы в оценке сердечно-сосудистой системы: учебное пособие / Е.А. Гаврилова, Ю.А. Петров.- СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015.- 28 с.
3. Психодиагностические методы выявления дезадаптационных нарушений в практике клинических психологов: учебное пособие. Под ред. Проф. Рыбникова В.Ю., проф. Чермянина С.В.- СПб.: «АЙСИНГ», 2009.- 216 с.

УДК. 159.9.072.432.

Морозова Е.В.

КОНЦЕПЦИЯ «ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ИНВАЛИДНОСТИ» В ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ КОНТЕКСТЕ

ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России

Morozova E.V.

CONCEPTION «INTERNAL PICTURE OF DISABILITY» IN THE EXPERT AND REHABILITATION CONTEXT

FSBI FB MSE MINISTRY OF LABOR OF RUSSIA

Ключевые слова: Внутренняя картина инвалидности, психология личности, приверженность к реабилитации, реабилитационная готовность, психологическая реабилитация.

Keywords: Internal picture of disability, personal psychology, commitment to rehabilitation, rehabilitation readiness, psychological rehabilitation.

Аннотация. В статье обосновывается актуальность разработки основных положений новой психологической концепции «Внутренняя картина инвалидности», характеризующей психологический реабилитационный потенциал личности в условиях инвалидизирующего заболевания. Изложены методологические и практико-эмпирические основания данной концепции, охарактеризована выборочная совокупность исследуемых больных с обоснованием выбранных нозологических форм для исследования и методический комплекс, примененный для исследования психологических параметров, формирующих реабилитационную (деятельностную) активность личности. На основании полученных эмпирических результатов исследования констатированы положения, характеризующие основные феноменологические характеристики концепции ВКИ, с указанием психологических детерминант адаптивного и дезадаптивного типа ВКИ, и значимости практического применения концепции ВКИ при организации психологического аспекта реабилитации на всех этапах заболевания (до фактически установленной инвалидности, в процессе пребывания в данном статусе, и при утрате инвалидности).

Abstract. The article proves the urgency of the development of the main provisions of the new psychological conception "Internal picture of disability", which characterized the psychological rehabilitation potential of an individual who is in conditions of a disabling disease. The methodological and practical-empirical foundations of this conception are outlined, the main theoretical-methodological and practical-empirical contradictions are characterized, determining the urgency of developing such a conception, selective set of patients under study was characterized with the justification of the selected nosological forms for the study and the methodical complex used to study psychological parameters, forming the rehabilitation (activity) activity of the individual. On the basis of the empirical results of the study, the positions characterizing the main phenomenological characteristics of the conception of VCI, indicating psychological determinants of adaptive and non-adaptive type of VCI, importance of practical application of the concept of the VCI in the organization of the psychological aspect of rehabilitation at all stages of the disease (to actually established disability, the process of staying in this status and in the case of loss).

Введение. Анализ литературных источников свидетельствует о том, что несмотря на объем исследований проблем, касающихся личности в условиях болезни, по-прежнему остается недостаточно изученной именно субъективизация больным себя в ситуации инвалидизации. В ходе инвалидизирующей болезни возможна динамика функционального состояния, в зависимости от которой статус больного может меняться, а в самосознании личности (даже при фактическом отсутствии инвалидности) формироваться субъективное

восприятие себя как инвалида, *т.е. внутренняя картина инвалидности.*

Вклад отечественных и зарубежных ученых в исследование и разработку клинико-психологической концепции «Внутренней картины болезни» (ВКБ) не оценим [1, 2]. Исследования ВКБ раскрыли значимость данного конструкта для личностной адаптации больного к заболеванию, что в клинической практике по достоинству оценено и используется в лечении и реабилитации больных специалистами различных медико-социальных направлений. Однако, практический опыт специалистов медико-социальной экспертизы ежедневно позволяет убедиться, что обращающиеся в учреждения медико-социальной экспертизы больные, помимо субъективного представления о себе как о больном, в результате которого формируется ВКБ, имеют устойчивое субъективное представление *о себе как об инвалиде.* На основании данного представления, сформированного в процессе адаптации к инвалидизирующему заболеванию, больной реализует различные адаптационные стратегии: от приверженности к реабилитации до полного ее отвержения. Негативной стратегией адаптации нередко становится дезадаптивная позиция «отчуждения» факта полученных положительных результатов реабилитации, свидетельствующих о функциональном восстановлении. В таких случаях, из-за снижения степени инвалидизации либо «выхода» из статуса «инвалид», личностная активность больного реализует стратегии социально-жизненного приспособления с предпочтением протестно-рентного поведения в решении актуальных на данном этапе жизни задач [4, 3, 5, 9].

Наряду с признанием психологическим сообществом феномена «Внутренняя картина инвалидности», как субъективного переживания ситуации инвалидности и введения данного понятия в тезаурус клинической психологии, неразработанными остаются ее значимые концептуальные положения [6]. Эмпирических работ, характеризующих психологию больного касательно реабилитационной приверженности, недостаточно, что определяет актуальность обоснования и разработки психологической концепции «Внутренней картины инвалидности», характеризующей реабилитационный потенциал личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания.

Цель исследования заключалась в разработке психологической концепции «внутренней картины инвалидности» (ВКИ) с позиций реабилитационной (деятельностной) активности личности при ведущих инвалидизирующих патологиях.

Объектом исследования стала личность больного трудоспособного возраста (18-55 лет женщины, 19-60 лет мужчины), вследствие ведущих инвалидизирующих патологий (злокачественных новообразований, болезни системы кровообращения, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, заболевания сахарный диабет первого и второго типа). Выбор больных указанных нозологических форм, обусловлен высокой степенью инвалидизации данных заболеваний, из которых злокачественные новообразования, болезни системы кровообращения и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани по многолетним статистическим наблюдениям составляют основную структуру инвалидности в Российской Федерации.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие 510 больных, находящихся на различных этапах инвалидизирующего заболевания (до фактического установления инвалидности, на этапе инвалидности при снижении степени ее тяжести, а также при утрате статуса «инвалид»). Больные обследовались в процессе медико-социальной экспертизы в экспертных составах ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России 360 чел.; и в процессе реабилитации в клинике ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России 150 чел. Данная совокупность больных, в соответствии с этапом заболевания (до инвалидности, в процессе инвалидности и после ее утраты, а также больные, не претендующие на инвалидность) составили 4 группы сравнения: больные, ранее не имеющие статуса инвалид и обжалующие экспертное решение по поводу первичного установления инвалидности – 120 чел. (24%); больные, находящиеся в зоне статуса «инвалид», претендующие на пересмотр экспертного решения по поводу возврата ранее установленной степени тяжести инвалидности 120 чел. – (24%); реабилитированные больные (утратившие статус инвалид), оспаривающие экспертное решение – 120 чел. (24%); больные, тех же нозологических категорий, находящиеся в ситуации реабилитации, вне статуса «инвалид» и на данный момент не претендующие на данный статус 150 чел. – (28%). Группы больных, находящихся в ситуации медико-социальной экспертизы и группа больных, не отождествляющих себя с инвалидностью не имели статистически достоверных различий по нозологической принадлежности, тяжести, длительности заболевания, а также по таким социально-демографическим параметрам как пол, возраст, образовательный и семейный статус.

Диагностика производилась следующим психологическими методиками: «Диагностика уровня социальной фрустрированности» (УСФ Л.Вассерман) (Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. В.М. Бехтерева); «Индекс жизненного стиля» (life stile index) (Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. В.М. Бехтерева) «Шкала Э. Хайма» (Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. В.М. Бехтерева); «Методика двадцать ответов «Кто Я?»» (М. Кун, Т. Макпартлэнд); «Опросник социальной значимости заболевания» (Сердюк); Опросник диагностики доминирующих ценностно-мотивационных ориентаций (Бубновой С.С.); Модифицированный вариант методики «Шкалы» (Дембо – Рубин-

штейн), с дополнением субъективной самооценки больным способности к выполнению ведущих сфер жизнедеятельности, объективизированные ограничения в которых, по существующему законодательству в Российской Федерации формируют инвалидизацию. В эмпирическом исследовании осуществлен анализ и сопоставление более чем 100 количественных психологических показателей изучаемых групп больных. Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакета статистических программ Statistica 10, в виде сравнительного, факторного и корреляционного анализа.

Результаты: На основании проведенного эмпирического исследования можно констатировать следующее:

1. Концептуально «Внутренняя картина инвалидности», представляет собой психологический феномен, отражающий специфику проявлений личностной реабилитационной активности, функционально характеризуемой как реабилитационный потенциал личности, включая:

1) субъективное отношение больного к себе как к инвалиду, и к ситуации инвалидизирующего заболевания, в соответствии с которым происходит регуляция личностной реабилитационной активности субъекта;

2) структурно-уровневую конфигурацию ВКИ, представленную на эмоциональном, когнитивно-информационном, ценностно-мотивационном и социально-поведенческом уровне;

3) психологические параметры уровневой конфигурации, характеризуемые диапазоном выраженности качественных характеристик, отражающих степень сформированности значимых свойств личностного функционирования – психологической реабилитационной готовности, обеспечивающей приверженность к реабилитации.

2. Психологические характеристики структурно-уровневой конфигурации ВКИ больных, претендующих на инвалидность вследствие ведущих инвалидизирующих патологий, проявляют своеобразие личностной реабилитационной активности в зависимости от этапа заболевания (до фактического установления инвалидности, на этапе инвалидности при снижении степени ее тяжести, а также при утрате статуса «инвалид») и имеют значительные качественно-количественные различия выраженности и представленности, по сравнению с психологическими характеристиками больных тех же нозологических категорий, не претендующих на статус инвалид.

3. На основе эмпирического исследования выделены типы реабилитационной (деятельностной) активности личности адаптивного и дезадаптивного типа:

Формирование адаптивной реабилитационной активности, характеризуется высоко функциональным реабилитационным потенциалом личности, с устойчивой реабилитационной приверженностью, и детерминируется: адекватной оценкой самоэффективности способности к осуществлению жизнедеятельности; дифференцированной структурой идентичности, характеризующей высокий уровень социального и ролевого функционирования; активной просоциальной ценностно-мотивационной направленностью; развитой копинг-компетентностью, с преобладанием в механизмах личностного совладания проблемно-решающих стратегий когнитивного самовоздействия, наличии качества «оптимизм» и отсутствия выраженных фрустрационных переживаний.

Формирование дезадаптивной реабилитационной активности, характеризуется дисфункциональным реабилитационным потенциалом, при низкой психологической реабилитационной готовности, детерминируемой: выраженной эмоциональной фиксацией на переживаниях, обусловленных ограничительными последствиями заболевания; редуцированной социальной идентичностью; низкой самооценкой способности к реализации жизнедеятельности; низкой осмысленностью жизни с фиксированной ценностной ориентацией на льготное жизнеобеспечение, при отсутствии планов к самореализации в трудовой, межличностной и социокультурной сферах жизнедеятельности; доминированием в структуре совладания дезадаптивных стратегий преимущественно эмоционального регистра.

4. Эмпирически выявленная специфика реабилитационной активности больных ведущих инвалидизирующих патологий (вследствие злокачественных новообразований, болезней системы кровообращения, болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани и заболевания сахарный диабет первого и второго типа) должна учитываться при реализации психологического компонента в системе комплексной реабилитации больных и инвалидов, в соматических отделениях медицинских организаций здравоохранения и различных учреждениях социальной защиты населения.

5. Прикладной характер разработанной концепции применим к задачам реабилитации и медико-социальной экспертизы в следующем.

Для медико-социальной экспертизы эмпирически обоснованы критерии диагностической оценки значимых «личностных особенностей», позволяющие в зависимости от выявленной специфики ВКИ, характеризующей реабилитационный потенциал личности (в части сформированности психологической реабилитационной готовности и приверженности к реабилитации) объективизировать нуждаемость в психологической реабилитации для включения соответствующих мероприятий в ИПРА инвалида.

Для эффективной реализации реабилитации в соответствии с концептуальными положениями ВКИ

на основе полученных эмпирических данных сформулированы теоретико-прикладные основы модели психологического аспекта реабилитации больных в соответствии с этапом заболевания (до фактического наступления инвалидности, в процессе пребывания в данном статусе, а также после выхода из статуса «инвалид», включая стратегии повышения реабилитационной приверженности). В рамках предлагаемой модели реабилитации психологическая диагностика, профилактика и коррекция дезадаптивных проявлений ВКИ, должна производиться на всех этапах заболевания, решая на каждом этапе специфичные цели и задачи, в целом ориентирующие больного на повышение реабилитационной приверженности.

Заключение. Таким образом, использование положений концепции ВКИ в экспертно-реабилитационной деятельности позволит эффективнее учитывать личностную специфику больных на различных этапах инвалидизирующего заболевания, за счет своевременной оценки и коррекции дезадаптивных личностных параметров, ориентируя больного на реабилитационную приверженность и предотвращая социально-психологические и социально-экономические «риски», связанные с инвалидностью [7,8].

Список литературы:

- Арина Г.А., Николаева В.В. Внутренняя картина болезни и образ мира // Психосоматика: телесность и культура: учеб. пособие / под ред. В.В. Николаевой. – М.: Акад. проект, 2009. – С. 115–123. Арина Г.А., Николаева В.В. Внутренняя картина болезни и образ мира // Психосоматика: телесность и культура: учеб. пособие / под ред. В.В. Николаевой. – М.: Акад. проект, 2009. – С. 115–123.
- Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. – М.: Медицина, 1977. – 111 с.
- Морозова, Е.В. Внутренняя картина инвалидности (генез, структура, функции, свойства) / Е.В. Морозова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Медицина. – 2008. - № 1. - С.42-46.
- Морозова, Е.В. Внутренняя картина инвалидности // Психология инвалидности: хрестоматия // под ред. Д.И. Фильдштейна, сост. О.В. Краснова. – М.: МПСИ, Воронеж: МОДЭК, 2011. – С.133-146.
- Морозова, Е.В. Внутренняя картина инвалидности как реабилитационный потенциал личности // «Медико-социальная реабилитация». Учебник // Под ред. С.В. Шмелевой - М.: РГСУ, 2013. - С.61-108.
- Морозова, Е.В. Внутренняя картина инвалидности // Клиническая психология: Энциклопедический словарь // под общ. ред. проф. Твороговой – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Практическая медицина, 2016 – С.122-123.
- Рыбников, В.Ю., Морозова, Е.В. Структурно-динамическая модель «Внутренней картины инвалидности» в контексте психологической реабилитации/В.Ю.Рыбников, Е.В.Морозова// Вестник Психотерапии. – 2016. - № 57 (62). - С.113-133.
- Рыбников, В.Ю., Морозова, Е.В. Организационно-методологические основы системы психологической реабилитации в контексте концепции «Внутренней картины инвалидности»/В.Ю.Рыбников, Е.В.Морозова// Российский психологический журнал. - 2016. – Т.13. - № 1. - С.125-147.
- Morozova, E.V. Acceptance of Disability: Determinants of Overcoming Social Frustration/ E.V.Morozova, S.V.Shmeleva, E.A.Sorokoumova, V.B.Nikishina, L.V.Abdalina // Global Journal of Health Science. - 2015. - Vol. 7. - No. 3. – P.317-323. ISSN 1916-9736 E-ISSN 1916-9744 Published by Canadian Center of Science and Education.

УДК 616.6:616.832-001]-036.868

Палаткин П.П., Филатов Е.В.

ПАТОЛОГИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА

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

Palatkin P.P., Filatov E.V.

URINARY TRACT PATHOLOGY IN PATIENTS WITH TRAUMATIC SPINAL CORD INJURY

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

Ключевые слова: травматическая болезнь спинного мозга, нейрогенная дисфункция мочевыводящих путей, урологическая патология.

Keywords: traumatic spinal cord injury, neurogenic dysfunction of urinary tracts, urologic pathology.

Аннотация. Проанализированы истории болезни 169 пациентов с травматической болезнью спинного мозга за 2016 год. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря была у всех анализируемых больных. Пациенты с гиперактивным детрузором и гиперактивным уретральным сфинктером встречались чаще, $p < 0,05$. Воспалительные заболевания мочевыводящих путей и мочекаменная болезнь встречались чаще при повреждении шейного и грудного отделов позвоночника и повреждении спинного мозга типа «А» и «В», $p < 0,05$.

Abstract. One hundred and sixty-nine case records of patients with traumatic spinal cord injury were analyzed in 2016. All the examined patients had a neurogenic dysfunction of urinary tracts. Patients with hyperactive detrusor and hyperactive urethral sphincter presented more often, $p < 0,05$. Inflammatory disease of urinary tracts and urinary stone disease presented more often in cases of spinal cord injury types “A” and “B”, $p < 0,05$.

Актуальность. Травматическая болезнь спинного мозга (ТБСМ) является причиной возникновения нарушений функции тазовых органов. Наличие урологических расстройств часто может лимитировать ре-

билитацию данной группы пациентов, мешать социальной адаптации пациентов.

Цель: анализ урологических нарушений у пациентов с травматической болезнью спинного мозга.

Материал и методы. Исследование проведено в отделении нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. Проанализированы истории болезни 169 пациентов с ТБСМ, проходивших лечение в 2016 году. Мужчины составили из них 77 % (133 человека), женщины – 23 % (36 пациенток). Средний возраст больных составил 33,7 года, мужчин – 33,6 года, женщин – 34,2 года.

На каждого пациента заполнялся протокол неврологического и урологического осмотра, разработанный в ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. Для оценки нейрогенной дисфункции мочевого пузыря применялась классификация Мадерсбахера.

Результаты. Повреждение позвоночника на шейном уровне было у 69 человек (41 %), грудной уровень травмы у 79 больных (47 %) и повреждение позвоночника на поясничном уровне у 21 пациента (12 %). Неврологические нарушения типа «А» по ASIA имели 72 пациента (43 %), типа «В» – 52 больных (31 %), тип «С» нарушений зафиксирован у 36 человек (21 %) и тип «D» – у 9 пациентов (5 %).

Все пациенты имели нейрогенную дисфункцию нижних мочевыводящих путей (НДНМП). Из них у 27 больных (16 %) имелась эпицистостома и у 2 пациентов (1 %) постоянный уретральный катетер. С гипоактивным детрузором было 42 пациента (25 %), гиперактивный детрузор был у 94 больных (56%), нормаактивный – у 4 человек (2%). Гипоактивный уретральный сфинктер имели 4 больных (2 %), гиперактивный уретральный сфинктер был у 100 пациентов (59 %) и нормаактивный – у 36 человек (21 %). До травмы урологические заболевания были у 14 человек (8 %). Из них 6 пациентов перенесли венерические заболевания, у 4 больных лечение пиелонефрита в анамнезе, у 3 пациенток был цистит и у 1 пациента в анамнезе мочекаменная болезнь (МКБ) и хронический простатит. Наличие урологической патологии до травмы не оказало статистически значимого влияния на развитие урологической патологии после травмы.

После травмы воспалительные заболевания мочевыводящих путей (МВП) отмечены у 155 пациентов (92 %). У всех этих пациентов имелись явления хронического цистита, у 44 человек он сочетался с хроническим пиелонефритом и у 1 пациента имелся хронический орхоэпидидимит.

У 68 больных (40 %) после травмы отмечено развитие МКБ: у 28 пациентов (41 %) мелкие конкременты отходили самостоятельно. Конкременты мочевого пузыря были у 29 человек (43 %). Камни верхних МВП – у 11 больных (16 %). Оперативное лечение при МКБ проводилось 35 пациентам (21 %), 32 больным (91 %) выполнялись эндоскопические операции и 3 (9 %) – открытые оперативные вмешательства.

Чаще воспалительные заболевания МВП и МКБ встречались при повреждении на шейном и грудном уровнях при повреждениях типа «А» и «В» ($p < 0,05$).

Эпицистостома имелась у 27 больных (16 %): у 12 пациентов (44 %) эпицистостома была наложена в связи с отсутствием самостоятельного мочеиспускания, 3 пациентам (11 %) в связи с уретритом, 5 больным (19 %) в связи с наличием хронической задержки мочи и развитием восходящего пиелонефрита, 4 пациентам (15 %) в связи со стриктурой уретры, 2 больным (7 %) из-за развития почечной недостаточности и 1 пациенту (4 %) в связи с наличием тяжелой сочетанной травмы.

Заключение. Все пациенты с ТБСМ имели НДНМП. Статистически достоверно чаще встречались пациенты с гиперактивным детрузором и гиперактивным уретральным сфинктером. Статистически значимо большее количество пациентов было с грудным и шейным уровнями травмы и нарушением проводимости по спинному мозгу типа «А» и «В».

Воспалительные заболевания МВП и МКБ встречались статистически значимо чаще при повреждении на шейном и грудном уровнях позвоночника и повреждении спинного мозга типа «А» и «В».

УДК 616-036.86+ 342.72/.73

Рябова А.А., Дренёва А.А., Касаткин В.Н.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СИЛЫ ПАЛЬЦЕВЫХ МЫШЦ И МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПУХОЛИ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ

Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева Москва, Россия

Ryabova A.A., Dreneva A.A., Kasatkin V.N.

CORRELATION BETWEEN STRENGTH OF FINGER MUSCLES AND FINE MOTOR SKILLS IN POSTERIOR FOSSA TUMOR SURVIVORS

Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology Moscow, Russia

Ключевые слова: детская онкология, опухоли ЦНС, мелкая моторика, сила пальцевых мышц
Keywords: pediatric oncology, CNS tumors, fine motor skills, strength of fingers muscles

Аннотация.

У детей, перенесших опухоли задней черепной ямки, наблюдаются стойкие моторные нарушения, в связи с чем встает вопрос восстановления моторных функций. Для разработки наиболее эффективной программы реабилитации необходимо провести оценку релевантных параметров моторной сферы.

В данной работе представлено корреляционное исследование взаимосвязи силы пальцевых мышц, измеренной с помощью прибора «Pablo Tyro Motion», и состояния мелкой моторики, измеренной с помощью теста Брунинкса-Озерецкого. Выборку составили 20 пациентов: 10 мальчиков и 10 девочек (средний возраст 11,5 лет). Диагноз медуллобластома был у 13 человек, астроцитомы – у 6 человек, эпендимомы – у 1 человека.

Результаты демонстрируют снижение показателей мелкой моторики у пациентов, по сравнению с возрастной нормой. Кроме того, обнаружена взаимосвязь между параметрами мелкой моторики и силой пальцевых мышц. Полученные результаты могут быть использованы в целях разработки программы реабилитации моторных функций у детей, перенесших нейроонкологические заболевания.

Abstract.

Children who survived posterior fossa tumors often demonstrate stable motor deficits, consequently, the issue of motor rehabilitation is of great interest today. The assessment of relevant parameters of motor functions is necessary for the most efficient rehabilitation program developing.

This work presents the results of correlation study between strength of fingers muscles, which was measured with «Pablo Tyro Motion» and fine motor skills measured with Bruininks-Oseretsky Test. The sample consisted of 10 males and 10 females (mean age was 11,5) who survived medulloblastoma (13 patients), astrocytoma (6 patients) and ependymoma (1 patient).

The results show decrease of fine motor skills in cancer survivors compared to age norms. We also revealed the correlation between strength of finger muscles and fine motor skills parameters. These findings can be used for developing of rehabilitation program in pediatric cancer survivors.

Введение

Выживаемость детей после онкологических заболеваний растет с каждым годом, что приводит к росту запросов к реабилитации [1,2]. Однако в России еще не созданы готовые реабилитационные программы, которые доказали свою эффективность. Прежде чем включить ребенка в реабилитационную программу, необходимо оценить его исходные дефициты и только, исходя из этого уже подбирать реабилитационную программу [3].

Для того чтобы точно сказать в чем заключается дефицит ребенка, необходимо понимание каузальных связей дефектов между собой, то есть какой дефект первичен и с чего именно нужно начинать восстановление, так как пока не будут восстановлены низшие уровни, не будет смысла в реабилитации более сложных структур.

В исследованиях показано стойкое снижение моторных функций у детей, переживших онкологические заболевания. Моторное снижение происходит как из-за отсутствия упражнений, так и из-за торможения развития вследствие высокотоксичного лечения различными препаратами [4,5]. Однако нет понимания того, что именно приводит к снижению навыков моторной функций, есть ли еще какие-то нарушения, которые также оказывают влияние на недоразвитие или патологическое развитие моторной функции.

Одним из самых популярных методов оценки моторных дефицитов является тест Брунинкса-Озерецкого (BOT-2), который направлен на оценку крупной и мелкой моторики, а также общей силы тела и ловкости. Тест имеет нормативные данные, разделенные по полу и возрасту. Его применяют как для обычной оценки моторики на школьных уроках физкультуры в США, так и для диагностики детей с онкологическими заболеваниями [7-9].

Для реабилитации людей после инсультов и парезов в Австрии был создан прибор «Pablo Tyro Motion».

Pablo – один из новейших аппаратов, используемых для диагностики и коррекции моторного развития верхнего плечевого пояса, кистей и пальцев рук, а также определения корреляционной связи с вербальными функциями и сопутствующими нарушениями высших психических функций [10-11]. Изначально аппарат был создан для диагностики и реабилитации пациентов после инсультов. Затем эффективность его использования была доказана также и в работе с пациентами с ДЦП, косоглазием и дизартриями [12-14].

С помощью Пабло измеряется два параметра: сила пальцевых мышц (в килограммах) и степень свободы суставов (в градусах).

Цель исследования:

Изучение влияния силы пальцевых мышц на развитие мелкой моторикой у детей с опухолями задней черепной ямки.

Материалы и методы. Выборка включала в себя 20 пациентов: 10 мальчиков и 10 девочек; средний возраст 11,5 лет (самый младший – 6, самый старший – 17 лет). Диагноз медуллобластома был у 13 человек, астроцитомы – у 6 человек, эпендимомы – у 1 человека. Все пациенты были правшами.

Для оценки уровня развития мелкой моторики были использованы первый и второй субтесты теста Брунинкса-Озерецкого. Первый субтест направлен на диагностику точности мелкой моторики, а второй субтест оценивает степень интеграции мелкой моторики. В сумме два этих теста дают стандартизированный балл оценки мелкой моторики.

Для оценки силы пальцевых мышц был использован аппаратный комплекс Pablo. Были оценены цилиндрический, боковой, межпальцевый, щипковый и захват в трех точках.

Результаты проведенного исследования показали, что у пациентов с опухолями развитие мелкой моторики ниже возрастной нормы. Также была выявлена связь силы пальцевых мышц и развития мелкой моторики. Чем мышцы ребенка слабее, тем сложнее ему выполнять мелкомоторные задачи (Табл.1). Наибольшую связь с развитием мелкомоторных навыков имеет цилиндрический захват, причем как правой, так и левой рукой. Также с показателями мелкой моторики имеет связь показатель силы захвата в трех точках правой рукой. Этот результат интересен тем, что получается, что тесты на оценку мелкой моторики выполняются с помощью карандаша и ручки, все участники исследования были правшами, и они имеют корреляционную связь мелкой моторики с захватом в трех точках правой рукой. То есть чем меньше сила мышц правой руки, тем хуже выполняется тест на мелкую моторику.

Таблица 1

Показатели силы мышц

Показатель силы мышц на Pablo	Уровень корреляции с показателем мелкой моторики теста BOT-2
Цилиндрический захват правой рукой	0,497634
Цилиндрический захват левой рукой	0,444468
Боковой захват правой рукой	0,437662
Боковой захват левой рукой	0,394327
Захват в трех точках правой рукой	0,499666
Захват в трех точках левой рукой	0,397669

Заключение

В осуществлении моторных навыков задействованы многие системы. Зачастую при обнаружении проблем в мелкой моторике начинают тренировать и развивать мелкомоторные навыки. Однако причина может быть не в трудности реализации самого действия (например, копирования), а в том, что у ребенка все силы уходят на удержание ручки в руке, и он уже не в состоянии выполнить само задание.

На основании проведенного пилотажного исследования можно утверждать, что в реализации мелкомоторных движений принимают участие мышцы руки. При обнаружении моторных дефицитов необходима дополнительная оценка силы мышц рук, чтобы составить адекватную программу реабилитации в соответствии с дефицитами пациента.

Список литературы

- Kьhl J., Doz F., Taylor R. E. Embryonic tumors //Brain and spinal tumours of childhood. London: Arnold. – 2004. – С. 314-30.
- Aziz N.M. Long-term survivorship: late effects. In: Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology, 2nd ed. (Berger, A. M., Portenoy, R. K. & Weissman, D. E., eds.), Lippincott Williams &Wilkins, Philadelphia, PA. 2002: 1019–1033.
- Касаткин В.Н., Карачунский А.И., Малых С.Б., Исмагуллина В.И., Володин Н.Н., Мирошкин Р.Б., Крутикова Н.Ю., Румянцев А.Г. Когнитивные характеристики и проблемы поведения у детей с острым лимфобластным лейкозом, завершивших лечение по протоколу МБ-2008: пилотное исследование, Вопросы практической педиатрии. – 2015. – Т. 10. – № 5. – С. 7-12.
- Румянцев А. Г. и др. Концепция медицинской, нейро-когнитивной и психолого-социальной реабилитации детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями //Вестник восстановительной медицины. – 2015. – №. 1. – С. 65-71.
- Романенко В. А., Хорьяков В. А., Мосенз В. А. Измерение и оценка двигательных способностей человека с позиций метрологии и физиологии мышечной деятельности //Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2009. – №. 1.
- Sazola P. M. et al. Limitations of the Neurological Evolutional Exam (ENE) as a motor assessment for first graders //Brazilian Journal of Physical Therapy. – 2010. – Т. 14. – №. 5. – С. 372-376.
- Lucas B. R. et al. The Bruininks-Oseretsky test of motor proficiency-short form is reliable in children living in remote Australian Aboriginal communities //BMC pediatrics. – 2013. – Т. 13. – №. 1. – С. 135.
- Venetsanou F. et al. Use of the Bruininks–Oseretsky Test of Motor Proficiency for identifying children with motor impairment //Developmental Medicine & Child Neurology. – 2007. – Т. 49. – №. 11. – С. 846-848.
- Balakrishnan T., Rao C. S. Interrater reliability of bilateral coordination of Bruininks Oseretsky Test of Motor Proficiency (BOTMP) & Performance of Indian Children compared with USA norms.' //The Indian Journal of Occupational Therapy. – 2007. – Т. 38. – №. 3. – С. 55-60.
- Brăilescu C. et al. A study regarding the results of a rehabilitation program in patients with traumatic lesions of the hand after surgery // Paediatrica of the Third Millennium Civilization & Sport. – 2013. – Т. 14. – №. 4.
- Monitoring of Visuomotor Coordination in Healthy Subjects and Patients with Stroke and Parkinson's disease: An Application Study Using the PABLO-Device. /Rüdiger J. Seitz1*, Alexander Kammerzell, Melina Samartzki, Sebastian Jander, Lars Wojtecki, Paul F.M.J. Verschure, and David Ram.
- Филичева Т. Б., Туманова Т. В., Гарева Т. А. Применение Pablo System в системе коррекции двигательной сферы у детей с минимальными дизартрическими расстройствами //Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №. 1-1.
- Gharabaghi A. et al. Coupling brain-machine interfaces with cortical stimulation for brain-state dependent stimulation: enhancing motor cortex excitability for neurorehabilitation //Frontiers in human neuroscience. – 2014. – Т. 8.
- Seitz R. et al. Monitoring of visuomotor coordination in healthy subjects and patients with stroke and Parkinson's disease: an application study using the PABLOR-device //Int J Neurorehabil. – 2014. – Т. 1. – С. 113.

УДК 616.89-159.9.07-615.86

Цукурова Л.А.¹, Власенко С.В.²**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ**¹Кубанский медицинский институт, РФ, 350015, Краснодар²ФГБУ «Евпаторийский военный детский клинический санаторий имени Е.П. Глинки» МО РФ, 297408, ЕвпаторияTsukurova L.A.¹, Vlasenko S.V.²**QUALITY OF LIFE OF PARENTS, UPGRADING CHILDREN WITH AUTISM**¹Kubansky Medical Institute, Krasnodar, Russian Federation²Yevpatoria Military Children's Clinical Sanatorium named after E.P. Glinka of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Yevpatoria**Ключевые слова:** аутизм, качество жизни, психологическая помощь.**Keywords:** Autism, quality of life, psychological help.**Аннотация**

Болезнь ребенка является тяжелой психологической травмой для всей семьи. С целью изучения изменения качества жизни родителей, воспитывающих детей с аутизмом обследовано 34 матери и 17 отцов, имеющих детей с аутизмом, опросником WHOQOL-BREF. Выявленные изменения в оценке качества жизни родителей показывают необходимость оказания не только психологической помощи, но и включение оздоровительных мероприятий для родителей на санаторно-курортном этапе реабилитации их детей.

Abstract.

The child's illness is a serious psychological trauma for the whole family. To study the changes in the quality of life of parents who bring up children with autism, 34 mothers and 17 fathers with children with autism were examined, the WHOQOL-BREF questionnaire. The revealed changes in the assessment of the quality of life of parents show the need to provide not only psychological assistance, but also the inclusion of recreational activities for parents at the sanatorium-resort stage of their children's rehabilitation.

Признание у ребенка тяжелого диагноза является для родителей событием экстремальным, исключительным по своей травмирующей силе, когда уровень стресса настолько высок, что сопровождается дезадаптационными процессами в сфере психического или физического здоровья [1, 2].

Целью нашего исследования явилась оценка качества жизни родителей, воспитывающих детей с аутизмом.

Материалы и методы. Исследования проводились на базе Евпаторийского военного детского санатория министерства обороны РФ (г.Евпатория). Критериями включения в исследование были родители, воспитывающие ребенка с установленным диагнозом F 84 (РАС) - матери – 34 человека и отцы – 17 человек в возрасте от 20 до 55 лет. Средний возраст родителей составил 34±1,7 лет. Всего обследовано 35 детей с РАС и их родители. Контрольную группу (КГ) составили 22 матери и 15 отцов 22 здоровых детей, находившихся в г.Евпатории на отдыхе.

Родители анкетированы опросником, рекомендованным ВОЗ, по оценке качества жизни WHOQOL-BREF [3].

Результаты. У матерей отмечены достоверно ($p < 0.001$) сниженные показатели по общей оценке качества жизни и достоверно сниженная оценка ($p < 0.05$) восприятия внешних воздействий в сравнении с КГ. У отцов достоверно снижено ($p = 0.03$) психологическое состояние в сравнении с КГ. Достоверная разница между матерями и отцами ($p = 0.02$) выявлены только в психологическом состоянии.

Выводы. У матерей выявлены более сильные нарушения, касающиеся «жизненной усталости», влияющие на социальные взаимоотношения и рост зависимости от других людей, снижение ощущения защищенности и безопасности, снижение интереса к отдыху и развлечениям. У отцов более выраженные нарушения отмечены в снижении чувства удовлетворения, гармонии, снижение самооценки, повышение нервозности, усиление чувств вины и печали.

Выявлена необходимость оказания психотерапевтической помощи всей семье, а курсы лечения больного ребенка должны включать психологическую помощь родителям для предупреждения появления, либо прогрессирования психопатологических нарушений.

Литература.

Мамайчук И.И., Шабанова Е.В. Учет защитных механизмов личности родителей, детей с расстройствами аутистического спектра в процессе психологической помощи. // Вестник Ленинградского государственного университета имени А.С. Пушкина. Психология. 2014- С.82-91

Афанасьева Р.А. Сопровождение семей, имеющих людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности в целях повышения качества жизни. / Евразийский Союз Ученых (ЕСУ). Педагогические науки. 2015. - №7(16). – С.9-11.

Li-Ching Lee, Rebecca A. Harrington, Brian B. Louie, Craig J. Newschaffer. Children with Autism: Quality of Life and Parental Concerns// J. Autism Dev. Disord. - 2008. -Vol.38. P.1147-1160.

УДК 159.938.363.6

Шилияев В.А.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ: ВЗГЛЯД С ПОЗИЦИИ РЕСУРСНОГО ПОДХОДА

Центр реабилитации инвалидов «На Казанской», Киров

Shilyaev V.A.

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES: A VIEW FROM THE PERSPECTIVE OF THE RESOURCE APPROACH

Disabled Rehabilitation Center «Na Kazanskoj», Kirov

Ключевые слова: психологическая реабилитация, лица с ограниченными возможностями здоровья, личностные ресурсы

Keywords: persons with disabilities, personal resources, psychological rehabilitation

Аннотация. Статья посвящена одному из наиболее актуальных и перспективных направлений в психологии личности – психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья в аспекте ресурсного подхода. В статье говорится о том, что в ситуации ограничения возможностей здоровья человеку требуются определенные внутренние силы и резервы, чтобы приспособиться к новому положению, условиям и состоянию. В этом контексте значительный интерес представляет проблема ресурсов, позволяющих человеку успешно справляться с трудностями, жить активной жизнью, добиваться поставленных целей, т.е. ощущать себя автором своей жизни, субъектом.

Abstract. The article deals with one of the most pressing and promising directions in personality psychology – psychological rehabilitation of persons with disabilities in the aspect of the resource approach. The article states that in a situation of disabilities the person requires a certain inner strength and reserves to adapt to the new situation and terms and condition. In this context, of considerable interest is the problem of resources that enable a person to cope successfully with the difficulties to live active lives, to achieve their goals, to feel the author of his life, the subject.

В настоящее время вопросам психологического аспекта реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) придается особое значение. Во многом это обусловлено тем, что меняется отношение общества к людям с ОВЗ. Так, в России длительное время в терминологии использовалось слово «инвалид», что в переводе с латинского означает «непригодный», в связи с чем, к инвалидам относились, прежде всего, как к больным людям. Вследствие этого, реабилитация данной социальной группы носила в основном медицинский характер (лечение, трудотерапия, физическая реабилитация), т.е. осуществлялась в рамках медицинского подхода к пониманию проблем инвалидов.

Относительно недавно в России стало использоваться понятие «лица с ограниченными возможностями здоровья», которое считается более мягким и нейтральным по сравнению со словом «инвалид». сторонники социальной модели (Дж. Холл, Т. Тинклин, Е.И. Холостова, Н.Ф. Дементьева, Е.Р. Ярская-Смирнова, Р. Naidoo и др.) [1, 2, 3, 4], акцентируя внимание не на дефектах человека, а на тех социальных ограничениях, которые мешают человеку в полной мере реализовать свои возможности, чаще используют понятие «лица с ОВЗ». Согласно данному подходу, реабилитация осуществляется на основе технологий, суть которых заключается в создании таких условий жизни человека с ОВЗ, где он сможет реализовать свои права на образование, труд и самостоятельную жизнь. Медицинская и социальная модели могут и должны стать взаимодополняющими в понимании ключевых вопросов, касающихся реабилитации людей с ОВЗ, однако в данных подходах человек с ограничением по здоровью рассматривается как объект реабилитации, занимающий пассивную позицию и не влияющий на ход реабилитации.

Реабилитация людей с ОВЗ в рамках психологического подхода долгое время была сосредоточена на соматическом или неврологическом нарушении и проблеме его коррекции, т.е. осуществлялась преимущественно в контексте специальной или клинической психологии. Однако в последнее время исследователи чаще обращаются к общепсихологическим и социально-психологическим проблемам инвалидности, а само нарушение выступает не столько в качестве цели психологической реабилитации, сколько в качестве ее условия (Д.А. Леонтьев, Л.А. Александрова, А.А. Лебедева, Е.И. Рассказова) [5, 6, 7]. Исходя из такого понимания, психологическая реабилитация лиц с ОВЗ должна быть направлена, прежде всего, на оптимизацию личностных ресурсов реабилитантов.

В настоящее время ресурсный подход в психологии приобретает все большую актуальность, фокусируя внимание на природе, структуре, качестве и средствах оценки ресурсов личности в кризисных и трудных жизненных ситуациях, возможностях психокоррекционной и психотерапевтической работы, направленной на поиск, восстановление и активное использование данных ресурсов [8].

В зарубежной психологии ресурсный подход получил свое развитие в рамках когнитивного направления психологии (Д. Канеман, Д. С. Бобров, Д. А. Норман, Д. Навон, Д. Гофер), представители которого рассматривали внимание со стороны его энергетического и интенсивностного проявления.

Истоки ресурсного подхода в отечественной психологии содержатся в фундаментальных работах двух выдающихся отечественных психологов: С. Л. Рубинштейна и Б. Г. Ананьева.

С. Л. Рубинштейн рассматривал ресурсы в контексте жизненного пути личности, выделяя «внутренние возможности», «потенции», «внутренние силы». Как указывает С. Л. Рубинштейн, внутренние возможности необходимы человеку для саморазвития и самореализации. «Однако, – как отмечает автор, – эти возможности и потенции человека гложут и отмирают, если они не реализуются; лишь по мере того как личность предметно, объективно реализуется в продуктах своего труда, она через них растет и формируется» [9, с. 246]. С точки зрения С. Л. Рубинштейна, человек, реализуясь в какой-либо деятельности, может, как исчерпать свои внутренние силы и возможности, так и сохранить их для новых достижений. Людей, не исчерпывающих свои возможности, отличает «внутренне более свободное отношение к своему делу, к продуктам своей деятельности» [там же].

Б. Г. Ананьев также был в числе первых отечественных психологов, обративших внимание на актуальность изучения проблемы человеческих ресурсов. «Для общественного развития, – писал Б. Г. Ананьев – необходима система научных знаний о резервах и ресурсах самого человеческого развития, о его истинных потенциалах, еще крайне недостаточно используемых обществом» [10, с. 369]. Говоря о ресурсах, Б. Г. Ананьев использует такие понятия как резервы, скрытые возможности, потенциальные свойства личности, к которым, по его мнению, относятся такие характеристики, как жизнеспособность, работоспособность, одаренность, специальные способности. По мнению Б. Г. Ананьева, в деятельности ресурсы не только реализуются, но и воспроизводятся. Кроме того, автор указывает на возможность повышения (оптимизации) ресурсов.

Предпосылки изучения проблемы личностных ресурсов лежат в экзистенциально-гуманистических концепциях развития личности (К. Роджерс, А. Маслоу, В. Франкл и др.). При этом контекст рассмотрения ресурсов личности определяется исходными методологическими позициями авторов, обращающихся к личностной проблематике.

А. Маслоу – один из немногих психологов, изучавших положительные стороны (по сути, ресурсы) личности. А. Маслоу исходил из того, что поведение человека и его опыт регулируются иерархией определенных потребностей, вершиной которых является потребность человека в самоактуализации или полном личностном развитии. По мнению А. Маслоу, «Главными мотивами самоактуализированного человека являются не потребности дефициентных уровней, а мотивы роста, и потому эти люди почти не зависят от внешних обстоятельств, от других людей и от культуры в целом. Источники удовлетворения потребности в росте и развитии находятся не во внешней среде, а внутри человека – в его потенциях и скрытых ресурсах. Как дерево нуждается в солнечном свете, воде и питании, точно так же всякий человек нуждается в безопасности, любви и уважении, и получить их он может только извне. Но в тот момент, когда он получает их, когда внешние удовлетворители утоляют его внутренний голод, вот тут-то и встает перед ним истинная проблема человеческого бытия, проблема роста и саморазвития, то есть проблема самоактуализации» [11]. Ресурсы должны развиваться, или согласно концепции А. Маслоу, актуализироваться.

В центре научных интересов К. Роджерса находится процесс становления личности, в котором значимая роль отводится раскрытию *потенциальных возможностей*. Автор писал, что у каждого человека есть способность (потенциальная или актуальная) двигаться вперед к зрелости. Именно актуализация способности (тенденции) к зрелости, заключающаяся в стремлении к развитию личности, по убеждению К. Роджерса, является тенденцией к росту, самоактуализации, а в итоге, главной движущей силой. «Это стремление может быть наглухо закрыто слоями ржавых психологических защит, оно может быть скрыто за замысловатыми фасадами, отрицающими его существование, но я верю, что оно присутствует в каждом человеке и ожидает соответствующих условий, чтобы освободиться и проявить себя» [12, с. 21]. Роджерс ввел понятие «помогающих отношений», под которыми понимал отношения, в которых, хотя бы одна из сторон оказывает поддержку другой в личном росте, развитии, и т.д. В таких отношениях потенциальные возможности человека могут актуализироваться [там же].

В. Франкл на своем личном опыте убедился в справедливости утверждения Ницше, что если человеку есть ради чего, то он способен выдержать почти любое как. Главным человеческим ресурсом он считал *смысл жизни*. Согласно В. Франклу, когда человек теряет смысл жизни, он теряет и ресурсы, необходимые для полноценной жизни. Поэтому цель терапии В. Франкл видит в обретении смысла в жизни. Достижение этой цели помогает человеку найти себя, свое «я», свои внутренние возможности [13].

Таким образом, в экзистенциально-гуманистических концепциях человек рассматривается в позитивном ключе, в связи с чем, в центре внимания представителей данного подхода здоровые, творческие индивиды, имеющие проблемы, но вместе с тем, обладающие внутренними ресурсами для их решения.

В последние десятилетия проблема ресурсов интенсивно разрабатывается в *психологии стресса и совладающего поведения*, поскольку именно ситуации, предъявляющие высокие требования субъекту, позволяют наиболее полно проявиться его потенциалам и ресурсам [8].

В контексте проблемы стратегий совладания с жизненными трудностями, К. Муздыбаев определяет ресурсы как «жизненные ценности», образующие «реальный потенциал для совладания с неблагоприятными жизненными событиями». [14, С. 103]. С точки зрения автора, наличие ресурсов обеспечивает адаптивную функцию, придавая уверенность человеку, поддерживая его самоидентичность, подкрепляя самоуважение. Однако, как отмечает К. Муздыбаев, в стрессовых ситуациях человеку требуются дополнительные ресурсы [там же]. К. Муздыбаев выделяет два крупных класса ресурсов: личностные (психологические) и средовые (социальные). Личностные ресурсы – это навыки и способности индивида. Средовые ресурсы отражают доступность для личности помощи в социальной среде (инструментальной, моральной, эмоциональной) [там же].

Таким образом, четкого определения, что такое ресурсы, на сегодняшний момент нет. Различные школы и направления психологии по-своему трактуют данный феномен. Общим знаменателем является понимание ресурсов как определенных условий, благодаря которым становится возможным осуществление какой-либо деятельности и каких-либо процессов.

Рассмотрение психологической реабилитации лиц с ОВЗ в контексте ресурсного подхода имеет особую значимость, поскольку человек, оказавшийся в ситуации ограничения возможностей здоровья, попадает в стрессовую ситуацию, вследствие которой изменяются условия его существования: биологические условия, социальный статус, психическое состояние, связанное с формированием внутренней картины болезни. Все это влечет за собой изменение физических и энергетических возможностей личности, сужение круга ее социальных контактов, приводит к ощущению неопределенности будущего (Е.В. Морозова, 2008; Ж.В. Порохина, 2007; Н.Б. Шабалина, 2000 и др.). В связи с этим ограничение возможностей по здоровью ставит человека перед необходимостью использовать внутренние ресурсы, предъявляет требования к его стрессоустойчивости и адаптивности.

Таким образом, психологическая реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья с позиции ресурсного подхода – это система мероприятий, направленных на актуализацию имеющихся и создание дополнительных ресурсов личности человека с ОВЗ. Сущностной характеристикой психологической реабилитации является создание условий для перехода личности с ОВЗ к самопомощи. В процессе психологической реабилитации создаются оптимальные условия для раскрытия имеющихся ресурсов развития человека с ОВЗ, опоры его в решении проблем на собственные возможности и создание на этой основе психологических условий для формирования активной позиции реабилитанта.

Список литературы

- Холл Дж., Тинклин Т. Студенты-инвалиды и высшее образование / Пер.с англ.// Журнал исследований социальной политики. Т.2. № 1. 2004. С.115-126.
- Холостова Е., Деметьева Н. Социальная реабилитация. - М.: Изд-во-торговая корпорация «Дашков и К», 2002. - С.46-48.
- Ярская-Смирнова Е.Р. Социокультурный анализ нетипичности. - Саратов: СГТУ, 1997.
- Naidoo P. Potential contributions to disability theorizing and research from Positive Psychology// Disability and Rehabilitation. May 2006. Vol. 28(9). P. 595–602.
- Александрова Л.А., Лебедева А.А., Леонтьев Д.А. Ресурсы саморегуляции студентов с ограниченными возможностями здоровья как фактор эффективности инклюзивного образования // Личностный ресурс субъекта труда в изменяющейся России. Материалы II Международной научно-практической конференции. Часть 2. Симпозиум «Субъект и личность в психологии саморегуляции». Кисловодск; СевКавГТУ, 2009. С. 11-16.
- Леонтьев Д.А., Александрова Л.А. Вызов инвалидности: от проблемы к задаче // Четвертая Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии: материалы сообщений / Под ред. Д.А. Леонтьева. — М.: Смысл, 2010. — 180 с.
- Личностный потенциал: структура и диагностика. Под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2011. – 675 с.
- Хазова С. А. Ментальные ресурсы субъекта в разные возрастные периоды: диссертация ... доктора психологических наук: 19.00.13 / Хазова Светлана Абдурахмановна. – Москва, 2014. – 540 с.
- Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии: в 2 т. Т. II. М.: Педагогика, 1989. – 328 с.
- Ананьев, Б. Г. О проблемах современного человекознания / Б.Г. Ананьев. – М.: Наука, 1977. – 380 с.
- Маслоу, А. Г. Мотивация и личность / А. Г. Маслоу – СПб.: Питер, 2007.- 352 с.
- Роджерс К. Становление личности. Взгляд на психотерапию. М.: Изд-во ЭКСМО – Пресс, 2001. – 416 с.
- Франкл В. Доктор и душа.– СПб.: «Ювента», 1997. – 287 с.
- Муздыбаев К. Стратегия совладания с жизненными трудностями. Теоретический анализ // Журнал социологии и социальной антропологии. 1998. Т. 1, № 2. С. 100 - 111.

УДК 617.3; 615.1/.4

Смирнова Л. М., Гайдук А. А.

**КОМПЛЕКСНАЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ***Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург*

Smirnova L. M., Gaiduk A. A.

**INTEGRATED INSTRUMENTAL DIAGNOSTICS FOR DETECTION OF THE
MUSCULOSKELETAL DISORDERS AT CHILDREN AND TEENAGERS***Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg***Ключевые слова:** опорно-двигательный аппарат, дети, медицинская техника.**Keywords:** musculoskeletal, children, medical equipment.**Аннотация.** Обсуждается необходимость использования дополнительного комплекса инструментальных методов при обследовании детей и подростков для диагностики патологии опорно-двигательного аппарата.**Abstract.** Need of use of an additional complex of instrumental methods at inspection of children and teenagers for diagnosis of pathology of the musculoskeletal device is discussed

В России около 75% детей в возрасте от 9 до 14 лет имеют патологию опорно-двигательного аппарата (ОДА) (нарушение осанки - 54%, плоскостопие - 23%, разнорывокость нижних конечностей - 14%). Обязательность применения инструментальных методов дополнительно к клиническому осмотру при обследовании детей и подростков продиктована тем, что именно в этих случаях особенно необходимо получение доказательной биомедицинской информации для своевременного выявления и отслеживания патологических и физиологических (возрастных) изменений в процессе роста ребёнка. Причём эти методы не должны сопровождаться лучевым воздействием на организм.

С учётом этих требований и частоты проявления основных видов патологий ОДА у детей и подростков оптимальным для их обследования будет комплекс методов: для оценки осанки - оптическая топография, формы стопы - оптическая планшетная плантография и подометрия, состояния опорно-двигательной функции (ОДФ) - динамобароплантография. Имеющаяся отечественная медицинская техника полностью соответствует этим требованиям и позволяет выполнять комплексное не лучевое обследование ОДА детей и подростков с получением достоверных доказательных результатов.

Весь комплекс методов, к сожалению, применяется редко, из-за недостаточного оснащения кабинетов врачей-ортопедов или отсутствия должного понимания важности проблемы. Чаще детей обследуют либо одним из этих методов, либо, в лучшем случае, в их не полном сочетании: оптической топографии - с динамобароплантографией; динамобароплантографии - с оптической плантографией и подометрией и т.п. В то же время, сопоставление результатов даже таких «разрозненных» обследований позволило получить объективные доказательства наличия причинно-следственных связей между патологической осанкой, разнорывокостью нижних конечностей, деформацией стоп и нарушением ОДФ. Эти связи должны учитываться при выборе метода коррекции перекоса таза, компенсации укорочения конечности, назначении ортопедических стелек при деформациях стоп, мониторинге состояния костно-мышечной системы под воздействием медицинской реабилитации [1].

При скрининговых осмотрах комплекс инструментальных методов может быть сокращён с учётом необходимости снижения продолжительности обследования и их стоимости. В этом случае вместо динамобароплантографии могут использоваться более дешёвые и простые в исполнении методы компьютерной плантографии и подометрии, но уже с выполнением биомеханических тестов для выявления признаков функциональных нарушений стопы: рычажного теста - для выявления признаков нарушения способности продольного свода обеспечивать рессорную функцию стопы при натяжении подошвенного апоневроза; Штритер теста - для выявления признаков недостаточности мышечно-связочного аппарата стопы, что может способствовать снижению толчковой функции; нагрузочного теста с анализом изменения площади опорного отпечатка при переходе пациента из позы стоя с опорой на обе конечности в позу стоя с опорой на одну из них - для выявления признаков фиксированной деформации сводов стопы, снижения её рессорности и опороспособности конечности [2].

Вывод. Мы хотим ещё раз обратить внимание специалистов на данную проблему: врачей-ортопедов - на обязательность проведения полноценных обследований ОДА у детей школьного возраста в рамках их диспансеризации с использованием комплекса инструментальных методов для своевременного достоверного выявления и предупреждения развития ортопедической патологии, а руководителей, занимающихся оснащением медицинских кабинетов ЛПУ - на необходимость обеспечения их диагностическим оборудованием, отвечающим запросам современной медицины.

Список литературы:

- Гайдук, А. А. Физическая реабилитация детей школьного возраста со статическими нарушениями опорно-двигательного аппарата / А. А. Гайдук, А. А. Потапчук // Ученые записки. Издание СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. - 2012. - Т. XIX. - № 1. - С. 116-118.
- Смирнова Л. М., Веденина А. С. Исследование возможностей компьютерной плантоподографии для скринингового выявления признаков функциональных нарушений стопы с применением биомеханических тестов / Л. М. Смирнова, А. С. Веденина // Вестник Всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. - 2017. - №1 (63), С. 1-45.

Almborg Ann-Helene (Алмборг Анна-Хелен)

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МКФ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОЦЕНКИ ПОТРЕБНОСТЕЙ ПАЦИЕНТА В СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И ИНВАЛИДОВ: СЛУЧАЙ ШВЕЦИИ

Национальный совет здравоохранения и благосостояния Швеции, Стокгольм, Швеция;

Скандинавский центр по сотрудничеству СМК-ВОЗ, Осло, Норвегия; Университет Йёнчёпинга, Йёнчёпинг, Швеция

Ключевые слова: МКФ, оценка потребностей, социальная помощь, Международная классификация медицинской помощи

В связи со стратегией Швеции в сфере электронного здравоохранения, Национальный совет здравоохранения и благосостояния (NBHW) отвечает за развитие и управление национальной информационной структурой и междисциплинарной терминологией здоровья и социальной защиты. Терминология Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) временно используется как стандартная терминология для описания функционирования и инвалидности в некоторых областях документации социальной защиты, таких как «Индивидуальные потребности в центре внимания» (IBIC). Это государственная модель, используемая для пожилых людей и инвалидов (за исключением детей и подростков) для оценки актуального функционирования, постановки задач, оценки потребностей и последующей деятельности на индивидуальном уровне путем оценки функционирования и достижения поставленных задач.

Правительство наделило полномочиями NBWH разработать Шведскую Государственную классификацию медицинской помощи и мероприятий по социальной помощи (KSI). KSI была опубликована в январе 2015 года, в ее основе лежала Международная классификация медицинской помощи (ICHI).

Для определения возможности использования МКФ и KSI на практике была использована модель процесса социальной помощи и правила документации в социальной помощи (SOSFS 2014:4). Данная работа была проведена совместно со специалистами в сфере социальной защиты. Для определения разнородностей соответствующих категорий МКФ также использовалась модель оценки потребностей. Данная модель включает описание актуального функционирования, постановки задач, оценку потребностей поддержки для достижения целей.

Испытание в естественных условиях проводилось для оценки использования МКФ и KSI в качестве основы и стандартной терминологии для поддержки практики и документации в электронном структурированном отчете о социальной помощи.

МКФ используется для документации проблем социального обеспечения человека, для описания актуального функционирования, для помощи в постановке задач, для оценки потребностей в поддержке. Она также используется в последующих мероприятиях для оценки актуального функционирования и достижения целей.

KSI дополняет МКФ, описывая, какие мероприятия по оказанию социальной помощи и мероприятия, которые были запланированы и выполнены во время исследования и оценки, для поддержки человека и последующего наблюдения.

Результаты исследований в естественных условиях показывают, что эти две классификации полезны как для поддержки практической работы, так и для практики ведения электронной структурированной документации в социальной помощи. Профессионалы сообщили, что использование МКФ облегчает использование KSI. Исследования в естественных условиях также показали, что использование МКФ и KSI в социальной помощи способствует формированию более широкого мировоззрения и способу работы, ориентированному на индивидуальные потребности.

Мы пришли к выводу о том, что МКФ и KSI (на основе ICHI) представляют собой две полезные классификации, которые предоставляют общую терминологию и основу для использования в практике, ориентированной на потребности человека, а также в практике ведения электронной структурированной документации в социальной помощи. Эти классификации также могут использоваться для сравнения данных для поддержки систематической проверки, основанной на фактических данных практики и национальной статистики, а также для обмена или информацией между разными лицами, ухаживающими за больными.

Sue Baptise (Сью Баптист)

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ТЕРАПЕВТЫ: ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ФИЛОСОФИЯ, ЦЕННОСТИ И ЗАДАЧИ, КОТОРЫЕ ОБОГАЩАЮТ МИССИЮ РЕАБИЛИТАЦИИ В РОССИИ

Всемирная федерация трудовой терапии

Ключевые слова: семинар, занятие, профессиональная терапия, профессиональное развитие, реабилитация

Отрывок. В рамках Всемирной Организации Здравоохранения (и Объединенных Наций) существуют основные текущие важнейшие задачи для того, чтобы население Земли совместно работало над всеобщим улучшением здоровья и благосостоянием. Профессия трудовой терапии распространена по всему миру, а

92 страны имеют статус полноправного члена Всемирной федерации трудовой терапии (ВФТТ) и статусы других ассоциаций. Трудовая терапия (ОТ) — профессия, которая может внедриться в структуру каждой страны, где кто-то чем-то занимается, что они ценят где-то; что более важно, ОТ соответствует ситуации, где люди сражаются за восстановление своих навыков или приобретения новых. Именно этот потенциал и будет рассмотрен в рамках данного семинара.

Цель: На этом семинаре основное внимание будет уделено профессии реабилитационной терапии, ее основным принципам, миссии, ценностям и развитию этой профессии в рамках соответствия потребностям населения в реабилитации. Во время сессии мы коснемся дидактических, интерактивных, маленьких и больших групповых методов.

Методы: Участники:

- получают представление о фундаментальной философии, ценностях и знаниях о профессии трудовой терапии;
- примут участие в интерактивных упражнениях, которые обеспечат понимание методов, которые трудовые терапевты используют при работе со своими клиентами и пациентам.
- примут участие в обсуждениях, касающихся создания трудовой терапии как ключевой профессии в междисциплинарной группе реабилитации на практике, политике и развитии системы;
- получат основное понимание работы Всемирной федерации трудовой терапии в целях получения дополнительных знаний, смогут окунуться в профессию трудового терапевта.

Результаты: Участники покинут занятие с четким представлением о том, как можно стимулировать развитие трудовой терапии на территории РФ и, таким образом, станут важной частью ресурсов реабилитационной группы внутри страны. Они схватят основную идею профессии и определяют цели, как их можно охватить и адаптировать для внедрения в культуру РФ вместе с укреплением отношений сотрудничества с WFOT.

Выводы: Время больших изменений системы предлагает огромные возможности для размышлений о том, что мы имеем на данный момент, поспорить или обсудить, как могло бы быть, а затем создать, развить и запустить то, что будет в будущем.

Это, видимо, как раз такой случай для здравоохранения, включая реабилитацию, в России. Мы надеемся, что, посетив данный семинар, вы обретете новые идеи, новое понимание и знания; и, кроме этого, оцените профессию трудовой терапии, поскольку она уже находится внутри культуры и готова укрепить свою позицию в рамках человеческого потенциала в области здравоохранения.

Denise Luscombe (Денис Лускомб) (детский физиотерапевт)

СЕМЕЙНАЯ ПРАКТИКА: ВРЕМЯ ДЛЯ РЕАКЦИИ

Медицинская помощь для детей первых лет жизни, Австралия, г. Перт, Западная Австралия

Ключевые слова: Медицинская помощь детям дошкольного возраста, семьи, семейная практика, Инвалидность

Отрывок: Семейная практика — ключевая всеобъемлющая практика, связанная с работой с детьми с задержкой в развитии или ограниченными возможностями и их семьями. Это происходит в Центре оказания медицинской помощи детям дошкольного возраста Австралии

(ЕСІ). Однако, даже если большинство или даже все представители ЕСІ описали бы их практику как ориентированную на семью на основании анализа и отзывов семей, это часто отличается от того, что сообщают семьи (Fordham, 2011).

Представители ЕСІ и люди, формирующие политику, должны понять ключевые показатели практики при работе методом, ориентированным на семью: включая, но не ограничиваясь ими, отношение к семье и их ценностям/культуре с уважением и учетом индивидуальных услуг и поддержки на основании уникальных потребностей детей и их семей, а также активное вовлечение семьи во все аспекты предоставления услуг (от постановки целей до отслеживания результатов). Участники часто сообщают о различиях в практике, связанных с их восприятием функций родителей, что приводит к формированию более профессионально ориентированных услуг, направленных на определенные семьи (например, те, у которых уровень родительских функций ниже), в результате чего становится понятно, что практика, ориентированная на семью, приносит больше пользы. Участники должны постоянно размышлять о модели предоставления услуг, и семьи должны предоставлять обратную связь для того, чтобы гарантировать, что предоставляемые услуги на самом деле ориентированы на семью, а не только так называются.

Этот семинар осветит тему практического применения семейного подхода при работе с детьми с задержкой в развитии или с ограниченными возможностями и их семьями. На нем рассмотрят ключевые концепции внедрения практики семейного подхода, а участникам будет предоставлена возможность высказать соображения по поводу своих сильных сторон и возможных областей роста в отношении совместной работы с семьями.

Stokes, Emma K.

ФИЗИОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ – ПРАКТИКА И ПРОФЕССИЯ В 21 ВЕКЕ

Всемирная физиотерапевтическая конфедерация, Лондон, Великобритания

Профессия физиотерапии и лечебной физкультуры получила существенное развитие со времени своего образования в 19 веке со своими Шведскими и Британскими корнями, которые позволяли получать информацию для ее развития. (Otto 2016, CSP 1994). Сегодня в Европейском союзе насчитывается около полумиллиона физиотерапевтов, а Всемирная физиотерапевтическая конфедерация (WCPT) включает более 100 организаций-членов. Основанная в 1951 году, она является единственной международной представительской организацией физиотерапии и лечебной физкультуры, имеющей официальные связи с ВОЗ и имеющая консультативный статус в Объединенных Нациях.

Разнообразие ее членства отражает разнообразие профессии на международном уровне. Членство организаций-членов WCPT насчитывает от 13 до 70 000 членов. WCPT проводит сбор данных о профессии на регулярной основе, что позволяет нам получить сведения о природе и масштабах профессиональной практики в рамках профессии.

Физиотерапевты в разных странах называются по-разному: в некоторых странах их называют специалистами по лечебной физкультуре. Физиотерапевты предоставляют услуги, которые развивают, сохраняют и восстанавливают максимальную подвижность и функциональную способность человека. Они могут помочь человеку на любой стадии жизни, когда его подвижности и функциональности угрожают старение, травмы, заболевания, расстройства, нарушение здоровья и факторы окружающей среды.

Физиотерапевты помогают людям улучшить их качество жизни, обращая внимание на физическое, психологическое, эмоциональное и социальное благополучие. Они работают в различных сферах здравоохранения: продвижения, предотвращения, лечения/оказания медицинской помощи, адаптации и реабилитации.

Физиотерапевт имеет квалификацию и профессиональные обязанности по:

- проведению всестороннего осмотра/оценки пациента/клиента или потребностей группы клиентов
- оценке результатов обследования/оценки для клинической оценки состояния пациентов/клиентов
- составлению диагноза, прогноза и плана лечения
- консультации в рамках своего опыта и по определению, когда пациентам/клиентам требуется обратиться к другому специалисту
- осуществлении программы лечения физиотерапевтическим воздействием
- определении результатов любых процедур/ способов лечения

предоставлению рекомендаций для самоорганизации

Всемирное общество физиотерапевтов дало свое согласие с определением Физиотерапии (WCPT 2015).

Самый распространенный способ для получения практической квалификации — степень бакалавра, и две трети членов-организаций WCPT готовят выпускников для независимой практики (WCPT 2013). WCPT предлагает аккредитованную программу для университетов, заинтересованных иметь аттестацию и быть полностью аттестованными в Китае, Малайзии Среднем Востоке и Европе.

Прямой доступ к физиотерапии, то есть доступ без необходимости содействия третьего лица, доступен на 58% странам-членам WCPT (Bury & Stokes, 2013).

Всемирная физиотерапевтическая конфедерация выступает за регулирование профессией через общепризнанные и уважаемые системы. Эти системы должны гарантировать защиту населения через механизмы, включая ответственное самоуправление физиотерапевтов.

Модели профессионального регулирования различаются между странами в зависимости от различных факторов, включая систему управления, систему здравоохранения и историю профессии. Физиотерапия – это признанная во всем мире дисциплина в сфере здоровья, которой может заниматься только квалифицированный физиотерапевт (WCPT 2011a). Если этого требует государство или государственное законодательство, физиотерапевты имеют право получить действующую регистрацию/лицензию на осуществление профессиональной деятельности физиотерапевта и/или иметь звание физиотерапевта (WCPT 2011b). В отсутствие регуляторного законодательства звание физиотерапевта признается через их право на членство в организации-члене WCPT в данной стране.

Denise Luscombe (Денис Ласкомб)

СЕМЕЙНАЯ ПРАКТИКА: СОВРЕМЕННЫЕ ИДЕИ И ВЫЗОВЫ

Медицинская помощь для детей дошкольного возраста, Австралия, г. Перт, Западная Австралия

Ключевые слова: медицинская помощь для детей дошкольного возраста, развитие ребенка, семьи, руководство, NDIS

Отрывок: Центр оказания медицинской помощи детям дошкольного возраста Австралии (ECIA) представляет собой ассоциацию медицинской помощи детям дошкольного возраста Австралии, представляющую профессионалов и организации, которые предоставляют услуги для детей раннего возраста с ограниченными способностями и задержкой в развитии и их семей. ECIA предлагает государственную ориентированность

и площадку для программы Оказания медицинской помощи детям дошкольного возраста, продвигая общественный статус программы Оказания медицинской помощи детям дошкольного возраста, облегчая эффективное общение и сотрудничество в обществе, с другими ассоциациями и государственными организациями, и способствуя повышению качества информации и обеспечения услуг.

Программа Услуг по оказанию медицинской помощи детям дошкольного возраста в Австралии предоставляют услуги и поддержку детям и их семьям, с локальными изменениями в практике в отношении юрисдикции и терминологии. В зависимости от государства и территории, услуги и поддержка могут быть предоставлены внутри Зоны ЕСИ в различных секторах, таких как здоровье, образование и инвалидность, несмотря на сотрудничество между ними.

Для улучшения согласованности в предоставлении услуг детям и взрослым с ограниченными способностями, новый инновационный подход для помощи инвалидам, программа государственного страхования по нетрудоспособности (NDIS) поэтапно выходят на рынок Австралии. Выход на рынок должен завершиться к 2019 году (2020 году в Западной Австралии). Сильные стороны данного подхода включают последовательное право на поддержку, которое разработано для удовлетворения индивидуальных потребностей и ориентацию на выбор и контроль для людей с ограниченными способностями. Однако из-за значительных проблем, с которыми сталкиваются люди, работающие с семьями, в которых есть дети с ограниченными возможностями и задержкой в развитии, и понимая, что NDIS было разработано в первую очередь для взрослых, последние изменения NDIS были специально предназначены для детей раннего возраста и их семей — Подход к оказанию медицинской помощи детям дошкольного возраста.

В данной презентации вы найдете краткий обзор Государственного руководства по передовой практике оказания медицинской помощи детям дошкольного возраста, разработанного Центром оказания медицинской помощи детям дошкольного возраста Австралии для поддержки предоставления качественных услуг в рамках NDIS, краткое обсуждение услуг, предоставленных детям с задержкой в развитии и ограниченными способностями в Австралии и их семьям, а также преимущества и вызовы, с которыми столкнется программа государственного страхования по нетрудоспособности, включая Подход к оказанию медицинской помощи детям дошкольного возраста при выходе на рынок услуг.

Andrea Martinuzzi (Андреа Мартинуцци), Ann Helene Almborg (Анн Хелен Алмборг)***

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ICHI): СОКРАТИТЬ ДИСТАНЦИЮ НА ПУТИ К РЕАБИЛИТАЦИИ 2030.

**Научный институт Medea (Медея), Исследовательский центр Конельяно (Conegliano), Исследовательская группа ICHI. Итальянский центр СМК-ВОЗ по сотрудничеству; Италия*

***Национальный совет здравоохранения и благосостояния Швеции, Исследовательская группа ICHI. Аналитическая группа ICHI. Скандинавский центр ВОЗ-ФИК по сотрудничеству. Йёнчёпингский университет, Швеция.*

В свете эпидемиологического перехода, наблюдаемого в последние десятилетия, в отношении неинфекционных заболеваний, связанных с хронической инвалидностью, все больше внимания уделяется реабилитации, как показало последнее запущенное мероприятие ВОЗ «реабилитация 2030». Основные инструменты отслеживания прогресса в отношении поставленных задач программы — международные стандарты, которые могут фиксировать и документировать процесс реабилитации во всех его аспектах. В то время как состояние здоровья пациента и его функциональный профиль уже достаточно хорошо описаны в справочных классификациях ICD и МКФ, не существует стандарта для описания медицинской помощи, который отразит суть реабилитации. Большинство стран либо разработали свой перечень процедур (таким образом, предотвращая международную сопоставимость), либо используют перечень процедур согласно 3 тому ICD10, который крайне неточен или недостаточен для реабилитационных процедур.

Недавно разработанная Международная классификация медицинской помощи (ICHI) (в октябре 2017 будет выпущена ее бета версия) содержит более 5800 пунктов и имеет целевую дату окончания в 2019 году. ICHI должна охватить все элементы системы здравоохранения и иметь потенциал для закрытия пробела между проблемами функционирования (например, особыми аспектами инвалидности человека) и реабилитационными мероприятиями, направленными на оптимизацию функционирования.

Медицинская помощь определяется как

Медицинская помощь — это действие, выполненное для, с или от лица человека или населения для оценки, усовершенствования, сохранения, продвижения или модификации здоровья, функционирования или состояния здоровья.

Лицо, совершающее оказание медицинской помощи, и место, где это происходит, не классифицируются согласно ICHI. Причины проведения процедуры оказания медицинской помощи и ее результаты должны классифицироваться согласно ICD и МКФ. В Классификация ICHI не отражается принадлежность к определенной профессии, она носит общий характер

ICHI структурирована по трем осям: цель (организация для которой выполняется процедура), действие (действие, которое выполняет объект в отношении цели) и средства (процессы и методы, при помощи которых выполняется действие). Цели отражают анатомию и категории МКФ, включая функции организма,

действия, участие и факторы окружающей среды, тем самым позволяя образовать мгновенную связь между определенной проблемой (целью реабилитации) и процедурой, направленной на решение данной проблемы. Дополнительная информация о вмешательстве может быть добавлена при помощи Расширенных Кодов, включая коды, например, для терапевтических и вспомогательных продуктов и медикаментов.

Например, реабилитация верхней конечности может быть закодирована как SIJ PH ZZ, Тренировка руки и кисти: SIJ (цель: рука и кисть), PH (действие: тренировка), ZZ (означает: не указано).

Модель содержимого ИСНН предоставляет максимальную гибкость и отличную детализацию, особенно в областях наиболее важных для реабилитации: действия и участие (включая мобильность), автономность, вспомогательные продукты и технологии, психическое здоровье и процедуры, направленные на изменения окружающей среды.

Случаи использования ИСНН уже исследуются в Классификации Процедур и мероприятий социальной помощи Швеции и будут более широко исследованы, когда в следующем октябре будет выпущена бета версия.

Согласованность в отношении необходимости стимулирования реабилитации уже вышла на международный уровень; реабилитация считается ключом к здоровью в 21 веке и важным фактором для достижения цели № 3 устойчивого развития (хорошее здоровье и благосостояние для всех в любом возрасте).

Однако для того, чтобы посчитать то, что необходимо учесть, ИСНН обещает сопоставить и документировать все реабилитационные процедуры с подробностями и полнотой, которые ранее были недоступны.

Мы все признаны внести свой вклад в ее окончательную разработку после выпуска проекта бета версии в октябре 2017 года.

Платформа ИСНН: <https://mitel.dimi.uniud.it>

Satish Mishra (Сатих Мишра)

РЕАБИЛИТАЦИЯ 2030: ПРИЗЫВ К ДЕЙСТВИЮ

Всемирная организация здравоохранения

Ключевые слова: *Реабилитация, вспомогательные технологии, инвалидность, здоровье, ВОЗ*

Отрывок: Во всем мире существует значительная и постоянно увеличивающаяся неудовлетворенность потребности в реабилитации – рост распространенности неинфекционных заболеваний, старение населения, и улучшение подхода к чрезвычайным ситуациям, травмам и медицинскому обслуживанию соответствуют растущему спросу на услуги реабилитации и вспомогательные технологии. Во многих уголках мира, однако, ограничена или вовсе отсутствует способность предоставить реабилитационные услуги и вспомогательные технологии, что не позволяет удовлетворить потребности населения соответствующим образом. Проект «Реабилитация 2030: Призыв к действию», начатый в 2017 году, предлагает стратегическое направление для координированных действий и установление совместных обязательств для увеличения профиля реабилитации, как стратегия здравоохранения, относящейся ко всему населению на протяжении всей жизни в рамках постоянного ухода.

Документ 1: В 21 веке мир сталкивается с новыми вызовами: высокая скорость старения населения вместе с ростом хронического нарушения здоровья и многочисленными заболеваниями. Предполагается, что к 2020 году численность населения в возрасте более 60 лет увеличится вдвое, в то время как за последние 10 лет преобладание неинфекционных заболеваний уже увеличилось на 18%. Люди живут дольше и с потерей трудоспособности ввиду хронических нарушений здоровья, которые влияют на их функционирование и благосостояние. Реабилитация (включая вспомогательные технологии) играет ключевую роль в предотвращении и минимизации ограничений в функционировании, связанных со старением и хроническими нарушениями здоровья. Это помогает минимизировать воздействие на здоровье, а также социальные и экономические воздействия нарушений здоровья и улучшает благосостояние.

В Рамочной программе ВОЗ по комплексному методу, ориентированному на интересы людей, в центре оказания медицинской помощи помещаются люди, а не болезни. По своей природе реабилитация отвечает индивидуальным потребностям и приоритетам, а также учитывает целевые ограничения в функционировании в рамках непрерывного ухода на протяжении всей жизни. Таким образом, так как страны движутся в направлении предоставления комплексной медицинской помощи, ориентированной на человека, крайне важно, чтобы качественная реабилитация была внедрена в модели оказания услуг.

Несмотря на растущую потребность в реабилитации, существует недостаток осведомленности о ее роли и размерах неудовлетворенных потребностей. Это создает существенную проблему развития сектора реабилитации, поэтому необходимо принять срочные меры, чтобы донести до населения, что реабилитация является фундаментальной основой для удовлетворения потребностей населения в 21 веке.

В свете растущей потребности в услугах по реабилитации, ВОЗ совместно с участниками проекта по реабилитации запустили проект «Реабилитация 2023: призыв к действиям» для расширения границ услуг по реабилитации, таким образом, чтобы страны могли подготовиться к реагированию на меняющиеся потребности населения к 2030 году и могли обеспечить качественные, услуги по реабилитации, доступные на всех уровнях системы здоровья, и внедрить их в общество, чтобы помочь получили все, кто в ней нуждается. Усиление позиции реабилитации в государственных системах здравоохранения и гарантия быстрого доступа к услугам может помочь обеспечить оптимальные результаты для всех людей, которые в этом нуждаются, и уменьшить бремя системы здоровья и социальной защиты страны.

Услуги по предоставлению реабилитации и вспомогательных технологий поддерживают страны для достижения целей устойчивого развития, так как эти услуги играют ключевую роль в обеспечении хорошего здоровья и благосостояния (Цель 3) и, кроме этого, помогают многим детям, взрослым и пожилым людям достигнуть многих целей своего устойчивого развития и участвовать в жизни общества на равных условиях.

Sabariago Carla (Сабарьего Карла)¹, Mishra Satish (Мишра Сатих)², Lindsay Lee (Линдсей Ли)¹, Alarcos Cieza (Аларкос Съеза)¹

ВСЕМИРНЫЙ БАНК И МОДЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВОЗ

¹ Департамент по борьбе с неинфекционными заболеваниями, Инвалидность, Предупреждение насилия и травматизма, Всемирная организация здравоохранения, Женева, Швейцария;

² Инвалидность и реабилитация (Неинфекционные заболевания) Всемирная организация здравоохранения, Таджикистан

Ключевые слова: Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья; Инвалидность; Исследование; Здоровье населения.

Отрывок: Всемирный банк и Модель исследования нетрудоспособности ВОЗ (MDS) являются рекомендацией ВОЗ для сбора данных по нетрудоспособности и функционированию на уровне населения (www.who.int/disabilities/data/mds/en/). MDS — исследование по месту жительства, которое было разработано для того, чтобы отвечать требованиям государства-участника для улучшения операций по сбору, анализу и использованию данных о нетрудоспособности, последующих рекомендаций ВОЗ и Мирового отчета по нетрудоспособности Всемирного банка. MDS представляет собой стратегию ВОЗ для достижения третьей цели Всемирного плана мероприятий по борьбе с нетрудоспособностью ВОЗ 2014-2021, которая фокусируется на усовершенствовании сбора релевантных и международно-сопоставимых данных по нетрудоспособным, и которая используется для мониторинга как Конвенции по правам инвалидов (CRPD), так и Целей устойчивого развития (SDGs). MDS полностью основана на Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Наряду с МКФ, нетрудоспособность смоделирована в MDS как результат взаимодействия между состоянием здоровья или возрастными изменениями в здоровье и физическими, человеческими, отношениями и социально-политической средой, в которой живет человек. Нетрудоспособность также понимается как постоянное изменение от низкого до очень высокого уровня; любой человек с нарушением здоровья или возрастными изменениями в какой-то момент своей жизни в какой-то степени может испытать ограничение способностей. Понимание этого факта имеет два важнейших применения для сбора данных. Во-первых, для этого требуется стратегия расширения сбора данных, включая подробную информацию о факторах внешней среды, о повседневной жизни людей в различных функциональных областях, а также о состоянии их здоровья. Во-вторых, для этого необходима представительная выборка от всего населения. MDS предоставляет заинтересованным сторонам и лицам, определяющим политику, точную и полную информацию о полученном опыте инвалидности. В частности, MDS была разработана для определения текущего распределения нетрудоспособности населения в целом, для оценки распространенности сильной, средней и небольшой степени инвалидности, и для определения показателей инвалидности: неудовлетворенных потребностей, а также барьеров к доступу и неравности прав. Эти факторы — цели, которые будут определять развитие политики приоритетов и мероприятий по здравоохранению.

Skempes Dimitros (Скемпес Димитрос) и Bickenbach Jerome (Бикенбах Жером)

ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ НА ОСНОВЕ ПРАВА: РАЗРАБОТКА ПРОГРАММНЫХ РУКОВОДЯЩИХ ПРИНЦИПОВ, КОТОРЫЕ МОГУТ УЛУЧШИТЬ ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ И СТЕПЕНЬ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Параплегические исследования в Швейцарии и Департамент здравоохранения и политики здравоохранения Университета Люцерна, Нотвиль, Швейцария

Ключевые слова: реабилитация, права человека, отслеживание, показатели, степень ответственности, системы здравоохранения, концептуальная карта.

Отрывок. В данной статье описывается процесс разработки системы показателей, ориентированной на экспертов, для оценки усилий государства и прогресса в усилении реабилитации наряду с их обязанностями в рамках Конвенции по правам инвалидов. Концептуальная карта использовалась для сбора, обработки и подтверждения знаний разных участников проекта по мерам, считающимся полезными для отслеживания применения конвенции в отношении реабилитации, связанной со здоровьем. Система показателей предоставляет базу на основе данных для развития полученных эмпирическим путем узконаправленных инструментов для информирования первых мероприятий для развития систематических руководящих принципов на основе прав для обзора и оценки политики реабилитации и услуг. Данные руководящие принципы могут помочь государствам и тем, кто хочет их поддержать, усилить надзор и мониторинг для получения более четкой

и полной картины основных слабых мест системы реабилитации и привести государственные стратегии в соответствие с обязанностями и обязательствами по правам инвалидов и их внедрение, что приведет к лучшим и более справедливым результатам для всех.

Вступление/Цель: Реабилитация — ключевая стратегия для улучшения состояния здоровья [1] и основной компонент для непрерывного ухода, который каждая система здравоохранения должна укрепить по пути к внедрению универсального медицинского страхования [2]. Пока во многих странах надежная информация для руководства планированием оказания услуг по реабилитации недоступна отчасти из-за отсутствия подходящих показателей. [3] Для того, чтобы обеспечить универсальное медицинское страхование и для удовлетворения основного критерия «никого не оставлять», страны должны быть способны оценить ключевые аспекты политики реабилитации, а также обеспечить и отслеживать то, как они выполнили свои обязанности в области прав человека в отношении тех, кто находится в самом неблагоприятном положении, включая людей с инвалидностью. В статье описывается процесс развития системы показателей, ориентированной на экспертов, для оценки усилий государства и прогресса в укреплении положения реабилитации наряду с их обязанностями в рамках Конвенции по правам инвалидов. [5]

Материалы и Методы: Концептуальная карта использовалась для сбора, обработки и подтверждения знаний разных участников проекта по мерам, считающимся полезными для отслеживания применения конвенции в отношении реабилитации, связанной со здоровьем. [6] 56 человек сформировали перечень из 107 показателей путем интерактивного мозгового штурма, которые затем были отсортированы 37 экспертами из исходной комиссии в непересекающиеся категории. 41 участник ранжировал показатели по важности и выполнимости. Многомерные техники использовались для исследования шаблонов и тем данных и создания организационной структуры показателей, которую проверила и интерпретировала избранная группа участников.

Результаты: Представление данных системы сектора реабилитации получено путем анализа, представленного концептуальной картой из 11 кластеров, которые были сгруппированы по трем более широким темам: «Управление и лидерство» (3 кластера); Предоставление услуг, финансирование и надзор (6 кластеров); и Человеческие ресурсы (2 кластера). В среднем наблюдалась умеренно положительная корреляция между важностью и выполнимостью показателей ($r = .58$), при этом эксперты определяли приоритетные показатели, содержащихся в кластерах области Управления и Лидерства. Два показателя с наивысшей оценкой по важности были из области предоставления услуг, финансирования и надзора и отражали необходимость мониторинга неудовлетворенных потребностей и барьеров при доступе к услугам реабилитации. В общей сложности 59 показателей достигли выше среднего показателя по важности и составили двухуровневый приоритетный набор показателей. Треть показателей была воспринята как готовая к внедрению.

Вывод: Концептуальная карта была успешна в создании общей концептуальной модели, которая дает всесторонний обзор большинства основных юридических, политических и программных факторов, которые должны быть рассмотрены при мониторинге услуг по реабилитации. Система показателей предоставляет базу на основе данных для развития полученных эмпирическим путем узконаправленных инструментов для информирования первых мероприятий для развития систематических руководящих принципов на основе прав для обзора и оценки политики реабилитации и услуг. Данные руководящие принципы могут помочь государствам и тем, кто хочет их поддержать, усилить надзор и мониторинг для получения более четкой и полной картины основных слабых мест системы реабилитации и привести государственные стратегии в соответствие с обязанностями и обязательствами по правам инвалидов и их внедрение, что приведет к лучшим и более справедливым результатам для всех

Stokes, Emma K.

ФИЗИОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ – ПРАКТИКА И ПРОФЕССИЯ В 21 ВЕКЕ

Всемирная физиотерапевтическая конфедерация, Лондон, Великобритания

Профессия физиотерапии и лечебной физкультуры получила существенное развитие со времени своего образования в 19 веке со своими Шведскими и Британскими корнями, которые позволяли получать информацию для ее развития. (Ottosson 2016, CSP 1994). Сегодня в Европейском союзе насчитывается около полумиллиона физиотерапевтов, а Всемирная физиотерапевтическая конфедерация (WCPT) включает более 100 организаций-членов. Основанная в 1951 году, она является единственной международной представительской организацией физиотерапии и лечебной физкультуры, имеющей официальные связи с ВОЗ и имеющая консультативный статус в Объединенных Нациях.

Разнообразие ее членства отражает разнообразие профессии на международном уровне. Членство организаций-членов WCPT насчитывает от 13 до 70 000 членов. WCPT проводит сбор данных о профессии на регулярной основе, что позволяет нам получить сведения о природе и масштабах профессиональной практики в рамках профессии.

Физиотерапевты в разных странах называются по-разному: в некоторых странах их называют специали-

стами по лечебной физкультуре. Физиотерапевты предоставляют услуги, которые развивают, сохраняют и восстанавливают максимальную подвижность и функциональную способность человека. Они могут помочь человеку на любой стадии жизни, когда его подвижности и функциональности угрожают старение, травмы, заболевания, расстройства, нарушение здоровья и факторы окружающей среды.

Физиотерапевты помогают людям улучшить их качество жизни, обращая внимание на физическое, психологическое, эмоциональное и социальное благополучие. Они работают в различных сферах здравоохранения: продвижения, предотвращения, лечения/оказания медицинской помощи, адаптации и реабилитации.

Физиотерапевт имеет квалификацию и профессиональные обязанности по:

проведению всестороннего осмотра/оценки пациента/клиента или потребностей группы клиентов

оценке результатов обследования/оценки для клинической оценки состояния пациентов/клиентов

составлению диагноза, прогноза и плана лечения

консультации в рамках своего опыта и по определению, когда пациентам/клиентам требуется обратиться

к другому специалисту

осуществлении программы лечения физиотерапевтическим воздействием

определении результатов любых процедур/ способов лечения

предоставлению рекомендаций для самоорганизации

Всемирное общество физиотерапевтов дало свое согласие с определением Физиотерапии (WCPT 20150).

Самый распространенный способ для получения практической квалификации – степень бакалавра, и две трети членов-организаций WCPT готовит выпускников для независимой практики (WCPT 2013). WCPT предлагает аккредитованную программу для университетов, заинтересованных иметь аттестацию и быть полностью аттестованными в Китае, Малайзии Среднем Востоке и Европе.

Прямой доступ к физиотерапии, то есть доступ без необходимости содействия третьего лица, доступен на 58% странам-членам WCPT (Bury & Stokes, 2013).

Всемирная физиотерапевтическая конфедерация выступает за регулирование профессией через общепризнанные и уважаемые системы. Эти системы должны гарантировать защиту населения через механизмы, включая ответственное самоуправление физиотерапевтов.

Модели профессионального регулирования различаются между странами в зависимости от различных факторов, включая систему управления, систему здравоохранения и историю профессии. Физиотерапия – это признанная во всем мире дисциплина в сфере здоровья, которой может заниматься только квалифицированный физиотерапевт (WCPT 2011a). Если этого требует государство или государственное законодательство, физиотерапевты имеют право получить действующую регистрацию/лицензию на осуществление профессиональной деятельности физиотерапевта и/или иметь звание физиотерапевта (WCPT 2011b). В отсутствие регуляторного законодательства звание физиотерапевта признается через их право на членство в организации-члене WCPT в данной стране.

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1. Формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, пилотный проект. Организационно-правовые аспекты реабилитации

Пономаренко Г.Н. НАУЧНАЯ ПЛАТФОРМА СОВРЕМЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	13
Чернякина Т.С., Радута В.И. РАЗВИТИЕ НАЦИОНАЛЬНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ	16
Sue Baptiste, Vice President WFOT WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS	18
Skempes Dimitrios and Bickenbach Jerome RIGHTS BASED ASSESSMENT OF REHABILITATION SERVICES: DEVELOPING PROGRAMMATIC GUIDANCE TO IMPROVE DECISION MAKING AND ACCOUNTABILITY	19
Карасаева Л.А., Коробов М.В. ОРГАНИЗАЦИЯ МОНИТОРИНГА СОЦИАЛЬНО - ЭКОНОМИЧЕСКОГО И ПРАВОВОГО ПОЛОЖЕНИЯ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО СОБЛЮДЕНИЮ ПОЛОЖЕНИЙ КОНВЕНЦИИ О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ	20
Нещадим Л.Н. О ВЫПОЛНЕНИИ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ПОЛОЖЕНИЙ КОНВЕНЦИИ ООН О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ ПО ВОПРОСАМ ФОРМИРОВАНИЯ БЕЗБАРЬЕРНОЙ СРЕДЫ	22
Шестаков В.П., Свинцов А.А., Чернякина Т.С., Колюка О.Е. РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ) В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	23
Шоимин А.В., Бесстрашнова Я.К. МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ И ФИЛОСОФИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ	24
Злоказов А.В. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ	25
Онохова Т.С. СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЦЕНТРА КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ: ОПЫТ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ	27
Осипов С. А., Фирсова Ю. А. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ	31
Васильченко Е.М. МЕТОДОЛОГИЯ ВНЕДРЕНИЯ ИНСТРУМЕНТОВ МКФ В РЕАБИЛИТАЦИОННУЮ ПРАКТИКУ (НА МОДЕЛИ ИНВАЛИДОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА)	34
Сокуров А.В., Старобина Е.М., Радута В.И. К ВОПРОСУ РАЗРАБОТКИ СТРУКТУРЫ И ШТАТА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ	35
Владимирова О.Н. ФУНКЦИИ И ЗАДАЧИ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В СВЕТЕ ДЕЙСТВУЮЩИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ ДОКУМЕНТОВ	39
Рябокоть А.Г., Доронина О.Е., Мустафин Р.Н. ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ИПРА В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ	42
Almborg Ann-Helene USING THE ICF TO DESCRIBE NEEDS ASSESSMENT IN SOCIAL CARE FOR ELDERLY PERSONS AND PERSONS WITH DISABILITY: CASE OF SWEDEN	43
Мавликаева Ю.А., Аникеева Т.А., Плотникова О.А. РОЛЬ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ	44
Виноградов И.Ю. ОБЗОР СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО КОРРЕКТИРОВКЕ	47
Усенкова И.В., Рычкова Н.М., Кулешова Т.И. РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНВАЛИДОВ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО РЕГИОНАЛЬНОМУ ПЕРЕЧНЮ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ	49

Вечканова И. Г. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОВЗ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИИ	52
Струкова О.Г., Шумакова Т.Ю., Кара-оол Н.А. 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 2017 ГОДА № 419-ФЗ	56
С.А. Воймас, Ю.В. Бражник РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ – ПОЛИФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО	58
Martinuzzi Andrea, Almborg Ann-Helene THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF HEALTH INTERVENTIONS (ICHI): CLOSING THE GAP TOWARDS REHABILITATION 2030.	60
Satish Mishra REHABILITATION 2030: A CALL FOR ACTION	61
Sabariego Carla, Mishra Satish, Lindsay Lee, Alarcos Cieza THE WORLD BANK AND WHO MODEL DISABILITY SURVEY	62
Лайковская Е.Э., Любушкина Т.Л., Онохова Т.С. УРОВНЕВАЯ МОДЕЛЬ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЦЕНТРА КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ИТОГИ АПРОБАЦИИ В ПИЛОТНОМ ПРОЕКТЕ НА ТЕРРИТОРИИ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ	62
Лайковская Е.Э., Любушкина Т.Л. SWOT-АНАЛИЗ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ	65
Герболинский В.А. ПРОЕКТ ПО ФОРМИРОВАНИЮ КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ.	68
Лайковская Е.Э. ЦИФРОВИЗИЦИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ: РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ	69
Родионова А.Ю., Сергеева В.В. ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ОСНОВЕ ПОЛОЖЕНИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ	71
Жданов Ю.И., Сокуров А.В. ОБУЧЕНИЕ В ОРДИНАТУРЕ ВРАЧЕЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ УСЛУГИ	72
Кантемирова Р.К., Орешко Л.С., Свиридова Е.О., Фидарова З.Д. МЕДИЦИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА	75
Кожушко Л.А., Разумовский М.И., Шошмин А.В. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ЛИЦ С ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЕЙ С ПОМОЩЬЮ МКФ	76
Шайдаев Э.З., Шведовченко И.В., Кольцов А.А. ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ) У ДЕТЕЙ С ПРОДОЛЬНОЙ ЭКТРОМЕЛИЕЙ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ	78
Гаевская О.Э. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	79
Виноградов И.Ю. ОБЗОР СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ- ИНВАЛИДОВ, ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО КОРРЕКТИРОВКЕ	81
Помников В.Г., Андриевская А.О., Бесаев Г.М., Владимирова О.Н. К ВОПРОСУ ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ В ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ	83
Сокуров А.В., Радутю В.И. К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИОННОМ И ПРАВОВОМ РЕГУЛИРОВАНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ УСЛУГИ ИНВАЛИДАМ (ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ)	85

Раздел 2. Социальная и профессиональная реабилитация и абилитация

Снитко Н.Л., Шамшева Е.В., Саликова С.И. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МСЭ.....	89
Старобина Е.М. ОБ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ЗАНЯТОСТИ ИНВАЛИДОВ	90
Рачина Г. Б. ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К РЕШЕНИЮ ВОПРОСОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА	93
Чукардин В. А. О СОВМЕСТНОЙ РАБОТЕ СЛУЖБЫ ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, ОРГАНОВ ОБРАЗОВАНИЯ И ФГБУ СПБ НЦЭПР ИМ. Г. А. АЛЬБРЕХТА ПО СОДЕЙСТВИЮ ТРУДОУСТРОЙСТВУ ВЫПУСКНИКОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ИЗ ЧИСЛА ИНВАЛИДОВ	97
Васильченко Е.М., Карапетян К.К. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ СОЦИАЛЬНОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА	99
Григорьева М.И. НЕЗАВИСИМАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА УСЛУГ В СФЕРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В ПЕРМСКОМ КРАЕ.....	100
Бочарова О.С., Демина Э.Н., Радута В. И. СОВРЕМЕННЫЕ ПРАВОВЫЕ ПОДХОДЫ РЕГУЛИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ	103
Кароль Е.В., Абросимов А.В., Корниенко М.А. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОГО НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ВОПРОСОВ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ	104
Виола Артыкова Грэгори РЕАБИЛИТАЦИЯ НА УРОВНЕ ОБЩИН: АДАПТИРУЕМАЯ СТРАТЕГИЯ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ, ИХ СЕМЕЙ И ОБЩЕСТВА.....	107
Гурьянов А.С. РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ И ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ	110
Шамшева Е.В., Саликова С. И. ПОТРЕБНОСТЬ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ В ТСР ДЛЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ	112
Кольцов А.А., Шведовченко И.В. АЛГОРИТМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	114
Кокорева М.Е., Цейтлин Г.Я., Карелин А.Ф., Милосердова Ю.С. ЗНАЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	115
Дирксен Н.В., Дирксен Т.В. ПРАВСПОСОБНОСТЬ И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ В ТВОРЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	117
Жукова Т.Н. ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ НЕВСКОГО РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА.....	120
Любителева Н.П. СОЦИАЛИЗАЦИЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТЬ, ИНТЕГРИРУЮЩИХ В ОБЩЕСТВО ИЗ ИНТЕРНАТОВ	121
Рочева Я.С. ПРОБЛЕМЫ В СФЕРЕ ОБРАЗОВАНИЯ ИНВАЛИДОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА	124
Травникова Н.Г. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ ПРИ ТРУДОУСТРОЙСТВЕ..	126
Травникова Н.Г. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ СОЦИАЛЬНОЙ И ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	129
Хорькова О.В., Карасаева Л.А. ПОТРЕБНОСТЬ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	130

Демина Э.Н., Портова Л.З. СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ С ДЦП С УЧЕТОМ МКФ.....	132
Кречетникова А. Э. ОПЫТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПБ ГБОУ НПО «ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЛИЦЕЙ» ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ.....	133
Кузьмина И.Е., Гордиевская Е.О., Кривенков С.Г., Старобина Е.М., Чукардин В.А. ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ СУБЪЕКТОВ РФ В ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ КАДРОВ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ.....	135
Рачина Г.Б. ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К РЕШЕНИЮ ВОПРОСОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА.....	136
Сторожева Э.Р. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ В ЦЕНТРЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛОЖЕНИЙ МКФ.....	140

Раздел 3. Обеспечение доступности объектов и услуг

Драч Д.А., Трёкин С. В., Бессмертная О. Г. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ ИНФРАСТРУКТУРЫ И УСЛУГ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ НА БАЗЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО КАЗЁННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «ГЛАВНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	142
Хорошева Т.А., Карабцев С.Н. ФОРМИРОВАНИЕ ДОСТУПНОСТИ ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЫ ВУЗА ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ.....	145
Демина Э. Н. РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ВЫПОЛНЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ОРГАНАМИ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ, ОРГАНАМИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПЛАНОВ МЕРОПРИЯТИЙ («ДОРОЖНЫХ КАРТ») ПОВЫШЕНИЯ ЗНАЧЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДОСТУПНОСТИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ ОБЪЕКТОВ И УСЛУГ.....	148
Климашева С.Б., Костерина З.В. ДОСТУПНАЯ СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ СРЕДА ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ.....	149

Раздел 4. Инновационные технологии реконструктивно-восстановительной хирургии

Шведовченко И.В., Кольцов А.А., Бардась А.А. РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ КИСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С АКРОЦЕФАЛОСИНДАКТИЛИЕЙ.....	151
Королева И.В., Кузовков В.Е., Янов Ю.К. СЛУХОВАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ГЛУХИХ ЛЮДЕЙ – ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ.....	152
Разуванов А.И., Чумакова Т.В. ДИНАМИКА ИНВАЛИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ СУСТАВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	154
Шведовченко И.В., Кольцов А.А., Юрченко А.Ю. РОЛЬ ОПЕРАЦИИ КРУКЕНБЕРГА В ВОССТАНОВЛЕНИИ ФУНКЦИИ САМООБСЛУЖИВАНИЯ У ДЕТЕЙ ...	156
Сокирко Е.Л., Колчанов Г.М., Абсава К.А., Александр А.М., Черных К.П., Гусев О.В., Прохвятилов О.Г. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРЕХМЕРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ И 3D ПЕЧАТИ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	157
Кольцов А.А., Шведовченко И.В. РОЛЬ ОРТОПЕДА В АБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПРОДОЛЬНОЙ РЕДУКЦИИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	158
Ишинова В.А., Митякова О.Н., Першин А.А. ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД: ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА.....	159
Губин А.В., Гончарук Э.В., Насыров М.З. ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ В ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ.....	160
Прудникова О.Г., Тертышная М.С., Насыров М.З., Нестерова И.Н. ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ РАННЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПОЗВОНОЧНИКЕ.....	161
Томов А.Д., Губина Е.Б., Попков Д.А. ВОЗМОЖНОСТИ ПОСТУРАЛЬНОГО МЕНЕДЖМЕНТА И РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ДЦП.....	163

Федотова З.И., Першин А.А.

ИНТЕГРАЛЬНАЯ МЕТОДИКА ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОЗОВ..... 164

Раздел 5. Инновационные технологии протезирования и ортезирования

Аксенов А.Ю., Клишкова Т.А., Хит Г.Х.

ИННОВАЦИИ В ОБЛАСТИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ 166

Иванюк Н.М., Понимаиш З.А., Каримов В.Р.

СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ БИОНИЧЕСКИМИ КОНЕЧНОСТЯМИ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ 167

Головин М.А.

РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ 3D-ПЕЧАТИ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ..... 168

Смирнова Л. М.

К ВОПРОСУ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ БИОМЕХАНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ И ОРТЕЗИРОВАНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ..... 169

Головин М.А.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ВНЕДРЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ АВТОМАТИЗАЦИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ 170

Субботин Ф. А.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА 171

Андряшек Ю.И.

ИННОВАЦИОННАЯ МЕТОДИКА ВЫТЯЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ БАССЕЙНЕ ФГБУ ВС «КРЫМ» МО РФ..... 173

Разумовский М.И., Разумовская А.М., Кожушко Л.А., Коровянский Ю.А., Гашина О.В.

СОСТОЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ОФТАЛЬМОПРОТЕЗИРОВАНИЕ 174

Гайдук А. А.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ОДА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 175

Белянин О.Л., Гордиевская Е.О.

МОДЕЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ)..... 177

Белянин О.Л., Буров Г.Н., Большаков В.А.

ФОРМИРОВАНИЕ ВХОДНОГО СИГНАЛА СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ СТОПОЙ БИОНИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА ГОЛЕНИ 178

Бойко А.А.

АДДИТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОТЕЗИРОВАНИИ И ОРТЕЗИРОВАНИИ 179

Головин М.А., Голубева Ю.Б.

АНАЛИЗ ФИЗИКО-МЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ МАТЕРИАЛОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В АДДИТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ..... 180

Головин М.А.

РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ 3D-ПЕЧАТИ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ..... 181

Кантемирова Р.К., Суляев В.Г., Бурнос А.А., Щербина К.К.,

Фидарова З.Д., Синицын И.В.

ЭТАПЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ 182

Суляев В.Г., Смирнова Л. М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БЕЗГИПСОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЛЕЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ..... 184

Кантемирова Р.К., Бурнос А.А., Поворинский А.А.,

Суляев В.Г., Фидарова З.Д., Зальнова И.А.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И АДАПТАЦИОННЫХ РЕЗЕРВОВ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ АМПУТАЦИЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ 185

Пономаренко Г.Н., Головин М.А., Петров В.М., Безпальчук С.Н., Яковлев С.П.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРМОПЛАСТОВ ДЛЯ 3D-ПЕЧАТИ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ 186

Суслев В.Г., Янковский В.М., Щербина К.К. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ ГОЛЕНИ И БЕДРА	187
Суслев В.Г., Янковский В.М. ИННОВАЦИОННЫЕ БЕЗГИПСОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПЕРВИЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЭКСПРЕСС- МЕТОДАМИ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ ГОЛЕНИ И БЕДРА.....	188
Марусин Н.В., Скимонт Е.И. МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ ОБУВНЫХ КОЛОДОК ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОБУВИ	189
Волкова В.М., Смирнова Л.М. ДИСТАНТНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ НА МЕСТАХ ФУНКЦИОНАЛЬНО- ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ОДЕЖДЫ: ОПЫТ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ.....	190
Волкова В.М., Смирнова Л.М., Хит Г.Х. ПРИНЦИПЫ РАЗРЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПОМОЩЬЮ ОДЕЖДЫ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ: ИСТОРИЯ, ТЕОРИЯ, ПРАКТИКА	191
Мезенцева Е.А. МЕЖДУ АМПУТАЦИЕЙ И ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ: РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕШАЕТ ВСЁ	192
Помников В.Г., Андриевская А.О., Бесаев Г.М., Николаев В.Ф., Орешков А.Б., Владимиров О.Н. КОНЦЕПЦИЯ ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ В ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ.....	194
Трофимов А.А., Смирнова Л.М., Шведовченко И.В. БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СТАТО-ДИНАМИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КУЛЬТЕЙ СТОПЫ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ВКЛАДНЫМИ ОБУВНЫМИ ИЗДЕЛИЯМИ	198
Шацкова М.О., Побута О.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОСМИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ	199
Хит Г.Х., Аксенов А.Ю., Райли Г. ДОСТИЖЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ВЕТЕРИНАРИИ	200
Раздел 6. Медицинская реабилитация. Санаторно-курортный этап реабилитации	
Насыров М.З., Губин А.В. ПРИКЛАДНЫЕ РЕШЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В УСЛОВИЯХ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОРЫВА В ОПЕРАТИВНОЙ ОРТОПЕДИИ	203
Пономаренко Ю.Н., Каладзе Н.Н., Мошкова Е.Д., ОПТИМИЗАЦИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО САНАТОРИЯ.....	206
Волотовская А.В., Войченко Н.В., Суценя Е.А. ТЕХНОЛОГИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ ДОРСОПАТИЙ	212
Stokes, Emma K. PHYSIOTHERAPY IN RENABILITATION – PRACTICE AND PROFESSION IN THE 21ST CENTURY	214
Евдокимова Т.А., Черныш Н.В., Богданова М.Ю. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЭРГОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	215
Ежов В.В., Царёв А.Ю., Платунова Т.Е. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА	216
Ишинова В. А., Поворинский А. А., Громакова С. В., Алтухов С. В. ОСОБЕННОСТИ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН КАК ОСНОВА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ	219
Архипова Н.В., Помешкина С.А., Иноземцева А.А., Барбараш О.Л. ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕННОЙ ФУНКЦИЕЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	220
Помешкина С.А., Архипова Н.В., Шибанова И.А., Локтионова Е.Б., Барбараш О.Л. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРЁХЭТАПНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПЛАНЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ	224
Ищук В.Н., Мерзликин А.В., Ищук Ю.В. АПРОБАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЕРИФИКАЦИИ ДЕЗАДАПТОЗОВ И ОПРЕДЕЛЕНИИ НУЖДАЮЩИХСЯ ЛИЦ В МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	225

Каллистов Д.Ю., Романова Е.А., Новичкова Н.И., Романов А.И. РАССТРОЙСТВА СНА И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРОГРАММ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	226
Дементьева О.С., Михайлов С.Н., Мешков С.Г. ФИЗИЧЕСКАЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАРДИОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА II ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ	227
Ахмадеева Л.Р., Зинатулина Л.И. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПРОВОДИМОЙ В СТАЦИОНАРЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ	228
Белозерцева И.И., Помников В.Г., Бедюрова Э.Я. БОТУЛИНОТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТИНСУЛЬТНОЙ СПАСТИЧНОСТЬЮ	231
Завгорудько В.Н., Кортелев В.В., Завгорудько Т.И. ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ КУРОРТНОГО ДЕЛА НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ	232
Бобрик Ю.В., Шпаковский В.Н., Мороз Г.А., Пономарев В.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СУХОВОЗДУШНЫХ ТЕПЛОВЫХ И АЭРОЗОЛЬНЫХ ПАНТОВЫХ ВАНН ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА	233
Крадинова Е.А., Кулик Е.И., Назарова Е.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТОТЕРАПИИ ПРИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	235
Люткевич А.А. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАПИИ ПОЛЯРИЗОВАННЫМ ПОЛИХРОМАТИЧЕСКИМ СВЕТОМ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	236
Мирошкин Р.Б., Фукс О.Ю., Карелин А.Ф., Костарева И.О., Стригина М.И., Карапетян Л.А. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ДЕТСКОЙ ОНКОГЕМАТОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ ЛРНЦ «РУССКОЕ ПОЛЕ» ННПЦ ДГОИ ИМ. ДМИТРИЯ РОГАЧЕВА	237
Стрельникова А.В., Садовой М.А., Самохин А.Г. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОРСОПАТИЙ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	239
Сидоренко С.В., Богомолова Е.В. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И СНИЖЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ	240
Михайлов С.Н., Белов В.В. КАЧЕСТВО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, С УЧЕТОМ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ	241
Тепляков В.В., Грушина Т.И., Ли Я.А. МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ КОСТЕЙ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ	242
Михайлов С.Н., Горлов А.В., Михайлова Н.В. СТАБИЛОГРАФИЯ И СТАБИЛОТРЕННИНГ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КАРДИОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	243
Моргунов Е.Г., Андреева О.П., Паршуткин В.Е. ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА ДВУХ ВИДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ, В ЧАСТНОСТИ, ОДНОВРЕМЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПОСРЕДСТВОМ МАССАЖА И ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ РАБОТЕ С ЛИЦАМИ, ИМЕЮЩИМИ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ОДА	245
Щербицкая О.В., Познякова Е.А., Смирнова Е.А. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП И ДРУГИМИ НАРУШЕНИЯМИ ДВИЖЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА	246
Андряшек Ю.И., Кочмарёв В.А., Малышев С.С., Острер Е.С., Шаповал А.В. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ФГБУ ВС «КРЫМ» МО РФ	249
Волошина Н.И. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ	250
Поберская В.А., Нагаец О.А. ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ КРЫМА	251
Дренёва А.А., Рябова А.А., Касаткин В.Н. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗРИТЕЛЬНО-МОТОРНОГО ТРЕНАЖЕРА ДЛЯ ТРЕНИРОВКИ ЗРИТЕЛЬНО-МОТОРНОЙ КООРДИНАЦИИ У ДЕТЕЙ В РЕМИССИИ ПОСЛЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.	253

Гирченко Е.В., Акименко М.Ю. АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ДЛЯ ЛИЦ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА	254
Колеганова Т.Б. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЩЕЙ КРИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АЛИМЕНТАРНО- КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ.....	255
Колчева Ю.А., Беникова Е.В., Константинов К.В., Иванова Н.Ю., Мирошников Д.Б., Астахова Е.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА «БИОАКУСТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ» У ДЕВОЧКИ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ).....	256
Корсакова Е.А. КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ «РЕАСАНМЕД».....	257
Михайлова О.В., Побута О.В., Лебедева Л.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОЙ ИННОВАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ЭКЗОСКЕЛЕТ «ЕХОАТЛЕТ» В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.....	258
Григорьева А.А., Костылева А.С., Журавлев Д.В. ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РЕТТА.....	259
Ляховецкая В.В., Коновалова Н.Г., Деева И.В. ФОРМИРОВАНИЕ ПОЗЫ СИДЯ И ПРОИЗВОЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ РУК У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ С ПОМОЩЬЮ ТРЕНАЖЕРА «ЭКЗАРТА».....	261
Кунцевская И.В., Бобрик Ю.В., Кушнир Г.М. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ НА САНАТОРНО- КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ	263
Либова Е.В., Зуева О.Н., Дмитриева Е.К., Доник А.В., Кудрин В.И., Кисина Е.В., Михайлова О.Б., Иванова Т.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПИИ В СОСТАВЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	264
Филатов Е.В., Овчинников О.Д. ИНТРАТЕКАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДАЛАРГИНА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА.....	265
Филатов Е.В., Палаткин П.П., Баранников А.А., Урюпин В.Ю. ФАКТОРЫ, ЛИМИТИРУЮЩИЕ РЕАБИЛИТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА	266
Толкачёв П.И., Херодинов Б.И., Суворов Н.Б., Сергеев Т.В., Толкачёв Н. П., Парамошко В.В. СОЧЕТАННЫЕ МАНУАЛЬНЫЕ И АВТОМАТИЗИРОВАННЫЕ ПОСТУРАЛЬНЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ В ТЕРАПИИ ДЕФОРМИРУЮЩИХ ДОРСОПАТИЙ	267
Цейтлин Г.Я., Кокорева М.Е., Бородин И.Д., Карелин А.Ф., Никитина Т.П., Ионов Т.И. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВНИЯМИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ	270
Шишко Е.Ю., Бобрик Ю.В., Колбасин П.Н., Кулик Н.М. ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕЛАТОНИНСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АККЛИМАТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	271
Щербицкая О.В., Познякова Е.А., Смирнова Е.А. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП И ДРУГИМИ НАРУШЕНИЯМИ ДВИЖЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА.....	272
Аргунова Ю.А., Помешкина С.А., Барбараш О.Л. ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ – ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	275
Ковальчук В.В. МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПРИНЦИП РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА. КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ФАКТОРЫ УСПЕХА: РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ	277
Власова-Розанская Е.В. ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ (ПОЧКИ, ПЕЧЕНИ, СЕРДЦА).....	281
Григорьева В.Н. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	284

Дружинина О.И. СЛОВАТСКАЯ СИСТЕМА ГИДРОКИНЕЗИОТЕРАПИИ. РЕАБИЛИТАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА.	285
Иванов С.Н. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ АЛГОРИТМОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА.	286
Колечко Ю.В., Детков В.Ю., Образцова В.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА	287
Разумовская А.М., Разумовский М.И., Кожушко Л.А., Коровянский Ю.А., Арынова А.А. СОСТОЯНИЕ ЗРИТЕЛЬНОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ ЛИЦ СТРАДАЮЩИХ МОНОКУЛЯРНЫМ ЗРЕНИЕМ ВСЛЕДСТВИЕ СОСУДИСТОЙ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ.	288
Ключева Е.Г., Шиман А.Г., Шоферова С.Д., Жукова М.В., Кантемирова Р.К., Кароль Е.В. ФИЗИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ.	289
Раздел 7. Ранняя помощь детям. Опыт и перспективы.	
Самарина Л.В. РАННЯЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И СЕМЬЯМ: ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, ПРИНЦИПЫ, ТЕХНОЛОГИЯ.	293
Denise Luscombe (Paediatric Physiotherapist) CHILDHOOD INTERVENTION IN AUSTRALIA: CURRENT CONCEPTS AND CHALLENGES.	294
Шоимин А.В., Бесстрашнова Я.К. РАЗВИТИЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СВЕТЕ ПОЛОЖЕНИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ.	294
Тарана Сейид-Маммадова, Реван Мустафаев, Илги Эртем МЕЖДУНАРОДНОЕ РУКОВОДСТВО ПО МОНИТОРИНГУ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА: ФИЛОСОФИЯ И ПРИНЦИПЫ.	295
Denise Luscombe (Paediatric Physiotherapist) FAMILY CENTRED PRACTICE: TIME FOR REFLECTION.	296
Самарина А.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ» В РАБОТЕ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ.	297
Такачакова А.Л., Чистякова В.А., Езенева Н.М. ОБ ОПЫТЕ РАБОТЫ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ НА БАЗЕ БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ».	298
Королева И.В. АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА РАННЕГО ВОЗРАСТА В РФ.	301
Матвеева О.М., Чистохина А.В. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ УСЛУГ РАННЕЙ ПОМОЩИ В УДАЛЕННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ.	303
Лорер В.В., Жукова Т.Н. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЮНХЕНСКОЙ МОДЕЛИ РАННЕЙ ПОМОЩИ В ЦЕНТРЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.	306
Кольцов А.А., Шведовченко И.В. РОЛЬ КОМПЕНСАТОРНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ В САМООБСЛУЖИВАНИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ МНОЖЕСТВЕННЫМ АРТРОГРИПОЗОМ.	310
Шведовченко И.В., Кольцов А.А. ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ НАСЛЕДСТВЕННЫМИ НЕЙРОМЫШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.	311
Езенева Н.М., Уханова А.М. МЕСТО ЛЕКОТЕКИ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ.	312
Ермолаева Е.Е. ПОДГОТОВКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КАДРОВ ДЛЯ РАБОТЫ В СЛУЖБЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ.	315
Лагун В.Е. РАННЯЯ ПОМОЩЬ КАК ПЕРВЫЙ ЭТАП ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА.	316

Нефедьева Д.Л., Бодрова Р.А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАННЕЙ АБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА	319
Самсонова Т.В., Малышкина А.И., Песикин О.Н., Николаева С.В. АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	321
Бурэ Н.П., Сулова Г.А. ГИДРОКИНЕЗОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ (ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА «УМНЫЕ РЫБКИ»)	322
Парамошко В.В., Дружинина О.И. АСПЕКТЫ ДЕТСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ. ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....	324

Раздел 8. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Формирование и реализация индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида. Разное

Кароль Е.В., Кантемирова Р.К., Ломоносова О.В., Иванов О.В., Хандрикова Я.Н. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ В ПРАКТИКЕ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ	326
Помников В.Г., Пенина Г.О., Владимирова О.Н., Колчева Ю.А., Адрианов А.В., Чистякова Н.П. НОВЫЕ КЛАССИФИКАЦИИ И КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ.....	329
Сергеева О.В., Рушанян А.А. ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ПО АПРОБАЦИИ НОВЫХ КЛАССИФИКАЦИЙ И КРИТЕРИЕВ, ИПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ-ИНВАЛИДОВ НА ТЕРРИТОРИИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ	330
Смычек В.Б., Козлова С.В. АЛГОРИТМ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНА СЛУХА С ПОЗИЦИЙ МКФ.....	333
Струкова О.Г., Шумакова Т.Ю., Кара-оол Н.А. 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 2017 ГОДА № 419-ФЗ	337
Шведовиченко И.В., Яковлева В.А., Кольцов А.А. КЛИНИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ЭКТРОМЕЛИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	339
Войтенко Р.М., Крицкая Л.А. СТРУКТУРА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО АСПЕКТА РЕАБИЛИТАЦИИ.....	340
Гордиевская Е.О., Кузьмина И.Е. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ. ПОКАЗАНИЯ К РЕАЛИЗАЦИИ.....	341
Никитин М.В., Чукина И.М. ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА РАННЕМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ	342
Вальчик Т.А., Мариупольская Т.Г., Мищенко О.Б., Паршутина Е.В., Давыдова Т.В., Акопян Т.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ.....	346
Шамшева Е.В., Юревич Л.В., Саликова С.И. АНАЛИЗ ПОВТОРНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2014-2016 ГГ.....	348
Мариупольская Т.Г., Вальчик Т.А., Мищенко О.Б., Паршутина Е.В., Давыдова Т.В., Акопян Т.А. ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ.....	350
Перминов В.А. КРАТКИЙ СТАТИСТИЧЕСКИЙ ОБЗОР УРОВНЯ ИНВАЛИДИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ....	352
Копыток А.В., Луцинская С.И. СОСТОЯНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ.....	354

Ломоносова О.В., Владимирова О.Н., Кароль Е.В. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МСЭ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ	356
Разумовская А.М., Разумовский М.И., Кожушко Л.А., Коровянский Ю.А., Арынова А.А. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ С МОНОКУЛЯРНЫМ ЗРЕНИЕМ И АНОФТАЛЬМОМ	357
Разумовская М.Е., Коровянский Ю.А., Разумовский М.И. РОЛЬ КОНСУЛЬТАТИВНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ	359
Соколов В.А., Кабанов П. А. ПЕРВЫЙ ОПЫТ СОЗДАНИЯ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ГОДЫ ВТОРОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ.....	360
Галкина О.П., Каладзе Н.Н. ВЛИЯНИЕ АППЛИКАЦИЙ ПЕЛОИДА САКСКОГО МЕСТОРОЖДЕНИЯ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ	361
Давыдов А.Т., Бутко Д.Ю., Жданов Ю.И. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ КОМБАТАНТОВ С БОЕВОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ.....	362
Давыдов А.Т., Бутко Д.Ю., Жданов Ю.И., Загребельный И.А. ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ КОМБАТАНТОВ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ	365
Колчева Ю.А., Помников В.Г. МЕХАНИЗМЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДАУНА	366
Колчева Ю.А., Беникова Е.В. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ – СИНДРОМ КЛИФСТЕРА У МАЛЬЧИКА 5 ЛЕТ	367
Колчева Ю.А., Беникова Е.В., Константинов К.В., Иванова Н.Ю., Мирошников Д.Б., Астахова Е.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА «БИОАКУСТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ» У ДЕВОЧКИ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ).....	368
Андряшек Ю.И., Кочмарёва И.В., Лебединский А.К. МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ФГБУ ВС «КРЫМ» МО РФ	369
Кудреватых А.В., Дидур М.Д., Величко Б.Я., Буг Д.С., Сергеев Т.В., Милюхина И.В. НАРУШЕНИЯ ПОСТУРАЛЬНОГО БАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНЫМ ТРЕМОРОМ	370
Григорьева А.А., Костылева А.С., Журавлев Д.В. ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РЕТТА	371
Бармотина В.К., Кошечкина Т.В. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	372
Гришина Е.Г., Акименко М.Ю. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА С УМЕРЕННЫМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	373
Гусева М.А., Цейтлин Г.Я., Карелин А.Ф. АНАЛИЗ ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ В КОНТЕКСТЕ ЗАДАЧ РЕАБИЛИТАЦИИ	375
Губина Н.Б., Морозова О.Л., Терентьева Г.В. ДЕТСКИЙ МЕСТНЫЙ САНАТОРИЙ В СИСТЕМЕ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ МЕГАПОЛИСА - ПРОБЛЕМЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПУТИ РЕШЕНИЯ	376
Исупов К. Л. МЕСТО ПРИКЛАДНОГО АНАЛИЗА ПОВЕДЕНИЯ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ.....	379
Ищук В.Н., Мерзликин А.В., Ищук Ю.В. АПРОБАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЕРИФИКАЦИИ ДЕЗАДАПТОЗОВ И ОПРЕДЕЛЕНИИ НУЖДАЮЩИХСЯ ЛИЦ В МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	380
Морозова Е.В. КОНЦЕПЦИЯ «ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ИНВАЛИДНОСТИ» В ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ КОНТЕКСТЕ.....	381
Палаткин П.П., Филатов Е.В. ПАТОЛОГИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА.....	384
Рябова А.А., Дренёва А.А., Касаткин В.Н. ВЗАИМОСВЯЗЬ СИЛЫ ПАЛЬЦЕВЫХ МЫШЦ И МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПУХОЛИ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ.....	385

Цукурова Л.А., Власенко С.В. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ	388
Шиляев В.А. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ: ВЗГЛЯД С ПОЗИЦИИ РЕСУРСНОГО ПОДХОДА.....	389
Смирнова Л.М., Гайдук А.А. КОМПЛЕКСНАЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	392
Almborg Ann-Helene (Алмборг Анна-Хелен) ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МКФ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОЦЕНКИ ПОТРЕБНОСТЕЙ ПАЦИЕНТА В СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И ИНВАЛИДОВ: СЛУЧАЙ ШВЕЦИИ	393
Sue Baptise (Сью Бантисст) ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ТЕРАПЕВТЫ: ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ФИЛОСОФИЯ, ЦЕННОСТИ И ЗАДАЧИ, КОТОРЫЕ ОБОГАЩАЮТ МИССИЮ РЕАБИЛИТАЦИИ В РОССИИ.....	393
Denise Luscombe (Денис Лускомб) СЕМЕЙНАЯ ПРАКТИКА: ВРЕМЯ ДЛЯ РЕАКЦИИ	394
Stokes, Emma K. ФИЗИОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ – ПРАКТИКА И ПРОФЕССИЯ В 21 ВЕКЕ	395
Denise Luscombe (Денис Ласкомб) СЕМЕЙНАЯ ПРАКТИКА: СОВРЕМЕННЫЕ ИДЕИ И ВЫЗОВЫ.....	395
Andrea Martinuzzi (Андреа Мартинуцци), Ann Helene Almborg (Анн Хелен Алмборг) МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ICHI): СОКРАТИТЬ ДИСТАНЦИЮ НА ПУТИ К РЕАБИЛИТАЦИИ 2030.	396
Satish Mishra (Сатих Мишра) РЕАБИЛИТАЦИЯ 2030: ПРИЗЫВ К ДЕЙСТВИЮ.....	397
Sabariego Carla (Сабарьего Карла), Mishra Satish (Мишра Сатих), Lindsay Lee (Линдсей Лу), Alarcos Cieza (Аларкос Съеза) ВСЕМИРНЫЙ БАНК И МОДЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВОЗ	398
Skempes Dimitros (Скемпес Димитрос) и Vickenbach Jerome (Бикенбах Жером) ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ НА ОСНОВЕ ПРАВА: РАЗРАБОТКА ПРОГРАММНЫХ РУКОВОДЯЩИХ ПРИНЦИПОВ, КОТОРЫЕ МОГУТ УЛУЧШИТЬ ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ И СТЕПЕНЬ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.....	398
Stokes, Emma K. ФИЗИОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ – ПРАКТИКА И ПРОФЕССИЯ В 21 ВЕКЕ	399