

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

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

**V НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

Сборник статей



*Санкт-Петербург
12 – 13 сентября 2022 года*

Р 31 Реабилитация – XXI век: традиции и инновации: материалы V Национального конгресса с международ. участием, Санкт-Петербург, 12 – 13 сентября 2022 года / Минтруд России; [Глав. ред. член-корр. РАН, д-р мед. наук, проф. Г.Н. Пономаренко; ред. коллегия: д-р мед. наук, проф. В.Г. Помников, д-р мед. наук Е.М. Васильченко, канд. биол. наук А.В. Шошмин, К.Н. Рожко, Я.К. Бесстрашнова]. – Санкт-Петербург: ООО «ЦИАЦАН», 2022. – 192 с.

ISSN 2713-1076

В сборнике статей V Национального конгресса с международным участием «Реабилитация – XXI век: традиции и инновации» представлены работы, обобщающие результаты научно-практических исследований в области реализации Конвенции о правах инвалидов, инициативы ВОЗ «Реабилитация 2030», современной модели инвалидности, по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, проблем реабилитации инвалидов, оценки эффективности реабилитации, применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, межведомственного взаимодействия при освидетельствовании и реабилитации инвалидов, применения инновационных технологий в травматологии и ортопедии и применения ассистивных технологий.

Представленные в сборнике статьи адресованы специалистам в области реабилитации, образования, учреждений медико-социальной экспертизы, социальной защиты населения, служб занятости.

Главный редактор:

Пономаренко Г.Н. – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, генеральный директор ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России.

Редакционная коллегия:

Помников В.Г. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии, МСЭ и реабилитации ФГБУ ДПО СПИУВЭЖ Минтруда России.

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

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

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

Бесстрашнова Я.К. – кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник, отдела международных классификаций и систем реабилитации и абилитации (Сотрудничающий центр ВОЗ) Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России.

ISSN 2713-1076

© Минтруд России, 2022

© ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, 2022

© ООО «ЦИАЦАН»

THE MINISTRY OF LABOUR AND SOCIAL PROTECTION OF
THE RUSSIAN FEDERATION

FEDERAL STATE BUDGETARY INSTITUTION
“ALBRECHT FEDERAL SCIENTIFIC CENTRE OF REHABILITATION OF
THE DISABLED”

REHABILITATION – XXI CENTURY: TRADITIONS AND INNOVATIONS

**V INTERNATIONAL CONGRESS WITH
INTERNATIONAL PARTICIPATION**

Collection of articles



**St. Petersburg
12 – 13 September 2022**

Rehabilitation – XXI Century: Traditions and Innovations: Collection of the articles of the V International Congress with International Participation, St. Petersburg, 12 – 13 September 2022 / The Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation; [Chief Ed. Dr. Med. Sci., Prof. G.N.Ponomarenko; Ed. board: Dr. Med. Sci., Prof. V.G.Pomnikov, Dr. Med. Sci., E.M.Vasilchenko, Ph.D in Biology, A.V.Shoshmin, K.N.Rozhko, Y.K.Besstrashnova]. – St. Petersburg: OOO «CIACAN», 2022. – 192 p.

ISSN 2713-1076

The collection of articles of the V International Congress with International Participation “Rehabilitation – XXI Century: Traditions and Innovations” contains works summarizing findings in implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, the WHO initiative “Rehabilitation 2030”, contemporary disability model, on forming the system of comprehensive (re)habilitation of persons with disabilities and children with disabilities, rehabilitation of persons with disabilities, evaluation of rehabilitation outcomes, implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health, interagency cooperation while disability assessment and rehabilitation of persons with disabilities, of implementation of innovative technologies in traumatic surgery and orthopaedics and implementation of assistive technologies.

The collection of articles is addressed to professionals in rehabilitation, education, institutions of medical-social expertise, social protection and employment services.

Chief Editor:

Ponomarenko G.N. – Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences, Professor, Director General of Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled.

Editorial board:

Pomnikov V.G. – Doctor of Medical Sciences, Professor, the Head of the Department of Neurology, Medical and Social Expertise and Rehabilitation of the Federal State Budgetary Institution of Further Education “St. Petersburg Institute for Advanced Training of Medical Experts” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation.

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

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

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

Besstrashnova Y.K. – Ph.D in Economics, Leading Researcher of the Department of International Classifications and Systems of Rehabilitation and Habilitation (the WHO-FIC Collaborating Centre) of the Institute of Rehabilitation and Habilitation of the Disabled of Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled.

Оглавление

РАЗДЕЛ 1 ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ.....	9
SECTION 1 FORMATION OF THE SYSTEM OF COMPREHENSIVE REHABILITATION AND ABILITATION OF DISABLED AND CHILDREN WITH DISABILITIES. ORGANIZATIONAL AND LEGAL ASPECTS OF REHABILITATION. INTERNATIONAL EXPERIENCES.....	9
КОНСТИТУЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ПРИЗНАНИЯ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ Жаворонков Р.Н.	9
COSTITUTIONAL BASIS FOR RECOGNIZING A PERSON AS DISABLED Zhavoronkov R.N.	10
ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ В ПРЕОДОЛЕНИИ БАРЬЕРОВ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ ПОЛУЧЕНИЮ УСЛУГ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ_Чернякина Т.С., Свинцов А.А., Радудо В.И., Шестаков В.П., Колюка О.Е., Рочева Я.С.	14
THE MAIN TYPES OF ASSISTANCE TO PEOPLE WITH DISABILITIES IN OVERCOMING THE BARRIERS TO REHABILITATION AND HABILITATION SERVICES Chernyakina T.S., Svincov A.A., Raduto V.I., Shestakov V.P., Kolyuka O.E., Rocheva Y.S.	16
МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПО ВОПРОСУ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ОПОРЫ И ДВИЖЕНИЯ. МЕХАНИЗМЫ РЕАЛИЗАЦИИ Васильченко Е.М. .21	
INTERDEPARTMENTAL COOPERATION ON THE ISSUE OF REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE WITH IMPAIRED SUPPORT AND MOVEMENT FUNCTIONS. IMPLEMENTATION MECHANISMS Vasilchenko E.M.....	22
МЕРЫ АДМИНИСТРАТИВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В ОБЕСПЕЧЕНИИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ИНВАЛИДОВ Таран О.А.	26
MEASURES OF ADMINISTRATIVE RESPONSIBILITY TO ENSURE THE RIGHTS OF THE DISABLED PEOPLE Taran O.A.....	27
ДИНАМИКА УРОВНЕЙ ДОСТУПНОСТИ ОБЪЕКТОВ И УСЛУГ В ПРИОРИТЕТНЫХ СФЕРАХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНВАЛИДОВ ПО ДАННЫМ РЕЗУЛЬТАТОВ МОНИТОРИНГА РЕАЛИЗАЦИИ ОРГАНАМИ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ ЗНАЧЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ДОСТУПНОСТИ, СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ Шабанова О.А., Ишутина И.С., Ходаковский М.Д.	30
DYNAMICS OF LEVELS OF ACCESSIBILITY OF FACILITIES AND SERVICES IN PRIORITY AREAS OF LIFE OF DISABLED PEOPLE ACCORDING TO THE RESULTS OF MONITORING THE IMPLEMENTATION BY THE EXECUTIVE AUTHORITIES OF THE CONSTITUENT ENTITIES OF THE RUSSIAN FEDERATION OF MEASURES TO INCREASE THE VALUES OF INDICATORSINCREASING ACCESSIBILITY, STATUS AND PROSPECTS Shabanova O.A., Ishutina I.S., Khodakovsky M.D.	31
ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ БЕЗБАРЬЕРНОЙ СРЕДЫ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ: ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ ОБЪЕКТОВ И УСЛУГ, ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ Гогов Д.В., Макеева Д.С.	37
PRACTICE OF DEVELOPING A BARRIER-FREE ENVIRONMENT IN ST. PETERSBURG: APPROACHES TO ENSURE ACCESSIBILITY OF BUILDINGS AND SERVICES, PROMISING DIRECTIONS Gogov D.V., Makeeva D.S.....	38
ПУТЕШЕСТВИЕ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ Гернер А.	43
TRAVELLING ON REHABILITATION Herner A.	43

РАЗВИТИЕ ЦИФРОВИЗАЦИИ В СИСТЕМЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ Карасаева Л.А., Павлова С.В., Горяйнова М.В., Азовцев Д.Ю., Мясников И.Р., Гаврилюк О.Н.	46
DEVELOPMENT OF DIGITALIZATION IN THE SYSTEM OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE AND REHABILITATION Karasaeva L.A., Pavlova S.V., Goryainova M.V., Azovtsev D.Yu., Myasnikov I.R., Gavrilyuk O.N.....	47
РАЗДЕЛ 2 РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ.....	54
SECTION 2 REHABILITATION AND ABILITATION OF CHILDREN	54
ИЗ РАННЕЙ ПОМОЩИ В КОМПЛЕКСНУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ: СИСТЕМНЫЕ ВЫЗОВЫ И ВОЗМОЖНЫЕ РЕШЕНИЯ Злоказов А.В., Лайковская Е.Э., Любушкина Т.Л., Федосеева О.Б., Шестакова Е.В.....	54
FROM EARLY CARE TO COMPREHENSIVE REHABILITATION: SYSTEM CHALLENGES AND POSSIBLE SOLUTIONS A.V.Zlokazov, E.E.Laykovskaya, T.L.Lyubushkina, O.B Fedoseeva, E.V.Shestakova	55
МОНИТОРИНГ ПРАКТИКИ ПРИМЕНЕНИЯ СУБЪЕКТАМИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ДЛЯ ОРГАНОВ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ ПО СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ С МЕНТАЛЬНОЙ ИНВАЛИДНОСТЬЮ Струкова О.Г., Морозова Е.В., Жукова Е.В., Барышова А.Н.	62
MONITORING OF THE PRACTICE OF APPLICATION BY THE SUBJECTS OF THE RUSSIAN FEDERATION OF METHODOLOGICAL RECOMMENDATIONS FOR EXECUTIVE AUTHORITIES ON SOCIAL REHABILITATION WORK WITH FAMILIES RAISING CHILDREN WITH MENTAL DISABILITIES Strukova O.G., Morozova E.V., Zhukova E.V., Baryshova A.N.....	63
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УСЛУГ ПО КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ Струкова О.Г., Морозова Е.В., Жукова Е.В., Петрова К.А.	69
EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF INTEGRATED REHABILITATION AND HABILITATION SERVICES FOR CHILDREN WITH DISABILITIES Strukova O.G., Morozova E.V., Zhukova E.V., Petrova K.A.	70
ТЕХНОЛОГИИ ОКАЗАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ТЯЖЕЛЫМИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ НА ДОМУ Познякова Е.А.	80
TECHNOLOGIES OF REHABILITATION ASSISTANCE TO CHILDREN WITH SEVERE MULTIPLE DISORDERS AT HOME Poznyakova E.A.	81
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ АБИЛИТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ КОМПЕНСИРУЮЩЕГО ВИДА Бугрова Н.А., Жаринова Е.Е.	86
MODERN APPROACHES TO SOCIAL AND PEDAGOGICAL HABILITATION AND REHABILITATION OF CHILDREN WITH DISTURBANCES OF THE LOCOMOTOR APPARATUS IN THE CONDITIONS OF A COMPENSATING PRESCHOOL EDUCATIONAL INSTITUTION Bugrova N.A., Zharinova E.E.	87
ФОРМИРОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ НА УРОВНЕ СЕМЬИ Курникова М.В.	92
FORMATION OF PHYSICAL ACTIVITY OF DISABLED CHILDREN AT THE FAMILY LEVEL Kurnikova M.V.	93
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЫШЦ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ I УРОВНЯ ПО GMFCS Трофимов А.О.	97
STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF THE LOWER MUSCLES OF LIMB IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY GMFCS I Trofimov A.O.	98
АДАПТИВНОЕ СКАЛОЛАЗАНИЕ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ	

ПАРАЛИЧОМ Шейко Г.Е., Белова А.Н., Кавинов М.А.	101
ADAPTIVE CLIMBING IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH CEREBRAL PALSY Sheiko G.E., Belova A.N., Kavinov M.A.	102
КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМОПЛАНТОГРАММ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ МНОГОКОМПОНЕНТНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОПЫ ПО МЕТОДУ Г.А. ИЛИЗАРОВА Долганова Т.И., Смолькова Л.В.	107
QUANTITATIVE ANALYSIS OF DYNAMOPLANTOGRAMS IN SCHOOLCHILDREN BEFORE AND AFTER TREATMENT OF MULTICOMPONENT FOOT DEFORMITY ACCORDING TO THE METHOD OF G.A. ILIZAROV Dolganova T.I., Smolkova L.V.	108
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ПО СЛУХУ Пудов В.И., Пудов Н.В., Зонтова О.В., Попова Е.Е.	113
EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE INTRODUCTION OF REMOTE TECHNOLOGIES IN THE REHABILITATION OF CHILDREN WITH HEARING DISABILITIES Pudov V.I., Pudov N.V., Zontova O.V., Popova E.E.	114
ФОНЕТИЧЕСКАЯ РИТМИКА, КАК СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕННЫМ СЛУХОМ И ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ Зонтова О.В., Пудов В.И.	118
PHONETIC RHYTHMICS AS A MEANS OF REHABILITATION OF CHILDREN WITH IMPAIRED HEARING AND AFTER COCHLEAR IMPLANTATION Zontova O.V., Pudov V.I.	118
РАЗДЕЛ 3 СОЦИАЛЬНАЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ	123
SECTION 3 SOCIAL, PSYCHOLOGICAL AND PROFESSIONAL REHABILITATION AND HABILITATION OF DISABLED	123
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ В СИСТЕМЕ ВСЕРОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА СЛЕПЫХ Астанин А.А., Миронова И.А.	123
VOCATIONAL REHABILITATION OF ADULT BLIND IN THE ALL-RUSSIAN ASSOCIATION OF THE BLIND Astanin A.A., Mironova I.A.	124
О КАДРОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРОЦЕССА ЖИЗНЕУСТРОЙСТВА И СОПРОВОЖДЕНИЯ ГРАЖДАН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Старобина Е.М., Гордиевская Е.О., Рябцев М.В.	128
ABOUT THE STAFFING OF THE PROCESS OF LIFE MANAGEMENT AND SUPPORT OF CITIZENS WITH MENTAL DISORDERS Starobina E.M., Gordievskaya E.O., Ryabtsev M.V.	129
РАЗДЕЛ 4 МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19. САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ.	135
SECTION 4 MEDICAL REHABILITATION. REHABILITATION OF PATIENTS AFTER COVID-19. SANATORIUM AND RESORT REHABILITATION	135
ИННОВАЦИОННЫЕ ГЕРОНТОТЕХНОЛОГИИ В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ СО СТАРЧЕСКИМ КСЕРОЗОМ Колосова Г.В., Башкирёва А.С., Баранова Н.П., Шишко А.В., Бондаренко Т.В., Севастьянов М.А., Богданова Д.Ю., Асатрян А.Г., Аникеев П.П.	135
INNOVATIVE GERONTOTECHNOLOGIES IN THE EARLY REHABILITATION OF GERIATRIC PATIENTS WITH AGE-ASSOCIATED XEROSIS Kolosova G.V., Bashkireva A.S., Baranova N.P., Shishko A.V., Bondarenko T.V., Sevastyanov M.A., Bogdanova D.Yu., Asatryan A.G., Anikeev P.P.	136
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ (ЛФК И ФТЛ) У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19, В УСЛОВИЯХ	

СТАЦИОНАРА Виноградова Т.В., Либова Е.В., Макарова О.В., Барыкина Е.И., Короткина С.А., Плотник А.В., Шакуро М.А., Донник А.В., Дмитриева Е.К.	140
THE USE OF PHYSICAL METHODS OF TREATMENT (PHYSICAL THERAPY AND FTL) IN PATIENTS WITH PNEUMONIA CAUSED BY COVID-19 CORONAVIRUS INFECTION IN A HOSPITAL SETTING Vinogradova T.V., Libova E.V., Makarova O.V., Barykina E.I., Korotkina S.A., Plotnik A.V. Shakuro M.A., Donnik A.V., Dmitrieva E.K.	142
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 Карасаева Л.А., Горяйнова М.В., Мясников И.Р., Горяйнов И.В.	146
THE ROLE OF A NURSE IN THE REHABILITATION OF PATIENTS AND DISABLED PEOPLE WHO SURVIVED COVID-19 Karasaeva L.A., Goryainova M.V., Myasnikov I.R., Goryainov I.V.	147
МИКРОЭКОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: ПРОГРАММНОЕ И МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ Гуткевич Е.А., Воробейчикова О.В., Фокин В.А., Гныря Л.Ю., Гуткевич Е.В.	149
MICROECOLOGICAL APPROACH IN MEDICAL REHABILITATION: SOFTWARE AND METHODOLOGICAL SUPPORT Gutkevich E.A., Vorobeychikova O.V., Fokin V.A., Gnyrya L.Yu., Gutkevich E.V.	151
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИНДРОМНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Яновский Т.С.	156
EFFICIENCY OF SYNDROME-ORIENTED PHYSIOTHERAPEUTIC MEDICAL REHABILITATION Yanovsky T.S.	156
ИСТОКИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ НА КАВКАЗСКИХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОДАХ (К 50-ЛЕТИЮ СО ДНЯ ОСНОВАНИЯ ДЕТСКОЙ КЛИНИКИ ПЯТИГОРСКОГО НИИ КУРОРТОЛОГИИ) Тер-Акопов Г.Н., Ефименко Н.В., Глухов А.Н., Чалая Е.Н., Шведунова Л.Н., Соболева Е.И.	163
THE CRADLE OF MEDICAL REHABILITATION OF CHILDREN IN CAUCASIAN MINERAL WATERS (TO THE 50TH ANNIVERSARY OF THE FOUNDATION OF THE CHILDREN'S CLINIC OF PYATIGORSK RESEARCH INSTITUTE OF RESORT STUDY) Ter-Akopov G.N., Efimenko N.V., Glukhov A.N., Chalaya E.N., Shvedunova L.N., Soboleva E.I.	163
ПОВТОРНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ г. МОСКВЫ ЗА ПЕРИОД 2015-2021 гг. Самусенко А.Г., Запарий С.П., Охлопков В.А.	169
REPEATED DISABILITY DUE TO PARKINSON'S DISEASE AMONG THE POPULATION OF MOSCOW FOR THE PERIOD 2015-2021 Samusenko A.G., Zapary S.P., Okhlopkov V.A.	171
СИНДРОМ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ Дудченко Л.Ш., Кожемяченко Е.Н., Соловьева Е.А., Андреева Г.Н., Гришин М.М., Жукова Н.В.	177
RESPIRATORY INSUFFICIENCY SYNDROME AFTER A NEW CORONAVIRUS INFECTION COMPLICATED BY LUNG DAMAGE Dudchenko L.Sh., Kozhemyachenko E.N., Solovyova E.A., Andreeva G.N., Grishin M.M., Zhukova N.V.	178
ХАРАКТЕРИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИИ ТРАВМ И УВЕЧИЙ ПОЛУЧЕННЫХ В ХОДЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ. Лёвкин В.Г., Лецкая О.А.	182
CHARACTERISTICS OF DISABILITY DUE TO INJURIES AND INJURIES RECEIVED DURING A SPECIAL MILITARY OPERATION AND REHABILITATION MEASURES Levkin V.G., Letskaya O.A.	183
Алфавитный указатель авторов.....	190
Index of authors	191

**РАЗДЕЛ 1 ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И
АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ. ОРГАНИЗАЦИОННО-
ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ**

**SECTION 1 FORMATION OF THE SYSTEM OF COMPREHENSIVE REHABILITATION
AND ABILITATION OF DISABLED AND CHILDREN WITH DISABILITIES.
ORGANIZATIONAL AND LEGAL ASPECTS OF REHABILITATION. INTERNATIONAL
EXPERIENCES**

УДК 342.72/73

КОНСТИТУЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ПРИЗНАНИЯ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ

Жаворонков Р.Н.

ФГБОУ ВО «Московский государственный юридический университет
имени О.Е. Кутафина (МГЮА)», Москва, Россия

Аннотация

Введение. В настоящее время актуальным является определение конституционных основ установления правового статуса «инвалид» с целью подтверждения легитимности регулирующих деятельность федеральных учреждений медико-социальной экспертизы соответствующих положений Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и принятых в их развитие подзаконных нормативных правовых актов.

Цель. Работа направлена на определения конституционности правовых норм нормативных правовых актов, регулирующих установление инвалидности.

Материалы и методы. При проведении исследования применялись диалектический, формально-юридический и другие методы познания. Были проанализированы положения Конституции Российской Федерации, правовые нормы Закона о социальной защите инвалидов и подзаконных нормативных правовых актов, определений Конституционного суда Российской Федерации.

Результаты. Конституция РФ – основной закон России, которому должны соответствовать национальное законодательство и международные договоры.

Термины «инвалид» и «инвалидность» используются в трех статьях Конституции РФ, изменение двух из которых возможно только в случае разработки новой Конституции. Поэтому указанные термины являются одними из базовых конституционных терминов, что предопределяет их использование в российском законодательстве.

Согласно Конституции РФ инвалидность является основанием предоставления гражданину со стороны государства поддержки, включая социальное обеспечение. При этом Конституция РФ не определяет порядок и условия признания граждан инвалидами, относя данный вопрос к компетенции законодателя, который, действуя в рамках предоставленных ему полномочий, принял Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». В Конституционный суд РФ неоднократно поступали жалобы, ставящие под сомнение конституционность отдельных правовых норм указанного закона, определяющих основы признания лица инвалидом. Во всех случаях в рассмотрении данных жалоб было отказано. Каждый отказ сопровождался мотивированным ответом.

В Конституционный суд РФ также поступали жалобы, связанные с определением конституционности отдельных положений Правил признания лица инвалидом. Указанные Правила, являясь подзаконным актом, конкретизируют положения федерального закона, в связи с чем определение их конституционности имеет важное значение для реализации более общих правовых норм. Конституционный суд РФ не нашел оснований для их рассмотрения и дал мотивированный отказ.

Заключение. Проведенное исследование показывает, что правовые нормы, которые регулируют признание лица инвалидом и отражают принятую в России концепцию инвалидности, соответствуют положениям Конституции РФ, принятой гражданами нашей страны. Это означает, что указанные правовые нормы соответствуют волеизъявлению суверенного народа России.

Данный факт придает особое значение деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы. Корректно применяя нормы соответствующих Конституции РФ правовых актов, они будут реализовывать интересы российского общества.

Ключевые слова: инвалид; Конституция Российской Федерации; правовой статус; Конституционный Суд Российской Федерации.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Жаворонков Роман Николаевич, доктор юридических наук, доцент, профессор кафедры трудового права и права социального обеспечения ФГБОУ ВО «Московский государственный юридический университет имени О.Е.Кутафина (МГЮА)»; адрес: ул. Садовая-Кудринская, д.9, 125993, Москва, Россия; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7836-8639>; eLibrary SPIN: 9269-6515; e-mail: javoronkov@mail.ru

Вклад авторов: Статья написана автором единолично.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объектов исследований.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

COSTITUTIONAL BASIS FOR RECOGNIZING A PERSON AS DISABLED

Zhavoronkov R.N.

Kutafin Moscow State Law University (MSAL)

Moscow, Russia

Abstract

Background. Currently, it is relevant to determine the constitutional foundations for establishing the legal status of a "person with disabilities" in order to confirm the legitimacy of the regulatory activities of federal institutions of medical and social expertise of the relevant provisions of the Federal Law "On Social Protection of People with Disabilities in the Russian Federation" and the by-laws adopted in their development.

Aim. The work is aimed at determining the constitutionality of the legal norms of regulatory legal acts governing the establishment of disability.

Materials and methods. During the study, dialectical, formal-legal and other methods of cognition were used. The provisions of the Constitution of the Russian Federation, the legal norms of the Law "On Social Protection of People with Disabilities in the Russian Federation" and by-laws, and the definitions of the Constitutional Court of the Russian Federation were analyzed.

Results. The Constitution of the Russian Federation is the basic law of Russia, which must comply with national legislation and international treaties.

The terms "people with disabilities" and "disability" are used in three articles of the Constitution of the Russian Federation, two of which can be changed only if a new Constitution is developed. Therefore, these terms are one of the basic constitutional terms, which predetermines their use in Russian legislation.

According to the Constitution of the Russian Federation, disability is the basis for providing a citizen with state support, including social security. At the same time, the Constitution of the Russian Federation does not determine the procedure and conditions for recognizing citizens as disabled, referring this issue to the competence of the legislator, who, acting within the framework of the powers granted to him, adopted the Federal Law "On Social Protection of People with Disabilities in the Russian Federation". The Constitutional Court of the Russian Federation has repeatedly received complaints questioning the constitutionality of certain legal norms of this law, which determine the basis for recognizing a person as disabled. In all cases, these complaints were denied. Each refusal was accompanied by a motivated response.

The Constitutional Court of the Russian Federation also received complaints related to the determination of the constitutionality of certain provisions of the Rules for recognizing a person as disabled. These Rules, being a by-law, specify the provisions of federal law, and therefore determining their constitutionality is important for the implementation of more general legal norms. The Constitutional Court of the Russian Federation did not find grounds for their consideration and gave a motivated refusal.

Conclusion. The study shows that the legal norms that regulate the recognition of a person as a person with disabilities and reflect the concept of disability adopted in Russia comply with the provisions of the Constitution of the Russian Federation adopted by the population of our country. This means that these legal norms correspond to the will of the sovereign people of Russia. This fact attaches particular importance to the activities of federal institutions of medical and social expertise. Correctly applying the norms of legal acts relevant to the Constitution of the Russian Federation, they will realize the interests of Russian society.

Key words: person with disabilities; Constitution of the Russian Federation; legal status; Constitutional Court of the Russian Federation.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Roman N. Zhavoronkov, doctor of juridical sciences, docent, professor of the department of the labor law and the social security law of the Kutafin Moscow State Law University (MSAL); address: Sadovaya-Kudrinskaya str. 9, 125993, Moscow, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7836-8639>; eLibrary SPIN: 9269-6515; e-mail: javoronkov@mail.ru

Author contribution statement: The article was written by author alone .

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: No human studies are presented in this manuscript.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение. В настоящее время активизировались научные исследования правового регулирования социальной защиты инвалидов [1, 2, 3, 4, и др.]. В этой связи актуальным является определение конституционных основ установления правового статуса «инвалид» с целью подтверждения легитимности регулирующей деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы соответствующих положений Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ (далее – Закон о социальной защите инвалидов) и принятых в их развитие подзаконных нормативных правовых актов.

Цель исследования. Работа направлена на определение конституционности положений ст. 1 Закона о социальной защите инвалидов.

Материалы и методы исследования. При проведении исследования применялись диалектический, формально-юридический и другие методы познания. Были проанализированы положения Конституции Российской Федерации, правовые нормы Закона о социальной защите инвалидов и подзаконных нормативных правовых актов, определений Конституционного Суда Российской Федерации.

Результаты исследования.

Конституция Российской Федерации, принятая всенародным голосованием 12 декабря 1993 г., – основной закон нашей страны. Согласно ч. 1 ст. 15 Конституции РФ ей не может противоречить национальное законодательство. Также согласно ч. 6 ст. 125 Конституции РФ международные договоры Российской Федерации, противоречащие Конституции РФ, не подлежат введению в действие и применению. Необходимо отметить, что международные договоры могут быть как двухсторонними, так и многосторонними. К последним, в том числе, относятся акты международных организаций – конвенции, пакты, и т.п. Таким образом, Конституция РФ является выражением воли народа и гарантом правового суверенитета России. Следовательно, нормативные правовые акты, соответствующие Конституции РФ, соответствуют волеизъявлению граждан нашей страны.

Термин «инвалид» используется в статьях 7 и 114 Конституции РФ, а термин «инвалидность» – в ст. 39 Основного закона нашей страны. При этом ст. 7 входит в Главу 1 «Основы конституционного строя», ст. 39 – в Главу 2 «Права и свободы человека и гражданина». Поэтому согласно ст. 135 Конституции РФ содержание этих статей не может быть пересмотрено Федеральным Собранием. Если предложение о ее пересмотре будет поддержано тремя пятими голосов от общего числа членов Совета Федерации и депутатов Государственной Думы, то в соответствии с федеральным конституционным законом созывается Конституционное Собрание, которое либо подтверждает неизменность Конституции Российской Федерации, либо разрабатывает проект новой Конституции Российской Федерации, который принимается Конституционным Собранием двумя третями голосов от общего числа его членов или выносится на всенародное голосование. Данные положения распространяются на замену в ст. 7 термина

«инвалид» и в ст. 39 термина «инвалидность» иными терминами. Поэтому указанные термины являются одними из базовых конституционных терминов, что предопределяет их использование в российском законодательстве.

Из ч. 2 ст. 7 и ч. 1 ст. 39 Конституции РФ следует, что инвалидность является основанием предоставления гражданину со стороны государства поддержки, включая социальное обеспечение. Как неоднократно указывал Конституционный Суд РФ, Конституция РФ, в соответствии с целями социального государства (статья 7, часть 1), гарантируя каждому право на охрану здоровья и медицинскую помощь (статья 41, часть 1) и социальное обеспечение в установленных законом случаях, в том числе по инвалидности (статья 39, часть 1), не определяет порядок и условия признания граждан инвалидами, относя это к компетенции законодателя (статья 39, часть 2) [Определение Конституционного Суда РФ от 21 февраля 2008 г. № 96-О-О, Определение Конституционного Суда РФ от 27 января 2011 г. № 64-О-О, Определение Конституционного Суда РФ от 24 сентября 2012 г. № 1557-О, Определение Конституционного Суда РФ от 24 июня 2014 г. № 1299-О, Определение Конституционного Суда РФ от 23 июня 2015 г. № 1439-О].

Законодатель, действуя в рамках предоставленных ему полномочий, принял Закон о социальной защите инвалидов. Правовые нормы, определяющие основы признания лица инвалидом, содержатся в ст. 1 данного Закона. В Конституционный Суд РФ неоднократно поступали жалобы, ставящие под сомнение конституционность отдельных положений указанной статьи. Во всех случаях в рассмотрении данных жалоб было отказано. Каждый отказ сопровождался мотивированным ответом. Рассмотрим положения ст. 1 и обоснования их конституционности, приведенные Конституционным Судом РФ.

В части первой ст. 1 дается определение понятия «инвалид», в котором отражены основные условия признания лица инвалидом: 1) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм, или дефектами; 2) ограничения жизнедеятельности; 3) необходимость в социальной защите. В части второй ст. 1 дается определение понятия «ограничение жизнедеятельности».

Конституционный Суд РФ указал, что законоположения, закрепляющие понятия «инвалид» и «ограничение жизнедеятельности», сами по себе являются нормами-дефинициями и не могут приводить к нарушению конституционных прав граждан [Определение Конституционного Суда РФ от 24 октября 2013 г. № 1548-О, Определение Конституционного Суда РФ от 23 июня 2015 г. № 1480-О].

Согласно ч. 3 ст. 1 в зависимости от степени расстройства функций организма лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид».

Конституционный Суд РФ указал, что ч. 3 ст. 1 обеспечивает реализацию права на установление учреждениями медико-социальной экспертизы инвалидности на основании объективных критериев, выступая тем самым элементом правового механизма подтверждения оснований для предоставления гражданам социальной защиты в связи с инвалидностью, а потому не может расцениваться как ущемляющая права заявителя [Определение Конституционного Суда РФ от 23 июня 2015 г. № 1480-О].

Согласно ч. 4 ст. 1 признание лица инвалидом осуществляется федеральным учреждением медико-социальной экспертизы. В отношении указанных правовых норм Конституционный Суд РФ указал, что оспариваемое заявителем положение ст. 1 Закона о социальной защите инвалидов направлено на реализацию социальных прав граждан, в том числе права на социальное обеспечение. Следовательно, названные нормы не могут рассматриваться как нарушающие конституционные права заявителя [Определение Конституционного Суда РФ от 24 июня 2014 г. № 1299-О].

Также в соответствии с ч. 4 ст. 1 порядок и условия признания лица инвалидом устанавливаются Правительством Российской Федерации. Конституционный Суд РФ указал, что оспариваемое положение Закона о социальной защите инвалидов, наделяющее Правительство РФ полномочием по установлению порядка и условий признания граждан инвалидами, является элементом правового механизма подтверждения оснований для предоставления гражданам социальной защиты в связи с инвалидностью. Следовательно, как само по себе, так и во взаимосвязи с другими положениями данного Закона, а также утвержденных Постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95 во исполнение данного полномочия Правил признания лица инвалидом оно не может расцениваться в качестве нарушающего

конституционные права граждан [Определение Конституционного Суда РФ от 17 июля 2018 г. № 1924-О].

Необходимо обратить внимание на определение конституционности отдельных положений Правил признания лица инвалидом. Указанные Правила, являясь подзаконным актом, конкретизируют положения статьи 1. В связи с этим определение их конституционности имеет важное значение для реализации более общих норм Закона о социальной защите инвалидов.

Предметом рассмотрения Конституционного Суда РФ являлись утратившие силу Правила признания лица инвалидов, утвержденные Постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95. Вместе с тем, определения Конституционного Суда РФ не потеряли свою актуальность, поскольку рассмотренные им положения воспроизводятся в действующих Правилах признания лица инвалидом, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 05.04.2022 г. № 588.

Отказывая в рассмотрении жалоб Конституционный Суд РФ указал:

п. 5 (содержит перечень условий признания гражданина инвалидом) и п. 6 (при этом наличие одного из указанных в п. 5 условий не является основанием, достаточным для признания гражданина инвалидом), являясь элементом правового механизма установления инвалидности, которая в соответствии с действующим законодательством выступает основанием для предоставления мер социальной защиты, в равной мере распространяются на всех граждан и не могут расцениваться как нарушающие права заявителя в указанном им аспекте [Определение Конституционного Суда РФ от 23 июня 2015 г. № 1439-О];

п. 9 (инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III - на 1 год), являясь необходимым элементом механизма реализации гражданином, утратившим трудоспособность, права на социальное обеспечение, носит гарантийный характер и не может рассматриваться как нарушающее конституционные права граждан [Определение Конституционного Суда РФ от 24 сентября 2012 г. № 1557-О];

п. 11 (в случае признания гражданина инвалидом датой установления инвалидности считается день поступления в бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах заявления гражданина о проведении медико-социальной экспертизы) позволяя - независимо от даты вынесения решения о признании лица инвалидом - считать датой установления инвалидности гражданину, нуждающемуся в проведении медико-социальной экспертизы, день поступления в государственное учреждение медико-социальной экспертизы от него соответствующего заявления, имеет гарантийный характер и не может рассматриваться как нарушающая конституционные права заявителя [Определение Конституционного Суда РФ от 27 мая 2018 г. № 765-О].

Заключение. Проведенное исследование показывает, что правовые нормы ст. 1 Закона о социальной защите инвалидов, которые устанавливают основы признания лица инвалидом и отражают принятую в России концепцию инвалидности, соответствуют положениям Конституции РФ, принятой гражданами нашей страны. Также Конституции РФ соответствуют не противоречащие Закону о социальной защите инвалидов подзаконные нормативные правовые акты, конкретизирующие его положения.

Соответствие правового регулирования признания лица инвалидом Конституции РФ означает его соответствие волеизъявлению суверенного народа России. Данный факт придает особое значение деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы. Корректно применяя нормы соответствующих Конституции РФ правовых актов, они будут реализовывать интересы российского общества.

Конфликт интересов: автор декларирует отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The author declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Албеева А.Ю. Правовая политика в отношении инвалидов (1917 – начало XXI века): историко-правовое исследование. Монография. Самара: Изд-во Самар. гос. экон. ун-та, 2016. 140 с. [Albeeva A.J. Pravovaja politika v otnoshenii invalidov (1917 – nachalo XXI veka): istoriko-pravovoe issledovanie. Monografija. Samara: Izd-vo Samar. gos. jekon. un-ta, 2016. 140 s. (In Russ.).]

2. Жаворонков Р.Н. Социальная защита инвалидов: вчера, сегодня, завтра (правовые аспекты). Монография. М.: Издательство «У Никитских ворот», 2020. 248 с. [Zhavoronkov R.N. Social'naja zashhita invalidov: vchera, segodnja, zavtra (pravovye aspekty). Monografija. M.: Izdatel'stvo «U Nikitskih vorot», 2020. 248 s. (In Russ.).]

3. *Права инвалидов* / Сабаева С.В., Боброва Т.М., Исаева А.Н., Сивакова И.В., Скопина М.В. Брошюра. М.: Проспект, 2018. 232 с. [*Prava invalidov* / Sabaeva S.V., Bobrova T.M., Isaeva A.N., Sivakova I.V., Skorina M.V. Broshjura. M.: Prospekt, 2018. 232 s. (In Russ.).]

4. *Права инвалидов: правовое регулирование, механизмы защиты и реализации* / Байрамов Ф.Д., Белова Т.В., Собенина М.А., Каирова А.И., Литягин Н.Н., Попов О.В., Смыслова В.Н., Степанов В.В., Хакимов Р.М. Монография. М.: МГТЭУ, 2017. 228 с. [*Prava invalidov: pravovoe regulirovanija, mehanizmy zashhity i realizacii* / Bajramov F.D., Belova T.V., Sobenina M.A., Kairova A.I., Litygin N.N., Popov O.V., Smyslova V.N., Stepanov V.V., Hakimov R.M. Monografija. M.: MGTJeU, 2017. 228 s. (In Russ.).]

УДК 349.3:364.043

ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ В ПРЕОДОЛЕНИИ БАРЬЕРОВ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ ПОЛУЧЕНИЮ УСЛУГ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ

Чернякина Т.С.^{1,2}, Свинцов А.А.¹, Радута В.И.¹, Шестаков В.П.¹, Колюка О.Е.¹, Рочева Я.С.^{1,3}

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

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

³«Санкт-Петербургский государственный электротехнический университет «ЛЭТИ» им. В.И.
Ленина

Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. В Российской Федерации, в соответствии со статьей 26 Конвенции о правах инвалидов «Абилитация и реабилитация», впервые и повторно освидетельствованным гражданам, признанным инвалидами, предоставляются комплексные абилитационные и реабилитационные услуги и программы. Чтобы наделить инвалидов возможностью получить эти услуги, осуществляются меры, которые включают выявление и устранение препятствий и барьеров, мешающих доступности. Эти меры включают предоставление различных видов услуг помощников и посредников, в том числе проводников, чтецов и профессиональных сурдопереводчиков, для облегчения доступности зданий и других форм оказания инвалидам помощи и поддержки, обеспечивающие им доступ к информации организаций, предоставляющих абилитационные и реабилитационные услуги. Изучение необходимых инвалидам видов помощи при получении услуг абилитации и реабилитации является актуальной задачей мониторинга развития системы комплексной реабилитации инвалидов в стране.

Цель работы. Анализ рекомендованных инвалидам видов помощи при получении услуг в различных сферах жизнедеятельности, включая услуги по абилитации и реабилитации.

Материал и методы. Материалом для изучения послужила форма федерального статистического наблюдения № 7-собес (утверждена приказом Росстата от 5 декабря 2019 г. № 742), раздел «Рекомендации по реабилитации и абилитации граждан, признанных инвалидами, ...» в 2020 и 2021 годах». Методы изучения включали контент-анализ правовых документов и статистический анализ рекомендаций в индивидуальных программах реабилитации и (или) абилитации (далее - ИПРА) с заключениями о необходимых инвалиду видах помощи, полученных при первичном освидетельствовании и при переосвидетельствовании. Рассчитан показатель доли инвалидов, нуждающихся в предоставлении помощи в преодолении барьеров при получении услуг от численности впервые и повторно освидетельствованных лиц, признанных инвалидами.

Результаты. Российской Федерацией в 2008 году подписана, а в 2012 году ратифицирована Конвенция о правах инвалидов. Конвенция, принятая Генеральной Ассамблеей ООН в 2006 году, является основным международным документом, устанавливающим права инвалидов во всем мире.

С 2018 г. в ИПРА вносятся рекомендации по оказанию необходимой помощи на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур следующим категориям инвалидам, имеющим выраженные, значительно выраженные ограничения в передвижении; ограничения в самообслуживании вследствие нарушения (отсутствия) функции верхних конечностей; инвалидам по зрению – слабовидящим и слепым; по слуху – слабослышащим и глухим; инвалидам, имеющим интеллектуальные нарушения.

За период с 2018 по 2021 г. количество ИПРА с заключениями о необходимых инвалиду видах помощи увеличилось на 27,95% (с 448946 до 574435 единиц) соответственно.

Удельный вес ИПРА с заключениями о необходимых инвалиду видах помощи от всех выданных ИПРА в 2018-2021 гг. колебался в пределах 21,51-24,66% и, в среднем, составлял 23,0±0,76%.

Из ИПРА с заключениями о необходимых инвалиду видах помощи на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, наибольший удельный вес составляли ИПРА с заключениями о необходимых видах помощи инвалиду, имеющему выраженные, значительно выраженные ограничения в передвижении - 43,79 % в 2018 г. и 53,06 % в 2021 г. и ИПРА с заключениями о необходимой помощи инвалиду, имеющему интеллектуальные нарушения - 42,87% в 2018 г. и 41,35% в 2021 г.

Заключение. В Российской Федерации приняты правовые меры, регламентирующие основные виды помощи инвалидам в преодолении барьеров на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, препятствующих получению услуг реабилитации, нуждающимся в преодолении барьеров. С 2018 г. в ИПРА впервые и повторно признанным инвалидами, введены, в зависимости от имеющихся нарушений функций организма, рекомендации о видах необходимой помощи, обеспечивающих доступ к услугам и программам абилитации и реабилитации, предоставляемым на добровольной основе.

Реализация указанных норм оказания необходимой помощи позволяет наделять инвалидов возможностью получать абилитационных и реабилитационных услуги как можно раньше для достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей, полного включения и вовлечения во все аспекты жизни общества, что соответствует положениям Конвенции о правах инвалидов.

Ключевые слова: инвалиды, реабилитация, абилитация, правовое регулирование, виды помощи в преодолении барьеров.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Чернякина Татьяна Сергеевна – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела мониторинга соблюдения прав инвалидов Института реабилитации и абилитации инвалидов Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный Научный Центр реабилитации инвалидов имени Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. 195067 г. Санкт- Петербург, ул. Бестужевская д. 50; профессор кафедры профилактической медицины и охраны здоровья Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Министерства здравоохранения Российской Федерации 195067, г. Санкт- Петербург, Пискаревский пр. д.47, телефон моб. 8 (911) 264-89-00; тел. моб. 8(953) 378-16-42 e-mail: maimulovt@mail.ru

Свинцов Александр Анатольевич – кандидат медицинских наук, доцент, директор Института реабилитации и абилитации инвалидов Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов имени Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. 195067 г. Санкт- Петербург, ул. Бестужевская д. 50; e-mail: aleksv53@ya.ru

Радуту Владимир Иванович – старший научный сотрудник отдела мониторинга соблюдения прав инвалидов Института реабилитации и абилитации инвалидов Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов имени Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. 195067 г. Санкт- Петербург, ул. Бестужевская д.50, телефон моб. 8 (905) 284-29-10, e-mail: radutoy@mail.ru

Шестаков Владимир Петрович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель научного направления Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный Научный Центр реабилитации инвалидов имени Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. 195067 г. Санкт- Петербург, ул. Бестужевская д. 50; e-mail: Schestakov.V.P@yandex.ru

Колюка Ольга Евгеньевна – старший научный сотрудник отдела мониторинга соблюдения прав инвалидов Института реабилитации и абилитации инвалидов Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, e-mail: problemkom@mail.ru

Рочева Яна Сергеевна – кандидат социологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник отдела мониторинга соблюдения прав инвалидов Института реабилитации и абилитации инвалидов Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации; доцент кафедры связи с общественностью Санкт-Петербургского государственного электротехнического университета «ЛЭТИ» им В.И. Ленина, e-mail: rocheva_yana@mail.ru

Вклад авторов: Авторы равномерно принимали участие в разработке дизайна исследования, сборе данных, анализе и написании статьи.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объектов исследований.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

THE MAIN TYPES OF ASSISTANCE TO PEOPLE WITH DISABILITIES IN OVERCOMING THE BARRIERS TO REHABILITATION AND HABILITATION SERVICES

Chernyakina T.S.^{1,2}, Svincov A.A.¹, Raduto V.I.¹, Shestakov V.P.¹, Kolyuka O.E.¹, Rocheva Y.S.^{1,3}

¹Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled

²North-Western State Medical University by I.I. Mechnikov

³St. Petersburg State Electrotechnical University "LETI" named after V.I. Lenin
St. Petersburg, Russia

Abstract

Background. In the Russian Federation, in accordance with Article 26 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Habilitation and Rehabilitation, comprehensive habilitation and rehabilitation services and programs are provided to citizens recognized as disabled for the first time and repeatedly. In order to enable persons with disabilities to receive these services, measures are implemented that include identifying and removing obstacles and barriers to accessibility. These measures include providing various types of assistants and mediators, including guides, readers and professional sign language interpreters, to facilitate the accessibility of buildings and other forms of assistance and support to persons with disabilities, ensuring their access to information from organizations providing habilitation and rehabilitation services. The study of the types of assistance needed by disabled persons in obtaining habilitation and rehabilitation services is an urgent task in monitoring the development of the system of comprehensive rehabilitation of disabled persons in the country.

Aim. The objective of this work is to analyze the types of assistance recommended for individuals with disabilities, when receiving services in various areas of life activity, including habilitation and rehabilitation services.

Material and methods. The material for the study was federal statistical observation form No. 7-sobes (approved by Rosstat Order No. 742 of December 5, 2019), section "Recommendations for the rehabilitation and habilitation of citizens recognized as disabled, ..." in 2020 and 2021. Study methods included content analysis of legal documents and statistical analysis of recommendations in individual rehabilitation and (or) habilitation programs (hereafter, IPRA), with conclusions on the types of assistance a disabled person needs, obtained during initial certification and re-assessment. The indicator of the share of disabled persons in need of assistance in overcoming barriers to receiving services is calculated, as a proportion of the number of persons registered as disabled for the first time and re-evaluated.

Results. The Russian Federation signed the Convention on the Rights of Persons with Disabilities in 2008 and ratified it in 2012. The Convention, adopted by the UN General Assembly in 2006, is the main international document establishing the rights of persons with disabilities worldwide.

Since 2018, recommendations have been made to IPRA to provide the necessary assistance at social, engineering and transportation infrastructure facilities to the following categories of disabled persons who have pronounced, significantly pronounced limitations in movement; limitations in self-care due to impairment (absence) of upper limb function; the visually impaired and the blind; the hearing impaired and the deaf; the intellectually disabled.

For the period from 2018 to 2021, the number of IPRHs with opinions on the types of assistance needed by a disabled person increased by 27.95% (from 448946 to 574435 units), respectively.

The share of IPRHs with opinions on the types of assistance needed by a disabled person in all IPRHs issued in 2018-2021 ranged from 21.51-24.66%, and, on average, was 23.0±0.76%.

Conclusion. Of the IPRAS with conclusions about the types of assistance needed for a disabled person at social, engineering and transport infrastructure facilities, the largest share of IPRAS with conclusions about the types of assistance needed for a disabled person with pronounced, significantly pronounced limitations in movement - 43.79% in 2018 and 53.06% in 2021 and IPRAS with conclusions about the necessary assistance for a disabled person with intellectual disabilities - 42.87% in 2018 and 41.35% in 2021.

The Russian Federation has adopted legal measures regulating the main types of assistance for disabled persons in overcoming barriers at social, engineering and transportation infrastructure facilities that prevent them from receiving rehabilitation services. Needing to overcome barriers. As of 2018, recommendations on the types of necessary assistance, providing access to services and programs for habilitation and rehabilitation, provided on a voluntary basis, have been introduced into IPRAs for the first and second time, depending on the impairments present in the functions of the body.

The implementation of these norms for the provision of necessary assistance enables disabled persons to receive habilitation and rehabilitation services as early as possible to achieve and maintain maximum independence, full physical, mental, social and professional abilities, and full inclusion and involvement in all aspects of society, which complies with the provisions of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

Key words: people with disabilities, rehabilitation, habilitation, legal regulation, types of assistance in overcoming barriers.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Tatyana S. Chernyakina - Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department for monitoring the observance of the rights of disabled people at the Institute for Rehabilitation and Habilitation of Disabled People of Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled. 50 Bestuzhevskaya str., Saint Petersburg, 195067; Professor of the Department of Preventive Medicine and Health Protection of North-Western State Medical University by I.I. Mechnikov, 47 Piskarevsky Ave., Saint Petersburg, 195067, phone mobile 8 (911) 264-89-00; phone mobile 8 (953) 378-16-42 e-mail: maimulovt@mail.ru

Alexander A. Svintsov - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Director of the Institute of Rehabilitation and Habilitation of Disabled People of Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled. 50 Bestuzhevskaya str., Saint Petersburg, 195067; e-mail: aleksv53@ya.ru

Vladimir I. Raduto is a Senior Researcher at the Department for monitoring the observance of the rights of disabled people at the Institute for Rehabilitation and Habilitation of Disabled People of Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled. 50 Bestuzhevskaya str., Saint Petersburg, 195067, mobile phone 8 (905) 284-29-10, e-mail: radutoy@mail.ru

Vladimir P. Shestakov - Doctor of Medical Sciences, Professor, head of the scientific direction of Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled. 50 Bestuzhevskaya str., Saint Petersburg, 195067; e-mail: Schestakov.V.P@yandex.ru

Olga E. Kolyuka is a Senior Researcher of the Department for monitoring the observance of the rights of disabled People at the Institute for Rehabilitation and Habilitation of Disabled People of Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, e-mail: problemkom@mail.ru

Yana S. Rocheva - Candidate of Sociological Sciences, associate Professor, leading researcher of the Department of monitoring the observance of the rights of disabled people of the Institute of Rehabilitation and Habilitation of Disabled People of Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled; associate professor of the Department of Public Relations of the St. Petersburg State Electrotechnical University "LETI" named after V. I. Lenin, e-mail: rocheva_yana@mail.ru

Author contribution statement: The authors evenly participated in the design of the research, data collection, analysis and writing of the article.

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: No human studies are presented in this manuscript.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение. В Российской Федерации, в соответствии со статьей 26 Конвенции о правах инвалидов «Абилитация и реабилитация», впервые и повторно освидетельствованным гражданам, признанным инвалидами, предоставляются комплексные абилитационные и реабилитационные услуги и программы. Чтобы наделить инвалидов возможностью получить эти услуги, осуществляются меры, которые включают выявление и устранение препятствий и барьеров, мешающих доступности. Эти меры включают предоставление различных видов услуг помощников и посредников, в том числе проводников, чтецов и профессиональных сурдопереводчиков, для облегчения доступности зданий и других форм оказания инвалидам помощи и поддержки, обеспечивающие им доступ к информации организаций, предоставляющих абилитационные и реабилитационные услуги.

Оценкой государственной социальной политики Российской Федерации в отношении инвалидов занимались такие авторы как Е. С. Бакалдина, М. С. Егорова, А. А. Смирнова.

Современное состояние и тенденции развития государственной социальной политики Российской Федерации были изучены Р. М. Жаворонковым (2020) [1], Е. А. Морозовой (2021) [2]. В работах Т. Н. Шеломановой (2018) [3] определены значимые для всех категорий инвалидов средовые барьеры и пути их устранения (преодоления), формы взаимодействия и оказания помощи инвалидам в преодолении барьеров на объекте и получении услуг, приведены основные рекомендации для обучения персонала различных организаций по вопросам оказания помощи инвалидам в преодолении барьеров и получении услуг.

Изучение динамики потребности инвалидов в видах помощи при получении услуг абилитации и реабилитации является актуальной задачей мониторинга развития системы комплексной реабилитации инвалидов в стране.

Цель. Анализ рекомендованных инвалидам видов помощи при получении услуг в различных сферах жизнедеятельности, включая услуги по абилитации и реабилитации.

Материал и методы. Материалом для изучения послужила форма федерального статистического наблюдения № 7-собес (утверждена приказом Росстата от 5 декабря 2019 г. № 742), раздел «Рекомендации по реабилитации и абилитации граждан, признанных инвалидами, ...» в 2020 и 2021 годах». Методы изучения включали контент-анализ правовых документов и статистический анализ рекомендаций в ИПРА с заключениями о необходимых инвалиду видах помощи, полученных при первичном освидетельствовании и при переосвидетельствовании. Рассчитан показатель доли инвалидов, нуждающихся в предоставлении помощи в преодолении барьеров при получении услуг от численности впервые и повторно освидетельствованных лиц, признанных инвалидами.

Результаты. Российской Федерацией в 2012 году ратифицирована Конвенция о правах инвалидов (далее - Конвенция), которая является основным международным документом, устанавливающим права инвалидов во всем мире.

Согласно целям Конвенции, среди основных принципов деятельности государств, правительств, всех институтов общества, Конвенцией определены следующие:

- полное и эффективное вовлечение и включение в общество;
- равенство возможностей;
- недискриминация;
- доступность.

Указанные принципы логически вытекают один из другого. Для того, чтобы обеспечить полное вовлечение и включение инвалида в общество, необходимо предоставить ему равные с другими людьми возможности. Для этого инвалид не должен подвергаться дискриминации. Основным способом устранения дискриминации инвалидов является обеспечение доступа к физическому окружению, транспорту, информации и связи, а также другим объектам и услугам, предоставляемым населению. Эти меры, должны распространяться на здания, дороги, транспорт и другие объекты, включая школы, жилые дома, медицинские учреждения, и рабочие места; на информационные, коммуникационные и другие службы.

Реализация на практике требований правовых актов, касающихся создания доступной среды для инвалидов, является исполнением обязательств, взятых перед инвалидами российским обществом в лице государства, ратифицировавшего Конвенцию.

Общие обязанности по обеспечению доступной среды для инвалидов установлены Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее – Закон № 181-ФЗ).

Согласно положениям статьи 15 Закона № 181-ФЗ федеральные органы государственной

власти, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления, организации независимо от их организационно-правовых форм обеспечивают инвалидам (включая инвалидов, использующих кресла-коляски и собак-проводников) условия для беспрепятственного доступа к объектам социальной, инженерной и транспортной инфраструктур (жилым, общественным и производственным зданиям, строениям и сооружениям, включая те, в которых расположены физкультурно-спортивные организации, организации культуры и другие организации), к местам отдыха и к предоставляемым в них услугам.

В целях того, чтобы абилитационные и реабилитационные услуги и программы начинали реализовываться как можно раньше и были доступны для инвалидов ближе к местам их непосредственного проживания, в том числе в сельских районах, Правительством Российской Федерации, Минтрудом России и Фондом социального страхования Российской Федерации регламентированы процессуальные аспекты реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации, в частности, утверждены (обновлены):

1) Правила:

а) обеспечения инвалидов:

— техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями (постановление Правительства Российской Федерации от 7 апреля 2008 г. N 240);

— собаками-проводниками и выплаты ежегодной денежной компенсации расходов на содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников (постановление Правительства Российской Федерации от 30 ноября 2005 г. N 708);

б) предоставления инвалидам услуг по переводу русского жестового языка (сурдопереводу, тифлосурдопереводу) (постановление Правительства Российской Федерации от 25 сентября 2007 г. N 608);

2) Порядок разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида и ребенка-инвалида (приказ Минтруда России от 13 июня 2017 г. N 486н);

3) Административный регламент по предоставлению государственной услуги по обеспечению инвалидов ТСР, а также по выплате компенсации за самостоятельно приобретенные инвалидами ТСР (приказ Фонда социального страхования Российской Федерации от 16 мая 2019 г. N 256) .

На исключение барьеров, препятствующих получению услуг реабилитации и абилитации, направлена реализация Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года, в том числе разработка правовых и организационных механизмов и широкое внедрение технологий сопровождения инвалидов и их семей при получении реабилитационных (абилитационных) услуг (распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 г. N 3711-р).

С 2018 г. в ИПРА вносятся рекомендации по оказанию необходимой помощи на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур следующим категориям инвалидов:

- инвалиду, имеющему выраженные, значительно выраженные ограничения в передвижении;

- инвалиду, имеющему выраженные, значительно выраженные ограничения в самообслуживании вследствие нарушения (отсутствия) функции верхних конечностей;

- инвалиду по зрению – слабовидящему и слепому;

- инвалиду по слуху – слабослышающему и глухому;

- инвалиду, имеющему интеллектуальные нарушения.

Выписки из ИПРА инвалидов, из переосвидетельствованных, отправляются в органы исполнительной власти субъекта РФ, региональное отделение ФСС, территориальный орган ПФР, определенные в соответствии с ИПРА в качестве исполнителей реабилитационных или абилитационных мероприятий по оказанию видов помощи инвалидам в преодолении барьеров, мешающих получению ими услуг на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур наравне с другими лицами, организациями, предоставляющими услуги населению.

За период с 2018 по 2021 г. количество ИПРА с заключениями о необходимых инвалиду видах помощи увеличилось на 27,95% (с 448946 до 574435 единиц) соответственно.

В 2021 г. по сравнению с 2018 г. увеличилась численность инвалидов, имеющих выраженные, значительно выраженные ограничения в передвижении на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, получивших ИПРА с заключением о необходимых видах помощи при входе в такие объекты и выходе из них, посадке в транспортное средство и

высадке из него, в том числе с использованием кресла-коляски на 55,05 % (с 196589 до 304802 инвалидов), а инвалидов, имеющих выраженные, значительно выраженные ограничения в самообслуживании вследствие нарушения (отсутствия) функции верхних конечностей, в 2,47 раза (с 24531 до 60700 человек).

Также увеличилась на 23,41% численность инвалидов, имеющих интеллектуальные нарушения (с 192480 до 237531 человека), которые получили ИПРА с заключением об оказании необходимой помощи, состоящей в уяснении порядка предоставления и получения услуги, в оформлении документов, в совершении им других необходимых для получения услуги действий.

При увеличении на 128,68% инвалидов по слуху – глухих (с 4484 в 2019 г. до 10254 человек в 2021 г.), получивших ИПРА с заключением о предоставлении услуг с использованием русского жестового языка, включая обеспечение допуска сурдопереводчика, уменьшилась численность инвалидов, имеющих одновременно нарушения функций слуха и зрения, получивших ИПРА с заключением о предоставлении услуг тифлосурдопереводчика, включая обеспечение его допуска (при необходимости) на объекты, где осуществляются мероприятия по реабилитации на 10,5% (с 381 до 341 человека). Также уменьшилась численность слабослышащих инвалидов, получивших ИПРА с заключением о необходимых видах помощи на 16,94% (с 50526 до 41966 человек).

Численность инвалидов по зрению – слабовидящих, получивших ИПРА с заключением о необходимых видах помощи увеличилась в 2021 г. по сравнению с 2018 г на 36,26% (с 35039 до 47743 человек), а инвалидов по зрению – слепых уменьшилась на 3,86% (с 17566 до 16888 человек), при этом значительно - на 634,55% увеличилась численность слепых инвалидов (с 275 до 2020 человек) в ИПРА которых предусмотрено обеспечение допуска на объекты социальной, инженерной и транспортной инфраструктур собаки-проводника при наличии документа, подтверждающего ее специальное обучение.

Удельный вес ИПРА с заключениями о необходимых инвалиду видах помощи от всех выданных ИПРА в 2018-2021 гг. колебался в пределах 21,51-24,66% и, в среднем, составлял 23,0±0,76%.

Из ИПРА с заключениями о необходимых инвалиду видах помощи на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, наибольший удельный вес составляли ИПРА с заключениями о необходимых видах помощи инвалиду, имеющему выраженные, значительно выраженные ограничения в передвижении - 43,79 % в 2018 г. и 53,06 % в 2021 г. На втором месте были ИПРА с заключениями о необходимой помощи инвалиду, имеющему интеллектуальные нарушения - 42,87% в 2018 г. и 41,35% в 2021 г. Третье место занимают ИПРА с заключениями о необходимых видах помощи инвалидам по слуху – слабослышащим - 11,25% и 7,31% соответственно в 2018 и 2021 гг. Далее следуют ИПРА с заключениями о видах помощи инвалидам по зрению – слабовидящим 7,89% в 2018 г. и 8,31% в 2021 г., инвалидам, имеющим выраженные, значительно выраженные ограничения в самообслуживании вследствие нарушения (отсутствия) функции верхних конечностей - 5,46% и 10,57%, инвалидам по зрению – слепым 3,91% и 2,94%, по слуху - глухим услуги с использованием русского жестового языка 1,49% и 1,79% соответственно в 2018 г. и в 2021 г.

Последние два места занимают ИПРА с заключениями о предоставлении инвалиду, имеющему одновременно нарушения функций слуха и зрения, услуг тифлосурдопереводчика, включая обеспечение его допуска (при необходимости) - 0,08% и 0,06%, а также обеспечение допуска собаки-проводника при наличии документа, подтверждающего ее специальное обучение - 0,06% и 0,04%.

Сведений о численности инвалидов, из переосвидетельствованных, в отношении которых отправлены выписки из ИПРА в органы исполнительной власти субъекта РФ, региональное отделение ФСС, территориальный орган ПФР, определенные в соответствии с ИПРА в качестве исполнителей реабилитационных или абилитационных мероприятий по оказанию видов помощи инвалидам в преодолении барьеров, мешающих получению ими услуг на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур наравне с другими лицами, организациями, предоставляющими услуги населению, которым были предоставлены соответствующие ИПРА виды помощи в отчетной форме №7-собес – отсутствовали на момент выполнения работы.

Заключение. В Российской Федерации приняты правовые меры, регламентирующие основные виды помощи инвалидам в преодолении барьеров на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, препятствующих получению услуг реабилитации, нуждающимся в преодолении барьеров. С 2018 г. в индивидуальную программу реабилитации и (или)

абилитации ИПРА впервые и повторно признанным инвалидами, введены, в зависимости от имеющихся нарушений функций организма, рекомендации о видах необходимой помощи, обеспечивающих доступ к услугам и программам абилитации и реабилитации, предоставляемым на добровольной основе.

Реализация указанных норм оказания необходимой помощи позволяет наделять инвалидов возможностью получать абилитационные и реабилитационные услуги как можно раньше для достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей, полного включения и вовлечения во все аспекты жизни общества, что соответствует положениям Конвенции о правах инвалидов.

Полученная информация может быть полезной для органов исполнительной власти субъекта РФ, региональных отделений ФСС, территориальных органов ПФР, определенных в соответствии с ИПРА в качестве исполнителей реабилитационных или абилитационных мероприятий по оказанию видов помощи инвалидам в преодолении барьеров, мешающих получению ими услуг на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур наравне с другими лицами, организациями, предоставляющими услуги населению.

Конфликт интересов. Авторы подтверждают отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1 Жаворонков Р.Н. Социальная защита инвалидов: вчера, сегодня, завтра (правовые аспекты): монография. — М.: Издательство «У Никитских ворот», 2020. — 248 с.

2 Морозова Е.А. Правовые основы государственной социальной политики в отношении инвалидов в Российской Федерации // Международный научно-исследовательский журнал. — 2021. - № 12-4(114). — С. 14-18

3 Шеломанова Т.Н. Рекомендации по взаимодействию и оказанию помощи инвалидам в преодолении барьеров на объекте и получении услуг [Текст] / Т. Н. Шеломанова // Социальное обслуживание. - 2018. - № 2. - С. 16-29. - Библиогр.: с. 25

REFERENCES

1 Zhavoronkov R.N. Social protection of the disabled: yesterday, today, tomorrow (legal aspects): monograph. - Moscow: Publishing House "U Nikitskih vorota", 2020. - 248 с.

2 Morozova E.A. Legal bases of the state social policy in relation to the disabled in the Russian Federation // International Research Journal. - 2021. - № 12-4(114). - С. 1-18.

3 Shelomanova T.N. Recommendations on interaction and assistance to persons with disabilities in overcoming barriers at the facility and receiving services [Text] / T. N. Shelomanova // Social Service. - 2018. - № 2. - С. 16-29. - Bibliography: p. 25.

УДК 616-036:616.7

МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПО ВОПРОСУ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ОПОРЫ И ДВИЖЕНИЯ. МЕХАНИЗМЫ РЕАЛИЗАЦИИ

Васильченко Е.М.

ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России
Новокузнецк Россия

Аннотация

Обсуждается механизм реализации услуг по социально-средовой реабилитации инвалидов с выраженным нарушением функции опоры и движения в условиях медицинского стационара в рамках региональной системы комплексной реабилитации инвалидов. Предложена организационная схема, позволяющая повысить доступность для инвалидов с нарушением функции опоры и движения услуг по социальной-средовой реабилитации, улучшить итоговые результаты комплексной реабилитации данного контингента инвалидов, качество жизни.

Введение. Межведомственное взаимодействие является краеугольным камнем в рамках оказания услуг по комплексной абилитации реабилитации инвалидов, наиболее сложным в практической реализации. Это обусловлено как межведомственной разрозненностью, так и мультидисциплинарностью задачи, требующей усилия многих специалистов разной

квалификации и образования. Недостаточно урегулированное взаимодействие между медицинскими организациями, осуществляющими медицинскую помощь по медицинской реабилитации, и реабилитационными организациями в других сферах, нередко приводит к отсутствию преемственности и последовательности в реабилитационном процессе.

Цель. Обоснование механизма взаимодействия региональных органов исполнительной власти по вопросу социально-средовой реабилитации инвалидов с нарушением функции опоры и движения.

Материалы и методы. Изучены нормативные документы, регулирующие оказание услуг в сфере медицинской, социальной реабилитации инвалидов в Российской Федерации; результаты деятельности отечественных и зарубежных учреждений, проводящих мероприятия по комплексной реабилитации инвалидов с нарушением функции опоры и движения в условиях стационара.

Результаты. В мировой и отечественной практике реабилитации экспертным сообществом признан успешным опыт комплексной реабилитации инвалидов с выраженными нарушениями функций опоры и движения, основанный на раннем сопряжении мероприятий медицинского и социального характера в условиях стационара: синхронизация мероприятий по медицинской реабилитации, социальной-бытовой адаптации, обеспечение ТСП, обучение навыкам пользования ТСП инвалидов с выраженными нарушениями функций опоры в условиях стационара в ранние сроки способствует повышению эффективности реабилитации, достижению большего успеха по интеграции в социум данного контингент инвалидов.

Для реализации модели синхронизации оказания услуг по медицинской и социальной реабилитации инвалидам с нарушением функции опоры и движения в условиях медицинского стационара в регионах Российской Федерации следует рассматривать следующие механизмы; осуществление отдельных разделов социальной реабилитации в условиях стационаров медицинских организаций. В устав медицинской организации учредителю необходимо ввести дополнительный вид деятельности: социальная реабилитация инвалидов, в том числе по разделам: (социально-бытовая адаптация; социально-средовая реабилитация; социально-психологическая).

Заключение. Такая организационная схема позволит на основе рационального использования имеющихся ресурсов (помещений, персонала, финансовых ресурсов) существенно повысить доступность для инвалидов с выраженным нарушением функции опоры и движения услуг по социально-средовой реабилитации; улучшить итоговые результаты комплексной реабилитации данного контингента инвалидов, качество жизни.

Ключевые слова: инвалиды с нарушением функции опоры и движения; комплексная реабилитация; межведомственное взаимодействие.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ:

Васильченко Елена Михайловна, д.м.н., доцент; адрес: 654055, г. Новокузнецк, ул. Малая, д. 7; eLibrary SPIN-код: 8910-2615; e-mail: root@reabil-nk.ru.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объектов исследований.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

INTERDEPARTMENTAL COOPERATION ON THE ISSUE OF REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE WITH IMPAIRED SUPPORT AND MOVEMENT FUNCTIONS. IMPLEMENTATION MECHANISMS

Vasilchenko E.M.

Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons
Novokuznetsk, Russia

Abstract.

The article discusses the mechanism of implementation of socio-environmental rehabilitation services for disabled persons with impaired support and movement functions in conditions of medical hospital as part of the regional system for the comprehensive rehabilitation of disabled persons. We proposed the organizational scheme that allows to increase the accessibility of socio-environmental

rehabilitation services for disabled people with impaired support and movement functions, and to improve the final results of comprehensive rehabilitation of this contingent of disabled people and their quality of life.

Background. Interdepartmental cooperation is the cornerstone in the provision of services for the comprehensive habilitation and rehabilitation of disabled people, the most difficult in practical implementation. This is due to both the interdepartmental fragmentation and the multidisciplinary nature of the task, which requires the efforts of many specialists of different qualifications and education. Insufficiently regulated interaction between medical organizations providing medical care for medical rehabilitation and rehabilitation organizations in other areas often leads to a lack of continuity and consistency in the rehabilitation process.

Aim. Substantiation of the mechanism of cooperation of regional executive authorities on the issue of socio-environmental rehabilitation of disabled people with impaired function of support and movement.

Materials and methods. The normative documents regulating the provision of services in the field of medical and social rehabilitation of disabled people in the Russian Federation were studied; the results of the activities of domestic and foreign institutions conducting measures for the comprehensive rehabilitation of disabled people with impaired support and movement in hospital conditions.

Results. In the world and domestic rehabilitation practice, the expert community has recognized the successful experience of complex rehabilitation of disabled people with severe impairments of functions of support and movement, based on the early coupling of medical and social measures in a hospital settings: synchronization of measures for medical rehabilitation, social and household adaptation, provision of TMR; training in the skills of using TMR by disabled people with severe impairments of functions of support in in hospital settings at an early stage contributes to improving the effectiveness of rehabilitation, achieving greater success in integrating this contingent of disabled people into society.

To implement a model of synchronization of the provision of medical and social rehabilitation services to disabled people with impaired support and movement functions in a medical hospital in the regions of the Russian Federation, the following mechanisms should be considered; implementation of separate sections of social rehabilitation in hospitals of medical organizations. In the charter of the medical organization, the founder needs to introduce an additional type of activity: social rehabilitation of disabled people, including sections: (social and household adaptation; socio-environmental rehabilitation; socio-psychological rehabilitation).

Conclusion. Based on the rational use of available resources (premises, personnel, and financial resources), this organizational scheme will significantly increase the accessibility of social and environmental rehabilitation services for disabled persons with pronounced impairments of the function of support and movement; and improve the final results of comprehensive rehabilitation of this contingent of people, and their quality of life.

Key words: disabled people with impaired function of support and movement; comprehensive rehabilitation; interdepartmental cooperation.

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR:

Vasilchenko Elena Mikhailovna, M.D., Associate Professor; address: 654055, Novokuznetsk, Malaya str., 7; phone 8 (3843) 36-94-94; eLibrary SPIN code: 8910-2615; e-mail: root@reabil-nk.ru.

Author contribution statement: The authors evenly participated in the design of the research, data collection, analysis and writing of the article.

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: No human studies are presented in this manuscript.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение. В настоящее время вопросам формирования системы комплексной реабилитации инвалидов уделяется большое внимание, как со стороны государства, так и профессиональных сообществ. Проводится активная подготовка кадров в сфере медицинской реабилитации, медико-социальной экспертизы, комплексной реабилитации инвалидов. Министерство труда социальной защиты населения РФ курирует формирование системы комплексной реабилитации и инвалидов в субъектах Российской Федерации.

Межведомственное взаимодействие является краеугольным камнем в рамках оказания услуг по комплексной абилитации реабилитации инвалидов, наиболее сложным в практической

реализации. Это обусловлено как межведомственной разрозненностью, так и мультидисциплинарностью задачи, требующей усилия многих специалистов разной квалификации и образования. Недостаточно урегулированное взаимодействие между медицинскими организациями, осуществляющими медицинскую помощь по медицинской реабилитации, и реабилитационными организациями в других сферах, нередко приводит к отсутствию преемственности и последовательности в реабилитационном процессе.

Инвалиды с нарушением функции опоры и движения являются одной из сложных в плане реабилитации категорий, требующих проведения комплекса взаимосвязанных, последовательных мероприятий по всем разделам реабилитации: реконструктивно-восстановительные операции, медицинская реабилитация, протезирование, адекватное обеспечение техническими средствами реабилитации (ТСР), социальная, профессиональная реабилитация.

Несмотря на то, что основными принципами реабилитации инвалидов являются раннее начало, доступность, последовательность, преемственность, непрерывность проведения реабилитационных и абилитационных мероприятий, междисциплинарный подход, организации, предоставляющие реабилитационные услуги инвалидам с нарушениями функций опоры и движения, не ориентированы в сроках и объемах оказания помощи по всем разделам индивидуальной программы реабилитации (абилитации) инвалида (ИПРА); каждый участник реабилитационного процесса информирован только о своем разделе ИПРА инвалида: медицинская организация – о необходимости проведения мероприятий медицинской реабилитации Фондом социального страхования – о нуждаемости в обеспечении ТСР, учреждение социальной защиты – о нуждаемости в мероприятиях социальной реабилитации. Взаимоотношения между реабилитационными организациями, в виду ведомственной разобщенности, не носят системного характера.

Цель работы. Обоснование механизма взаимодействия региональных органов исполнительной власти по вопросу социально-средовой реабилитации инвалидов с нарушением функции опоры и движения.

Материалы и методы. Изучены нормативные документы, регулирующие оказание услуг в сфере медицинской, социальной реабилитации инвалидов в Российской Федерации; результаты деятельности отечественных и зарубежных учреждений, проводящих мероприятия по комплексной реабилитации инвалидов с нарушением функции опоры и движения в условиях стационара.

Результаты. В мировой и отечественной практике реабилитации экспертным сообществом признан успешным опыт комплексной реабилитации инвалидов с выраженными нарушениями функций опоры и движения, основанный на раннем сопряжении мероприятий медицинского и социального характера в условиях стационара: синхронизация мероприятий по медицинской реабилитации, социальной-бытовой адаптации, обеспечение ТСР, обучение навыкам пользования ТСР инвалидов с выраженными нарушениями функций опоры в условиях стационара в ранние сроки способствует повышению эффективности реабилитации, достижению большего успеха по интеграции в социум данного контингент инвалидов [1,2,3].

Для реализации модели синхронизации оказания услуг по медицинской и социальной реабилитации инвалидам с нарушением функции опоры и движения в условиях медицинского стационара в регионах Российской Федерации следует рассматривать следующие механизмы.

Создание профильных реабилитационных центров, предоставляющих услуги по комплексной реабилитации (медицинской, социальной) инвалидам с нарушением функции опоры и движения. Препятствием для реализации данного направления является необходимость существенных финансовых вложений. Кроме того, этот путь доступен только для субъектов РФ, имеющих потребность в данном виде реабилитационной помощи, необходимую для формирования стабильного профильного потока инвалидов в стационар.

Региональная маршрутизация. Последовательное и непрерывное проведение реабилитационных мероприятий в учреждениях разной ведомственной принадлежности: медицинская реабилитация, обеспечение ТСР, социальная и профессиональная реабилитации. Этот механизм лежит в основе предоставления реабилитационных услуг в настоящее время. Рациональную маршрутизацию лиц с инвалидностью в те или иные реабилитационные организации затрудняет отсутствие в настоящее время единого межведомственного реестра организаций, предоставляющих лицам с инвалидностью услуги по реабилитации и абилитации в различных сферах; регламента взаимодействия реабилитационных организаций. Мероприятия по социальной реабилитации инвалидов проводятся по обращаемости, в большинстве случаев,

ограничиваются консультациями.

Реализация отдельных разделов социальной реабилитации в условиях стационаров медицинских организаций.

В настоящее время стационарные отделения медицинской реабилитации развернуты: в структуре областной (республиканской, краевой) больницы и городских больниц с общей коечной мощностью более 400 коек – для пациентов с оценкой 4-6 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ); в структуре городских больниц с общей коечной мощностью менее 400 коек и центральных районных больниц для пациентов с оценкой 3-4 балла по ШРМ. Отделения располагают необходимыми помещениями, реабилитационным оборудованием и квалифицированной мультидисциплинарной командой. Отделения оказывают помощь на 2 этапе медицинской реабилитации пациентам, в том числе, имеющим статус инвалида, по нескольким профилям (с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы; с нарушением функции центральной нервной системы; с соматическими заболеваниями). Вполне рационально, наряду с медицинскими услугами, в этих условиях и в этот период проводить и необходимые мероприятия по социально-средовой реабилитации инвалидов с нарушениями функций опоры и движения.

Однако, основная проблема при реализации этого варианта – организационно-правовая. В настоящее время оказание услуг в сфере здравоохранения и социальной защиты населения регламентируются уставными документами, которые определяют цели и основные направления деятельности учреждения, соответственно, штатное расписание, виды услуг, которые может оказывать учреждение и которые могут быть оплачены заказчиком. В регионах РФ для реализации разделов медицинской и социальной реабилитации инвалидов привлекаются учреждения, различающихся по предмету, цели и видам деятельности; учредителю и собственнику имущества; источникам финансирования. Предлагается следующий путь решения этой задачи.

Деятельность государственных, муниципальных учреждений, оказывающих реабилитационные услуги, регулируется региональной администрацией (органами исполнительной власти в сфере здравоохранения и социальной защиты населения). Развитие системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, является предметом совместного ведения федеральных, региональных и муниципальных органов власти. В рамках формирования региональной системы реабилитации инвалидов с нарушением функции опоры и движения органы исполнительной власти должны принять согласованное решение об организации отделения медицинской реабилитации с расширенными функциями на базе одной (или нескольких) многопрофильных медицинских организаций (МО). В устав МО учредителю необходимо ввести дополнительный вид деятельности: социальная реабилитация инвалидов, в том числе по разделам: (социально-бытовая адаптация; социально-средовая реабилитация; социально-психологическая). Такой вид деятельности не противоречит существующим положениям устава медицинских организаций. Анализ типовых уставов городского бюджетного учреждения здравоохранения показал, что целью деятельности МО является, в том числе, оказание реабилитационной помощи населению. Деятельность по разделу «социальная реабилитация инвалидов» не требует лицензирования.

Медицинская организация оборудует кабинет по социально-средовой реабилитации. Кабинет специалиста по эргореабилитации стационарного отделения медицинской реабилитации (социально-бытовой адаптации) уже предусмотрен приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 788н [4].

В штатное расписание отделения вводится ставка специалиста по социальной реабилитации инвалидов. Основным направлением деятельности специалиста по социальной реабилитации инвалидов в МО является подбор ТСР, ассистивных технологий, обучение пользованию ТСР пациентов (инвалидов) с нарушением функции опоры и движения и членов их семей, консультации по различным аспектам безбарьерной среды. Специалист по социальной реабилитации инвалидов в своей работе подчиняется заведующему отделением медицинской реабилитации и входит в состав мультидисциплинарной команды.

Региональный орган управления социальной защиты формирует задание на оказание услуг по социальной реабилитации маломобильных инвалидов в условиях стационара, основанного на потребности территории в данном виде услуг. Оплата услуг по социальной реабилитации инвалидов, проведенных в условиях стационара МО, осуществляется из средств регионального бюджета субъекта Российской Федерации.

Заключение. Такая организационная схема позволит на основе рационального

использования имеющихся ресурсов (помещений, персонала, финансовых ресурсов) существенно повысить доступность для инвалидов с выраженным нарушением функции опоры и движения услуг по социально-средовой реабилитации; улучшить итоговые результаты комплексной реабилитации данного контингента инвалидов, качество жизни.

Конфликт интересов: автор подтверждает отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The author declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Васильченко Е.М., Золотов Г.К. Современные подходы эффективной организации медицинской и социальной реабилитации в условиях стационара // Научно-практическая конференция «Современные технологии и МКФ в реабилитации инвалидов с нарушениями функций опоры и движения», 29-30 октября 2014 года, Новокузнецк. – С.10-12

2. The effects of rehabilitation in a comprehensive inpatient rehabilitation unit on mobility after dysvascular lower extremity amputation / J.M. Czerniecki [et al.] // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 2012. – Vol. 93, № 8. – P. 1384-1391.

3. Stern P. H. Occlusive Vascular Disease of Lower Limbs: Diagnosis, Amputation Surgery and Rehabilitation // Physical Medicine and Rehabilitation.- 1988. – V. 67. – № 4. – P. 145-154.

4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 г. № 788н. «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».

УДК 342.2.92

МЕРЫ АДМИНИСТРАТИВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В ОБЕСПЕЧЕНИИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ИНВАЛИДОВ

Таран О.А.

Северо-Кавказский филиал ФГБОУВО, «Российский государственный университет правосудия»
Краснодар, Россия

Аннотация

Введение. С того момента, когда была ратифицирована Конвенция ООН о правах инвалидов Российская Федерация взяла на себя обязательства принимать надлежащие меры для обеспечения инвалидам доступа наравне с другими к физическому окружению, к транспорту, а также к другим объектам и услугам, открытым или предоставляемым для населения, о чем были приняты соответствующие нормативные правовые акты. Вместе с тем, в Российской Федерации нет нормативно-правового акта, содержащего в себе четкого механизма реализации мер, направленных на адаптацию объектов социальной инфраструктуры для обеспечения беспрепятственного к ним доступа инвалидов и иных маломобильных групп населения, что позволяет должностным лицам уклоняться от выполнения мероприятий по ее созданию.

Цель. Изучение и анализ правового регулирования основных прав инвалидов и административной ответственности за их нарушение.

Материалы и методы. Исследование проводилось с помощью методов материалистической диалектики, статистического, сравнительного, а также формально-юридического.

Результаты. Проведенное исследование позволило выявить недостатки правового регулирования в сфере защиты прав инвалидов, а также сформулировать рекомендации по устранению этих недостатков.

Заключение. Представляется, что дублировать или устанавливать административную ответственность в законодательстве субъектов Российской Федерации в рассматриваемой нами сфере нет никакой необходимости, а наиболее эффективно, по нашему мнению, будет внесение в Кодекс об административных правонарушениях РФ дополнения соответствующей статьей «Нарушение прав инвалидов на получение мер социальной поддержки», за нарушение которой будет предусмотрено наказание в виде дисквалификации и (или) наложения административного штрафа, размер которого будет зависеть от субъекта административного правонарушения.

Ключевые слова: инвалид, доступная среда, обеспечение равных возможностей административная ответственность, получение мер социальной поддержки.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ:

Таран Ольга Александровна, старший преподаватель кафедры административного и финансового права СКФ ФГБОУ ВО «Российский университет правосудия»; адрес: ул. Красных Партизан, 234, 350012 Краснодар, Россия; eLibrary SPIN: 6575-7640; e-mail: olg_taran@mail.ru

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объектов исследований.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

**MEASURES OF ADMINISTRATIVE RESPONSIBILITY TO ENSURE
THE RIGHTS OF THE DISABLED PEOPLE**

Taran O.A.

North Caucasian branch of FGBOUVO

"Russian State University of Justice"

Krasnodar, Russia

Abstract

Background. Since the ratification of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, the Russian Federation has committed itself to taking appropriate measures to ensure that persons with disabilities have access, on an equal basis with others, to the physical environment, to transport, and to other facilities and services open or provided to the public, about than the relevant regulatory legal acts were adopted. At the same time, in the Russian Federation there is no regulatory legal act containing a clear mechanism for implementing measures aimed at adapting social infrastructure facilities to ensure unhindered access to them for people with disabilities and other low-mobility groups of the population, which allows officials to evade the implementation of measures for its creation.

Aim. Study and analysis of the legal regulation of the fundamental rights of disabled people and administrative responsibility for their violation.

Materials and methods. The study was carried out using the methods of materialistic dialectics, statistical, comparative, and also formal legal.

Results. The study made it possible to identify the shortcomings of legal regulation in the field of protecting the rights of persons with disabilities, as well as to formulate recommendations for eliminating these shortcomings.

Conclusion. It seems that there is no need to duplicate or establish administrative responsibility in the legislation of the constituent entities of the Russian Federation in the area we are considering, and the most effective, in our opinion, will be the addition to the Code of Administrative Offenses of the Russian Federation with the corresponding article "Violation of the rights of persons with disabilities to receive social support measures", for the violation of which will be punished in the form of disqualification and (or) the imposition of an administrative fine, the amount of which will depend on the subject of the administrative offense.

Key words: disabled person, accessible environment, ensuring equal opportunities administrative responsibility, receiving social support measures.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Taran Olga Aleksandrovna, Senior Lecturer of the Department of Administrative and Financial Law of the SCF FGBOU VO "Russian University of Justice"; address: st. Krasnykh Partizan, 234, 350012 Krasnodar, Russia; eLibrary SPIN: 6575-7640; e-mail: olg_taran@mail.ru

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: No human studies are presented in this manuscript.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение. Определение понятия «социальная защита инвалидов» содержится в ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», под которым понимается система экономических и правовых мер, а также мер социальной поддержки, которые гарантированы государством, и направлены на обеспечение инвалидам условий для преодоления и замещения ограничений жизнедеятельности, а также направлены на создание им равных с другими

гражданами условий и возможностей участия в жизни общества». С момента ратификации Конвенция ООН о правах инвалидов Российская Федерация взяла на себя обязательства принимать надлежащие меры для обеспечения инвалидам доступа наравне с другими к физическому окружению, к транспорту, а также к другим объектам и услугам, открытым или предоставляемым для населения, о чем были приняты соответствующие нормативные правовые акты. Вместе с тем, в Российской Федерации нет нормативно-правового акта, содержащего в себе четкого механизма реализации мер, направленных на адаптацию объектов социальной инфраструктуры для обеспечения беспрепятственного к ним доступа инвалидов и иных маломобильных групп населения, что позволяет должностным лицам уклоняться от выполнения мероприятий по ее созданию.

Цель исследования. Заключается в изучении и анализе правового регулирования основных прав инвалидов и административной ответственности за их нарушение. Для достижения поставленной цели были поставлены следующие задачи. Во-первых, проанализировать судебную практику по рассмотрению жалоб по поводу реализации прав инвалидов. Во-вторых, установить типичные недостатки при рассмотрении указанных жалоб и определить причины их появления.

Материалы и методы исследования.

В рамках исследования применялись методы материалистической диалектики, статистический, сравнительный, а также формально-юридический.

Конституция РФ в статье 7 провозгласила Россию социальным государством, «политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека», на конституционном уровне зафиксировав приверженность идее и ценностям социального государства. В соответствии с содержанием ст. 17 Конституции РФ в Российской Федерации признаются и гарантируются права и свободы человека и гражданина согласно общепризнанным принципам и нормам международного права и в соответствии с настоящей Конституцией (Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020).

20 декабря 1993 г. были приняты Генеральной Ассамблеей ООН «Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов». Названный документ предусматривает наличие равных прав и возможностей для инвалидов, обеспечение которых осуществляется за счет реализации реабилитационных процессов, направленных на достижение инвалидами наиболее оптимального физического, психического, интеллектуального и социального уровня деятельности и его последующего поддержания. Термин «обеспечение равных возможностей» означает процесс, направленный на доступность для инвалидов различных общественных систем, таких как, например, обслуживание, информация, трудовая деятельность («Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов» (приняты Генеральной Ассамблеей ООН 20.12.1993). Принцип равенства предполагает одинаковую важность потребностей всех индивидов, которые должны быть направлены на осуществление общественного планирования, при этом, все средства должны быть использованы таким образом, чтобы каждый человек обладал равными правами и возможностями для его полноценного участия в жизни общества.

С момента ратификации Конвенции Россия несет обязательства по обеспечению инвалидов доступа ко всем объектам и услугам, которые предоставляются населению и являются открытыми.

Статья 39 Конституции РФ гарантирует каждому социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях, установленных законом.

В Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» дано определение понятия «социальная защита инвалидов». Социальная защита инвалидов предполагает систему экономических и правовых мер, а также мер социальной поддержки, которые гарантированы государством и направлены на обеспечение инвалидам условий для преодоления и замещения ограничений жизнедеятельности, а также направлены на создание им равных с другими гражданами условий и возможностей участия в жизни общества. Кроме того, указанный Закон регламентирует абилитацию и реабилитацию инвалидов.

Под реабилитацией инвалидов необходимо понимать процесс и систему частичного или полного восстановления их способности к бытовой, профессиональной, общественной и иной деятельности. Абилитация инвалидов представляет собой процесс и систему формирования отсутствовавших у них способностей к бытовой, профессиональной, общественной и иной деятельности. И реабилитация, и абилитация инвалидов направлены на устранение или наиболее полную компенсацию ограничений в их жизнедеятельности с целью их социальной адаптации,

включая достижение материальной независимости и интеграцию в общество.

В качестве основных направлений осуществления реабилитации и абилитации инвалидов можно назвать медицинскую реабилитацию, протезирование, ортезирование, реконструктивную хирургию, санаторно-курортное лечение, производственную и социальную адаптацию, спортивные и физкультурно-оздоровительные мероприятия и т. д. (Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации").

Для реализации направлений реабилитации и абилитации инвалидов предусматривается применение разнообразных специализированных технических средств, формирование всех необходимых условий для обеспечения беспрепятственного доступа инвалидов ко всем объектам социальной, транспортной и инженерной инфраструктур и обеспечение инвалидов и членов их семей необходимой информацией по вопросам реабилитации и абилитации.

Реализацию мер, направленных на оказание социальной поддержки инвалидам и маломобильным группам населения, нельзя считать полной без осуществления реабилитации и абилитации.

Вместе с тем, изучая на практике вопрос реализации прав инвалидов, начиная, например, с обеспечения техническими средствами, завершая обеспечением беспрепятственного доступа инвалидов ко всем объектам социальной, транспортной и инженерной инфраструктур, можно увидеть множественные нарушения¹.

Например, проведя опрос родителей детей с ограниченными возможностями, проживающих на территории Краснодарского края по результатам технического обеспечения за 2021г., опрашиваемые часто указывали на проблему выплаты денежной компенсации за самостоятельно приобретенные технические средства Краснодарским региональным отделением Фонда социального страхования не в полном объеме².

Обратимся к судебной практике. Так, было рассмотрено дело о выплате ХХХ денежной компенсации за самостоятельно приобретенные технические средства ФФС Краснодарского края не в полном объеме. Мировой судья вынес решение обязать Краснодарское региональное отделение Фонда социального страхования выплатить законному представителю несовершеннолетнего ХХХ компенсацию в размере ххх (разница) за самостоятельно приобретенные средства реабилитации (Решение мирового судьи Центрального внутригородского округа г. Краснодара от 27.12.2021г. по делу № 2-7593/2021)³.

Обеспечение прав и законных интересов инвалидов и иных маломобильных групп населения осуществляется за счет применения мер административной ответственности, которые предусмотрены за нарушение указанных прав и законных интересов инвалидов. Заметим, что Федеральный закон № 181-ФЗ содержит прямое указание на возможность применения указанных мер ответственности за нарушение названных прав, которые могут выражаться как в наложении административного штрафа, так и в приостановке деятельности компании.

Следует отметить, что количество предусмотренных в данной сфере составов правонарушений немного, а составы указанных правонарушений относятся только к защите трудовых прав инвалидов и их прав на доступную среду.

Так, в Кодексе об административных правонарушениях содержится ряд статей, которые гарантируют инвалидам реализацию их прав: ст. 5.42 «Нарушение прав инвалидов в области трудоустройства и занятости»; ст. 5.43 «Нарушение требований законодательства, предусматривающих выделение на автомобильных стоянках мест для специальных автотранспортных средств инвалидов»; ст. 9.13 «Уклонение от исполнения требований доступности для инвалидов объектов инженерной, транспортной и социальной инфраструктур»; ст. 9.14 «Отказ от производства транспортных средств общего пользования, не приспособленных для использования инвалидами»; ст. 11.24 «Организация транспортного обслуживания населения

¹ Участие в качестве эксперта Общественной палаты г. Краснодара в обследовании социальных объектов на соблюдение требований «доступной среды» в течение 2021 года и в рассмотрении обращений граждан комиссией по вопросам защиты прав и интересов инвалидов, ветеранов, развития доступной среды, волонтерства и благотворительности.

² Опрос автором статьи родителей детей-инвалидов, состоящих в общественной благотворительной организации инвалидов детства и детей-инвалидов г. Краснодара «Помоги и обретешь».

³ Решение мирового судьи Центрального внутригородского округа г. Краснодара от 27.12.2021г. по делу № 2-7593/2021. URL: <http://msud245.krd.msudrf.ru/> (дата обращения: 18.02.2022).

без создания условий доступности для инвалидов». Кроме того, предусмотрено и два состава правонарушений за несоблюдение действующего законодательства в области обеспечения доступа маломобильных групп населения к объектам: ст. 9.13 «Уклонение от исполнения требований доступности для инвалидов объектов инженерной, транспортной и социальной инфраструктур»; ч. 4 ст. 14.1 «Осуществление предпринимательской деятельности с грубым нарушением требований и условий, предусмотренных специальным разрешением (лицензией)» (Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ).

Рассмотрев имеющуюся судебную практику в области привлечения к ответственности за нарушение прав и законных интересов инвалидов, отмечаем, что наиболее часто к административной ответственности привлекаются работодатели за несоблюдение прав инвалидов в области трудоустройства и занятости, ответственность за которое предусмотрена ч. 1 ст. 5.42 КоАП РФ, что влечет за собой наложение административного штрафа в размере 5–10 тыс. руб.

Результаты исследования.

Выявлены недостатки правового регулирования в сфере защиты прав инвалидов, а также сформулированы рекомендации по устранению этих недостатков.

Заключение. Таким образом, положения об административной ответственности могут быть отнесены к категории гарантий защиты инвалидов от имеющихся социальных рисков. Однако существующие сегодня меры административной ответственности требуют дальнейшего совершенствования. Например, К.О. Рыбкова указывает, что только в законе Республики Башкортостан имеется специальная статья, устанавливающая административную ответственность за нарушение прав инвалидов на получение мер социальной поддержки[1].

Поскольку ограничение прав и свобод человека и гражданина возможно только на основании федерального закона, считаем возможным внесение дополнений в Кодекс об административных правонарушениях РФ статьи «Нарушение прав инвалидов на получение мер социальной поддержки». За такие действия, по нашему мнению, следует предусмотреть наказание в виде дисквалификации и (или) наложения административного штрафа.

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Рыбкова К.О. О вопросах федерального и регионального правового регулирования института административной ответственности за нарушение прав инвалидов в России. // *Вестник Нижегородского университета Н.И. Лобачевского*. 2018; 1: 116-117. [Rybkoва K.O. O voprosah federal'nogo i regional'nogo pravovogo regulirovaniya instituta administrativnoj otvetstvennosti za narushenie prav invalidov v Rossii. // *Vestnik Nizhegorodskogo universitet N.I. Lobachevskogo*. 2018; 1: 116-117. (In Russ.).]

УДК 304.442, 504.064.36, 364.075.1

ДИНАМИКА УРОВНЕЙ ДОСТУПНОСТИ ОБЪЕКТОВ И УСЛУГ В ПРИОРИТЕТНЫХ СФЕРАХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНВАЛИДОВ ПО ДАННЫМ РЕЗУЛЬТАТОВ МОНИТОРИНГА РЕАЛИЗАЦИИ ОРГАНАМИ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ ЗНАЧЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ДОСТУПНОСТИ, СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

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

Аннотация

Введение. Конвенция ООН о правах инвалидов (статья 9) обязывает государства - участники принимать надлежащие меры для обеспечения инвалидам доступа наравне с другими к физическому окружению, к транспорту, к информации и связи, включая информационно-коммуникационные технологии и системы, а также к другим объектам и услугам, открытым для населения. В связи с ратификацией Конвенции государством разрабатываются меры для

улучшения доступности объектов и услуг инвалидам.

Цель. Мониторинг реализации органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации мероприятий по повышению значений показателей повышения уровня доступности.

Материалы и методы. Динамика уровней доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов оценивается согласно данным о выполнении органами государственной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») по повышению значений показателей повышения уровня доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов. Данный мониторинг проводится во исполнении Государственного задания ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России.

Результаты. Проанализированы результаты выполнения органами государственной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») по повышению значений показателей повышения уровня доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов за 2019 - 2021 г.г. Выявлена динамика уровней доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов.

Заключение. Повышение показателей доступности объектов и услуг для инвалидов в различных сферах деятельности будет способствовать улучшению состояния жизнедеятельности инвалидов, максимальной интеграции их в социум и повышению качества жизни в целом, снижению затрат государства на персонифицированную помощь.

Ключевые слова: мониторинг, инвалиды, объекты, услуги, доступность, уровни доступности.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Шабанова Оксана Антоновна – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник Института ранней помощи и сопровождения Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России): 195067, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, 50; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8019-8963>; Researcher ID: O-3246-2014; eLibrary SPIN-код: 3085-5255; e-mail: expert-oksana@mail.ru

Ишутина Инна Сергеевна, канд. мед. наук, руководитель отдела медицинского обеспечения ранней помощи и сопровождения Института ранней помощи и сопровождения ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. E-mail: in.ishutina@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-6640-904X SPIN-код: 3433-3029, AuthorID: 625297.

Ходаковский Матвей Дмитриевич, младший научный сотрудник отдела медицинского обеспечения ранней помощи и сопровождения Института ранней помощи и сопровождения ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. E-mail: hodak200@yandex.ru. ORCID: 0000-0001-6953-5191; SPIN-код: 7618-1708, AuthorID: 1007188.

Вклад авторов: Авторы равномерно принимали участие в разработке дизайна исследования, сборе данных, анализе и написании статьи.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объектов исследований.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

DYNAMICS OF LEVELS OF ACCESSIBILITY OF FACILITIES AND SERVICES IN PRIORITY AREAS OF LIFE OF DISABLED PEOPLE ACCORDING TO THE RESULTS OF MONITORING THE IMPLEMENTATION BY THE EXECUTIVE AUTHORITIES OF THE CONSTITUENT ENTITIES OF THE RUSSIAN FEDERATION OF MEASURES TO INCREASE THE VALUES OF INDICATORS INCREASING ACCESSIBILITY, STATUS AND PROSPECTS

Shabanova O.A., Ishutina I.S., Khodakovskiy M.D.

Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled

Abstract

Background. The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Article 9) obliges States parties to take appropriate measures to ensure that people with disabilities have equal access to the physical environment, to transport, to information and communications, including information and communication technologies and systems, as well as to other facilities and services open to the public. In connection with the ratification of the Convention, the State is developing measures to improve the accessibility of facilities and services to persons with disabilities.

Aim. Monitoring the implementation by the executive authorities of the constituent entities of the Russian Federation of measures to increase the values of indicators for increasing the level of accessibility.

Materials and methods. The dynamics of the levels of accessibility of facilities and services in the priority areas of the life of the disabled is assessed according to the data on the implementation by the state authorities of the constituent entities of the Russian Federation of action plans ("road maps") to increase the values of indicators for increasing the level of accessibility of facilities and services in the priority areas of the life of the disabled. This monitoring is carried out in fulfillment of the State task of Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled.

Results. The results of the implementation by the state authorities of the constituent entities of the Russian Federation of action plans ("road maps") to increase the values of indicators for increasing the level of accessibility of facilities and services in priority areas of life of people with disabilities for 2019 - 2021 are analyzed. The dynamics of the levels of accessibility of objects and services in the priority areas of life of the disabled was revealed.

Conclusion. Increasing the availability of facilities and services for people with disabilities in various fields of activity will help improve the state of life of people with disabilities, maximize their integration into society and improve the quality of life in general, and reduce government costs for personalized assistance.

Key words: monitoring, disabled people, facilities, services, accessibility, levels of accessibility.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Shabanova Oksana Antonovna – Candidate of Medical Sciences, Leading Researcher, Institute of Early Care and Support of Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled: 195067, Saint-Petersburg, Bestuzhevskaya str., 50, Russian Federation;; Shabanova O.A., <https://orcid.org/0000-0002-8019-89634>; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8019-8963>; Researcher ID: O-3246-2014; eLibrary SPIN-код: 3085-5255; e-mail: expert-oksana@mail.ru

Ishutina Inna Sergeevna, Ph.D of medicine. Head of the Department at medical support early care and support of the Institute of Early Care and Support, Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled. E-mail: in.ishutina@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-6640-904X; SPIN-код: 3433-3029, AuthorID: 625297.

Khodakovskii Matvei Dmitrievich, junior researcher at the Department of medical support early care and support of the Institute of Early Care and Support, Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled. E-mail: hodak200@yandex.ru. ORCID: 0000-0001-6953-5191; SPIN-код: 7618-1708, AuthorID: 1007188.

Author contribution statement: The authors evenly participated in the design of the research, data collection, analysis and writing of the article.

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: No human studies are presented in this manuscript.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение. Конвенция ООН о правах инвалидов (статья 9) обязывает государства - участники принимать надлежащие меры для обеспечения инвалидам доступа наравне с другими к физическому окружению, к транспорту, к информации и связи, включая информационно-коммуникационные технологии и системы, а также к другим объектам и услугам, открытым для населения, как в городских, так и в сельских районах [1].

Обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов в Российской Федерации к объектам и услугам определено Федеральным Законом от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [2]. В связи с ратификацией Конвенции государством разрабатываются меры для улучшения доступности объектов и услуг инвалидам. Так,

постановлением Правительства РФ от 17.06.2015 № 599 утвержден порядок и сроки разработки федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации мероприятий для повышения доступности объектов и услуг инвалидам, которые составляют «дорожную карту» [3].

Решением Комиссии при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов от 12.04.2016 № 13 Минтруду России поручено проведение мониторинга реализации федеральных и региональных планов мероприятий «дорожных карт» повышения значений доступности объектов и услуг инвалидам. Специалисты ФГБУ ФНЦРИ им Г.А. Альбрехта анализируют информацию об уровне доступности объектов за 2019-2021 в различных сферах жизнедеятельности инвалидов. Анализ доли объектов доступных для инвалидов проведен во всех Федеральных округах Российской Федерации в 11 сферах: социальное обслуживание, здравоохранение, образование, культура, служба занятости, физкультура и спорт, транспорт, ЖКХ, торговля, общественное питание, иные сферы деятельности.

Цель. Разработка концептуальных основ и практической реализации системы государственных мер обеспечения доступности для инвалидов объектов и услуг, реализуемых федеральными органами исполнительной власти, исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации невозможна без мониторинга выполнения планов мероприятий («дорожных карт») по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг.

Планы мероприятий («дорожные карты») по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг являются основным механизмом реализации государственных мер обеспечения доступности для инвалидов объектов и услуг на федеральных и региональных уровнях.

Материалы и методы. Методика мониторинга реализации органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг сформирована на основе законодательных и нормативных документах Российской Федерации.

Динамика уровней доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов оценивается согласно данным о выполнении органами государственной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») по повышению значений показателей повышения уровня доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов.

Данный мониторинг проводится во исполнении Государственного задания №149-0001-22-00 от 29.12.2021 ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России в рамках темы НИР «Изучение государственных мер обеспечения доступности для инвалидов объектов и услуг, реализуемых федеральными органами исполнительной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации». Мониторинг реализации исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг осуществляется согласно перечню индикаторов, согласованного с Минтрудом России.

Сотрудниками ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России создан информационно-цифровой ресурс для автоматизированного сбора данных и обобщения информации субъектов Российской Федерации, оценки достигнутых значений индикаторов и показателей региональных «дорожных карт» повышения значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг [4].

Результаты. Проанализированные результаты выполнения органами государственной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») по повышению значений показателей повышения уровня доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов за 2019 г., за 2020 г. и за 2021 г., представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Выполнение органами государственной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») по повышению значений показателей повышения уровня доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов (данные за 2019, 2020, 2021 г. по 85 субъектам Российской Федерации)

Сферы жизнедеятельности	2019 год	2020 год	2021 год
-------------------------	----------	----------	----------

Социальное обслуживание	76,47	76,84	63,05
Здравоохранение	59,40	61,17	47,46
Образование	44,90	46,57	38,24
Культура	56,12	62,50	49,78
Служба занятости	69,55	73,73	60,47
Физическая культура и спорт	61,32	64,06	51,95
Транспорт	49,93	66,80	50,72
ЖКХ	8,66	6,22	5,19
Торговля	25,08	35,25	29,31
Общественное питание	17,33	31,05	26,19
Иные сферы деятельности	6,98	9,04	5,72

Наиболее высокие показатели доступности достигнуты в сферах социального обслуживания, службы занятости и физической культуры и спорта.

Как видно из представленных данных о динамике уровня доступности в 2021 год по сравнению с показателем доступности в 2020 год по 11 сферам (таблице 2), отрицательный рост динамики доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов наблюдается во всех сферах.

Таблица 2 - Динамика показателей доступности для инвалидов объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов Российской Федерации в 2021 г.

Сферы жизнедеятельности	Динамика показателей, %
Социальное обслуживание	-13,79
Здравоохранение	-13,71
Образование	-8,33
Культура	-12,72
Служба занятости	-13,26
Физическая культура и спорт	-12,11
Транспорт	-16,08
ЖКХ	-10,3
Торговля	-5,94
Общественное питание	- 4,86
Иные сферы жизнедеятельности	-3,32

Анализ состояния доступности на 2021 год проведен по 80 регионам Российской Федерации по 11 сферам деятельности. Не полностью представили информацию по выполнению органами государственной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») по повышению значений показателей повышения уровня доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов 5 субъектов Российской Федерации.

В результате анализа достижения показателей повышения уровня доступности объектов и услуг в главных сферах жизнедеятельности инвалидов в Российской Федерации в 2021 г. выявлены следующие результаты. Достигли запланированного показателя в 2021 году 100 % в сфере социального обслуживания в 71 субъекте Российской Федерации. Превысили запланированные показатели 13 субъектов, в 9 субъектах не достигнуты показатели.

В сфере здравоохранения достигли запланированного показателя на 100 % в 42 субъектах Российской Федерации, превысили запланированные показатели в 10 субъектах. В 14 субъектах не достигли намеченных показателей.

В 73 субъектах Российской Федерации достигли запланированного показателя повышения уровня доступности объектов и услуг на 100 и более % в сфере образования, из них превысили запланированные показатели в 19 субъектах. Не достигли запланированных показателей в 6 субъектах.

В сфере культуры достигли намеченных показателей на 100 % в 68 субъектах Российской Федерации, превысили намеченные показатели в 16 субъектах.

В сфере труда и занятости в 2021 году достигли запланированных показателей 59 регионов. В 14 субъектах не достигнуты показатели.

В сфере физической культуры и спорта достигли запланированных показателей в 67 регионах, превысили намеченные показатели в 20 субъектах, не достигли запланированных показателей в 11 субъектах.

В сфере транспорта достигли на 100 % запланированных показателей в 65 субъектах Российской Федерации, а в 15 субъектах достигнутый показатель был выше запланированного. Не достигнуты показатели в сфере транспорта или представлены нулевые показатели – в 14 субъектах.

В сфере ЖКХ достигли на 100 % запланированных показателей или превысили их в отчетном году в 22 регионах. В 4 субъектах превысили намеченные показатели доступности в сфере ЖКХ, в 24 субъектах сфера ЖКХ не включена в дорожные карты, поэтому данные о доступности объектов в этой сфере не представлены субъектами. Не достигнуты показатели в сфере ЖКХ и представлены нулевые показатели - в 14 субъектах Российской Федерации.

В сфере торговли полностью на 100 % доступны объекты в 48 регионах, из них превысили запланированные показатели в 17 субъектах Российской Федерации. Не получены данные, либо представлены нулевые показатели прироста в 20 субъектах.

В 41 субъекте Российской Федерации на 100 % достигнуты или превышены запланированные показатели доступности в сфере общественного питания. Отмечаются нулевые показатели доступности в сфере общественного питания, либо не представлены данные из 30 субъектов.

В иных сферах жизнедеятельности отмечаются 100 % показатели достигнутого от запланированного в 30 субъектах. Не получены данные, либо представлены нулевые показатели прироста в 47 субъектах Российской Федерации.

Отрицательная динамика показателей доступности объектов и услуг, по сравнению с запланированными в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов в субъектах Российской Федерации, отмечена во всех приоритетных сферах жизнедеятельности. Из них наибольшая отрицательная динамика отмечается в иных сферах жизнедеятельности (с 24,27 % до 9,62%, с динамикой -14,64%), в сфере общественного питания (с 31,40 % до 18,09 %, с динамикой -13,03%), в сфере ЖКХ (с 17,17 % до 5,19 %, с динамикой -11,97 %). Отрицательный прирост наблюдается по причине большей величины показателей в предыдущий год. Нулевые показатели доступности встречаются чаще в связи с тем, что в субъектах они были достигнуты ранее, поэтому в 2021 году не проводилась работа по реализации планов мероприятий повышения значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг по уже достигнутым показателям.

В 2021 году в некоторых субъектах РФ сформирована новая «Дорожная карта» в связи с завершением действия предшествующей. Поскольку оснащение средствами доступности ранее определённых приоритетных объектов завершено в рамках предшествующей программы, сформированы новые перечни приоритетных объектов в соответствующих сферах (в прежние перечни включены дополнительные объекты). Таким образом, сравнение показателей повышения уровня доступности объектов и услуг в главных сферах жизнедеятельности инвалидов с предыдущим годом невозможно (показатели снизились на фоне увеличения общего числа объектов, подлежащих оборудованию средствами доступности).

Органы исполнительной власти большинства регионов привлекают полномочных представителей общественных объединений инвалидов для подготовки и принятия управленческих решений, затрагивающих интересы инвалидов, предоставляют общественным объединениям инвалидов по их запросам информацию об обеспечении беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, транспортной и инженерной инфраструктур и к предоставляемым в них услугам. В большинстве исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации доработаны планы мероприятий по повышению значений доступности для инвалидов объектов и услуг. На официальных сайтах органов государственной власти субъектов Российской Федерации введены специальные порталы для отражения информации об исполнении мероприятий «дорожных карт».

Заключение. Во многих регионах проводится работа по привлечению организаций негосударственного сектора к выполнению мероприятий «дорожной карты». Отмечено увеличение роста доступности для инвалидов объектов и услуг в различных сферах

жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения.

В большинстве субъектов Российской Федерации запланировано поэтапное решение капиталоемких задач по обеспечению полной доступности объектов путем нового строительства, капитального ремонта, реконструкции зданий, замены лифтов, закупки новых транспортных средств и средств связи и т.д. к 2030 году.

Полученные в результате исследования показатели доступности для инвалидов объектов и услуг в различных субъектах Российской Федерации будут использоваться при планировании мероприятий с целью повышения доступности на региональном и федеральном уровнях.

Повышение показателей доступности объектов и услуг для инвалидов в различных сферах деятельности будет способствовать улучшению состояния жизнедеятельности инвалидов, максимальной интеграции их в социум и повышению качества жизни в целом, снижению затрат государства на персонифицированную помощь.

Источник финансирования: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы подтверждают отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Конвенция о правах инвалидов. – ООН, 2006 г. – URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения 20.05.2021).

2. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон от 24.11.1995 № 181–ФЗ (с изм. и доп., вступ. в силу с 26.05.2021 г.). – URL: consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (дата обращения 27.05.2021).

3. Постановление Правительства Российской Федерации от 17.06.2015 № 599 «О порядке и сроках разработки федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления мероприятий по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг в установленных сферах деятельности». – URL: <http://base.garant.ru/71095198/> (дата обращения 20.05.2021).

4. Владимирова О.Н., Ишутина И.С., Ходаковский М.Д. Программа для автоматизированного сбора данных и обобщения информации субъектов Российской Федерации, оценки достигнутых значений индикаторов и показателей региональных «дорожных карт» повышения значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг. Свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ №2021614505

REFERENCES

1. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. - UN, 2006 - URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (Accessed 20.05.2021).

2. On the social protection of persons with disabilities in the Russian Federation: Federal Law No. 181-FZ dated November 24, 1995 (as amended and supplemented, effective May 26, 2021). – URL: consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (Accessed 05/27/2021).

3. Decree of the Government of the Russian Federation dated June 17, 2015 No. 599 “On the procedure and terms for the development by federal executive authorities, executive authorities of the constituent entities of the Russian Federation, local governments of measures to increase the values of accessibility indicators for objects and services for disabled people in established areas of activity.” – URL: <http://base.garant.ru/71095198/> (accessed 05/20/2021).

4. Vladimirova O.N., Ishutina I.S., Khodakovsky M.D. A program for automated data collection and generalization of information from the constituent entities of the Russian Federation, assessment of the achieved values of indicators and indicators of regional "road maps" to increase the values of indicators of accessibility of objects and services for disabled people. Certificate of state registration of computer programs No. 2021614505

УДК: 364-017

ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ БЕЗБАРЬЕРНОЙ СРЕДЫ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ: ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ ОБЪЕКТОВ И УСЛУГ, ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Гогов Д.В., Макеева Д.С.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение
Городской информационно-методический центр «Доступная среда»
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Во введении раскрыты этапы формирования подходов к созданию безбарьерной среды в Санкт-Петербурге, приведены актуальные статистические сведения о проводимой работе и достигнутых результатах.

Цель. Целью подготовки данной статьи является выделение наиболее перспективных подходов к обеспечению доступности на основе анализа опыта работы по данному направлению, сформированному Санкт-Петербургским государственным бюджетным учреждением «Городской информационно-методический центр «Доступная среда».

Материалы и методы. В статье использован метод анализа документов, проведен анализ сведений, полученных от исполнительных органов власти Санкт-Петербурга и общественных объединений инвалидов, работающих во взаимодействии с отраслевыми и территориальными исполнительными органами государственной власти. Используются материалы, полученные в результате уставной деятельности СПб ГБУ ГИМЦ «Доступная среда» как городского координатора и методического центра по вопросам формирования безбарьерной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения.

Результаты. В результатах представлены основные существующие подходы к обеспечению доступности городской инфраструктуры на примере опыта работы исполнительных органов государственной власти и представителей общественных объединений инвалидов Санкт-Петербурга, выявлены перспективные направления развития этих подходов, а также содержание указанных направлений.

Заключение. В заключении приведены основные выводы и положения статьи, являющиеся важными направлениями развития подходов к обеспечению доступности городской инфраструктуры.

Ключевые слова: Доступная среда, безбарьерная среда, городская инфраструктура, инвалиды, межведомственное взаимодействие, технические средства адаптации, реабилитационная индустрия.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Макеева Дарья Сергеевна, начальник информационно-методического отдела по вопросам создания доступной среды жизнедеятельности для инвалидов Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения «Городской информационно-методический центр «Доступная среда»; адрес: 191024, г. Санкт-Петербург, ул. Тележная, д. 23, литер «В», пом. 1 Н; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2696-1411>; eLibrary SPIN: 4339-9880; e-mail: koshad777@mail.ru

Гогов Дмитрий Валерьевич, директор Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения «Городской информационно-методический центр «Доступная среда»; адрес: 191024, г. Санкт-Петербург, ул. Тележная, д. 23, литер «В», пом. 1 Н; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3834-0698>; e-mail: gogov@mail.ru

Вклад авторов: Авторы равномерно принимали участие в сборе данных, анализе и написании статьи.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объектов исследований.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

PRACTICE OF DEVELOPING A BARRIER-FREE ENVIRONMENT IN ST. PETERSBURG: APPROACHES TO ENSURE ACCESSIBILITY OF BUILDINGS AND SERVICES, PROMISING DIRECTIONS

Gogov D.V., Makeeva D.S.

Saint-Petersburg budget funded entity «City information and methodological center
«Accessible Environment»
Saint-Petersburg, Russia

Abstract

Background. The introduction reveals the stages of formation of approaches to creating a barrier-free environment in St. Petersburg, provides up-to-date statistical information on the work being done and the results achieved.

Aim. The purpose of preparing this article is to highlight the most promising approaches to ensuring accessibility based on an analysis of the experience in this area, formed by Saint-Petersburg budget funded entity «City information and methodological center «Accessible Environment».

Materials and methods. The article uses the method of document analysis, analyzes the information received from the executive authorities of St. Petersburg and public associations of the disabled people, working in cooperation with branch and territorial government. The materials obtained as a result of the statutory practice of the Saint-Petersburg budget funded entity «City information and methodological center «Accessible Environment» as a city coordinator and methodological center on the formation of a barrier-free environment for the disabled and other people with limited mobility.

Results. The results present the main existing approaches to ensuring the accessibility of urban infrastructure on the example of the experience of the government executive authorities and members of public associations of the disabled in St. Petersburg, identify promising areas for the development of these approaches, as well as the content of these areas.

Conclusion. In conclusion there are presented the main inference and provisions of the article, which are important directions for the development of approaches to developing a barrier-free urban infrastructure.

Key words: Accessible environment, barrier-free environment, urban infrastructure, people with disabilities, interagency cooperation, assistive technology, rehabilitation industry.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Daria S. Makeeva, chief of information and methodological department of Saint-Petersburg budget funded entity «City information and methodological center «Accessible Environment», 23 Telezhnaya str., St.Petersburg, mobile phone 8 (921) 790-34-61; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2696-1411>; eLibrary SPIN: 4339-9880; e-mail: koshad777@mail.ru

Dmitry V. Gogov, director of Saint-Petersburg budget funded entity «City information and methodological center «Accessible Environment», 23 Telezhnaya str., St.Petersburg, phone (812) 717-73-68; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3834-0698>; e-mail: gogov@mail.ru.

Author contribution statement: The authors evenly participated in the data collection, analysis and writing of the article.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: No human studies are presented in this manuscript.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение. Опыт организации работы в Санкт-Петербурге по обеспечению доступной среды жизнедеятельности для инвалидов формировался поэтапно начиная с 2001 года. Санкт-Петербург является одним из первых регионов, принявших региональную программу, направленную на повышение доступности городской инфраструктуры для инвалидов и других маломобильных групп населения.

Программный подход к реализации политики по обеспечению доступности объектов социальной инфраструктуры и предоставляемых на них услуг развивался в следующем порядке.

В период с 2001 по 2005 год действовала первая в этой сфере целевая социальная программа Санкт-Петербурга «Доступная среда жизнедеятельности для инвалидов» на 2001-2005 годы, утвержденная Законом Санкт-Петербурга от 17.10.2001 № 726-93.

В соответствии с постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 21.10.2008 № 1269 «О мерах по созданию инвалидам условий для беспрепятственного доступа к объектам социальной инфраструктуры и беспрепятственного пользования транспортом» в 2008-2010

годах реализовывался план мероприятий по созданию условий для беспрепятственного доступа инвалидов к государственным объектам социальной инфраструктуры, что являлось первым полноценным поэтапным планом мероприятий, реализация которого направлена на повышение доступности объектов и услуг.

В 2013-2015 годах была реализована Программа «Создание доступной среды жизнедеятельности для инвалидов в Санкт-Петербурге» на 2013-2015 годы, утвержденная распоряжением Правительства Санкт-Петербурга от 23.07.2013 № 52-рп (Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг в Санкт-Петербурге на 2021-2025 годы: распоряжение правительства Санкт-Петербурга от 14.04.2021 № 11-рп. Доступ из справочной правовой системы «КонсультантПлюс»).

В 2016-2020 годах работа по повышению уровня доступности для инвалидов объектов социальной и транспортной инфраструктур Санкт-Петербурга осуществлялась в рамках Плана мероприятий («дорожной карты») по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг в Санкт-Петербурге на 2016-2020 годы, утвержденного распоряжением Правительства Санкт-Петербурга от 28.12.2015 № 84-рп. На данном этапе особое внимание начало уделяться не только физической доступности объектов социальной инфраструктуры, но и доступности услуг, а также применению принципа разумного приспособления при проведении мероприятий, закрепленного в Конвенции о правах инвалидов, ратифицированной Российской Федерацией. В соответствии с Конвенцией, «разумное приспособление» это внесение, когда это нужно в конкретном случае, необходимых и подходящих модификаций и коррективов, не становящихся несоразмерным или неоправданным бременем, в целях обеспечения реализации или осуществления инвалидами наравне с другими всех прав человека и основных свобод.

В настоящее время в Санкт-Петербурге выполняется реализация Плана мероприятий («дорожной карты») по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг в Санкт-Петербурге на 2021-2025 годы, утвержденного распоряжением Правительства Санкт-Петербурга от 14.04.2021 № 11-рп. Во многом настоящая Дорожная карта является продолжением Плана мероприятий, действовавшего в 2016-2020 годах. В то же время в новой Дорожной карте особое внимание уделяется контролю за доступностью вновь построенных и прошедших комплексный капитальный ремонт объектов социальной инфраструктуры (со стороны государственного строительного надзора и общественных объединений инвалидов), доступности негосударственных организаций, деятельность которых осуществляется в приоритетных сферах жизнедеятельности (таких как образование, здравоохранение, физическая культура и спорт и прочие), маршрутному подходу к формированию доступности городской инфраструктуры.

По состоянию на 30.06.2022 в соответствии со сведениями, представленными отраслевыми и территориальными исполнительными органами государственной власти Санкт-Петербурга, полная доступность (беспрепятственный доступ к объектам и услугам) обеспечена на 178 объектах 119 государственных учреждений, находящихся в ведении администраций районов города и Комитетов, являющихся исполнителями Дорожной карты, что составляет 3,69% от общего количества объектов городских государственных учреждений. Обеспечен доступ услуги, приняты меры по обеспечению доступа (частичная или условная доступность, доступность с посторонней помощью) почти на всех остальных 4632 объектах 2549 городских государственных учреждений, что составляет 96,14% от общего количества объектов, на которых располагаются учреждения [1]. Повышение доступности объектов для инвалидов и других маломобильных групп населения является результатом проведения ремонтных работ (в рамках текущего и капитального ремонтов), приобретения технических средств адаптации. В первом полугодии 2022 года мероприятия по обеспечению условий доступности для инвалидов были проведены на 99 объектах [2].

Несмотря на достигнутый высокий уровень доступности объектов государственных учреждений, мероприятия, направленные на создание условий беспрепятственного доступа к объектам в целях достижения полной доступности, проводятся на постоянной основе. За первые 6 месяцев 2022 года 72 учреждения сфер здравоохранения, культуры, образования, социальной защиты населения, физической культуры и спорта проводили работы по улучшению условий доступности на своих объектах.

Изучение различных подходов к обеспечению доступности объектов и услуг и выделение перспективных направлений работы остается актуальным не только для государственных

учреждений, но и в части доступности городской инфраструктуры, многоквартирных жилых домов, негосударственных организаций.

Цель исследования. Целью подготовки данной статьи является выделение наиболее перспективных подходов к формированию безбарьерной среды на основе анализа опыта работы по данному направлению, сформированному Санкт-Петербургским государственным бюджетным учреждением «Городской информационно-методический центр «Доступная среда».

Материалы и методы исследования. В статье использован метод анализа документов, проведен анализ сведений, полученных от исполнительных органов власти Санкт-Петербурга и общественных объединений инвалидов, работающих во взаимодействии с отраслевыми и территориальными исполнительными органами государственной власти. Используются материалы, полученные в результате уставной деятельности СПб ГБУ ГИМЦ «Доступная среда» как городского координатора и методического центра по вопросам формирования безбарьерной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения.

Результаты исследования. Увеличение количества полностью доступных объектов социальной инфраструктуры чаще всего связано с введением в эксплуатацию объектов нового строительства и объектов, прошедших комплексный капитальный ремонт (реконструкцию).

В рамках действующего законодательства все вновь вводимые объекты социальной и дорожно-транспортной инфраструктуры должны быть приспособлены для инвалидов, а именно обеспечен беспрепятственный доступ к объектам и возможность их использования (О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ, ст. 15).

Соблюдение нормативных требований доступности (сводов правил и государственных стандартов) при строительстве объектов является механизмом обеспечения комплексной доступности микрорайонов и общественных пространств. Учитывая тенденцию на создание городской инфраструктуры, учитывающей все потребности жителей микрорайонов в пешей доступности от места их проживания, строительство полностью доступных объектов городской инфраструктуры обеспечит создание комфортных условий для проживания инвалидов и других маломобильных групп населения.

В то же время, на основании сведений исполнительных органов государственной власти и представителей общественных объединений инвалидов можно сделать вывод о недостаточном уровне обеспечения доступности законченных строительством объектов в различных сферах жизнедеятельности. Со своей стороны, мы все еще отмечаем факты введения в эксплуатацию объектов, построенных в соответствии с проектной документацией, разработанной до введения в действие обязательных требований доступности. В связи с тем, что принимающие органы и организации проверяют законченный строительством объект на соответствие проектной документации, в эксплуатацию вводятся не полностью доступные объекты (не соответствуют требованиям доступности, действующим на момент введения объекта в эксплуатацию). Нередки случаи введения в эксплуатацию объекта в 2021-22 годах, построенного по проекту 2014 года, когда обязательными к исполнению были требования СНИП 35-01-2001 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения», в настоящий момент устаревший даже в части подходов к обеспечению доступности.

В целях решения сложившейся ситуации в Санкт-Петербурге принят следующий механизм. Службой государственного строительного надзора и экспертизы Санкт-Петербурга и другими принимающими органами и организациями заключено соглашение с общественными объединениями инвалидов на проведение совместных осмотров законченных строительством объектов и выдаче рекомендаций по устранению недостатков до ввода объектов в эксплуатацию. Данный механизм позволяет обеспечить устранение недостатков непосредственно застройщиком до передачи объекта эксплуатирующей организации, у которой могут возникнуть сложности в проведении мероприятий по повышению доступности объекта, который в соответствии с законодательством должен быть полностью приспособлен для использования инвалидами.

Перспективным направлением работы по повышению доступности объектов нового строительства видится усиление работы с проектантами и застройщиками на этапе подготовки технического задания на проектирование и проектной документации. Кроме того, необходимо на постоянной основе проводить информационно-разъяснительную работу об актуальных требованиях доступности, что позволит исключить появление недостатков, которые невозможно исправить в момент ввода объекта в эксплуатацию. Также, необходимо принимать проектные решения, соответствующие требованиям доступности, независимо от первоначального целевого назначения объекта или принимаемой концепции.

Соблюдение строительных норм и правил на этапах проектирования и строительства новых объектов социальной инфраструктуры может обеспечить доступность таких сфер жизни людей с ограниченными возможностями как образование, здравоохранение, физическая культура и спорт. Однако в городах с многовековой историей различные сферы, в особенности сфера культуры, зачастую неразрывно связаны с объектами социальной инфраструктуры, архитектурно-планировочные решения и охранный статус которых не позволяет полностью приспособить их в соответствии с потребностями инвалидов и других маломобильных групп населения.

В основном, механизмом обеспечения доступности таких объектов является приспособление с помощью технических средств адаптации. В то же время требования к установке таких технических средств достаточно высоки. Необходимо соблюдать требования пожарной безопасности (в части ширины марша лестниц на путях эвакуации, доступности путей эвакуации), сохранения архитектурного облика объекта и прочего.

В случае невозможности приспособления объекта с помощью технических средств адаптации, механизмом обеспечения доступности видится использование индивидуальных технических средств преодоления барьеров. Такими техническими средствами являются мобильные лестничные (в том числе гусеничные) подъемники, шагающие кресло-коляски и другие.

Указанный механизм в настоящее время реализован в Санкт-Петербурге. Столкнувшись с участвовавшими отказами от переезда инвалидов в доступное жилье в связи с желанием проживать в определенном районе (чаще всего – в историческом центре), отсутствием технической возможности приспособления многоквартирных домов и экономической нецелесообразностью реконструкции или капитального ремонта таких домов, единственным решением стало использование индивидуальных технических средств преодоления барьеров. В настоящий момент такие средства являются достаточно дорогостоящими для приобретения в единоличное пользование инвалидами, в связи с чем в Санкт-Петербурге их начали предоставлять в прокат в рамках срочной социальной услуги на базе пунктов проката технических средств реабилитации, существующих в районных учреждениях социального обслуживания населения. Однако выбор таких индивидуальных технических средств преодоления барьеров остается недостаточным.

Перспективным направлением развития подхода к формированию доступной среды через использование индивидуальных технических средств преодоления барьеров видится развитие индустрии продукции реабилитационной направленности в целях увеличения многообразия технических средств, что гарантированно приведет к снижению их стоимости. Также, необходимо проводить работу по повышению распространения информации о технических средствах через электронные каталоги, проведение специализированных форумов и выставок, участие в них производителей продукции.

Подход к формированию доступности городской среды только через обеспечение беспрепятственного доступа на объектах социальной инфраструктуры приводит к появлению так называемой «островной доступности». В Санкт-Петербурге данная проблема была зафиксирована в 2018 году общественными объединениями инвалидов и в 2019 году передана для решения исполнительным органам государственной власти Санкт-Петербурга (Протокол расширенного заседания Координационного совета по делам инвалидов при Губернаторе Санкт-Петербурга с участием временно исполняющего обязанности Губернатора Санкт-Петербурга Беглова А.Д. от 22.05.2019 № 2). Представители общественных объединений инвалидов отмечали следующее: в городе создана система доступного городского общественного транспорта, собственники и пользователи объектов принимают меры для обеспечения доступности объектов социальной инфраструктуры, но передвижение от остановок транспорта или между объектами вызывает затруднение. Проблема доступности путей движения чаще всего связана с разной принадлежностью дорог и пешеходных путей (региональная, районная, муниципальная, частная), в связи с чем особую актуальность приобрело развитие межведомственного взаимодействия в части обеспечения доступности дорожной инфраструктуры и благоустройства.

Механизмом организации такого межведомственного взаимодействия стало формирование адресных перечней индивидуальных маршрутов инвалидов к объектам социальной инфраструктуры, дорожно-транспортной инфраструктуры для создания на них условий доступности для инвалидов с учетом комплексного подхода на основании поступающих обращений граждан. Такой механизм действует в Санкт-Петербурге с 2020 года и заключается в формировании индивидуального маршрута к объектам, которые наиболее часто посещает заявитель. Формирование маршрута состоит из следующих этапов: построение наиболее

оптимального маршрута, оценка доступности путей движения на маршруте, определение перечня необходимых работ для обеспечения доступности маршрута, распределение этих работ между ответственными исполнителями по принадлежности, построение альтернативного маршрута до объектов заявителя на время выполнения работ.

За время действия данного механизма в Санкт-Петербурге сформирован 421 маршрут, на 195 маршрутах выполнены работы по обеспечению доступности, на 225 маршрутах работы выполняются по состоянию на 30.06.2022 [3]. В то же время основным недостатком существующего механизма является низкий уровень информированности граждан о сформированных индивидуальных маршрутах. Маршруты остаются строго индивидуальными, система, включающая сведения обо всех сформированных в городе маршрутах, в настоящее время отсутствует.

Перспективным направлением развития маршрутного похода к формированию доступной городской среды видится переход от индивидуальных маршрутов к общим, оценка основных точек притяжения инвалидного сообщества, создание единой информационной системы, содержащей сведения обо всех сформированных маршрутах, проводимых на них работах, поддерживаемой в актуальном состоянии и постоянно обновляемой.

Заключение. На основании опыта работы СПб ГБУ ГИМЦ «Доступная среда», по результатам анализа информации, поступающей от исполнительных органов государственной власти и представителей общественных объединений инвалидов, действующих в Санкт-Петербурге, в настоящей статье выделены основные подходы к обеспечению доступности объектов и услуг, перспективные направления развития этих подходов.

В целях повышения доступности объектов нового строительства в Санкт-Петербурге в настоящее время усилена работа по взаимодействию принимающих эти объекты органов строительного надзора и экспертизы с представителями общественных объединений инвалидов в части проведения осмотров объектов и выдаче рекомендаций по устранению недостатков до ввода объектов в эксплуатацию. В этой связи перспективным направлением является усиление работы с проектантами и застройщиками для проведения информационной работы в целях исключения допущения несоответствий нормативным требованиям в части доступности на этапе проектирования и строительства новых объектов.

Учитывая тенденцию на обеспечение доступа к объектам, архитектурно-планировочные решения и охранных статус которых не позволяет проводить реконструкцию и приспособление с помощью технических средств адаптации, с использованием индивидуальных технических средств преодоления барьеров (мобильные лестничные подъемники, ступенькоходы, шагающие кресло-коляски) перспективным направлением видится развитие отрасли производства продукции реабилитационной направленности.

В целях обеспечения доступности городской инфраструктуры для инвалидов и других маломобильных групп населения используется маршрутный подход формирования безбарьерной среды. Перспективным направлением является переход от индивидуального принципа построения маршрута на основании обращений граждан к общему с использованием информационных систем в целях обеспечения актуальности сведений о доступности сформированных маршрутов и повышения информированности граждан о проводимой работе, а также включения потребителей (лиц с ограничениями в передвижении) в формирование маршрутов.

Таким образом мы выявили наиболее перспективные направления развития существующих подходов к обеспечению доступности среды для инвалидов и других маломобильных групп населения.

Конфликт интересов: Авторы подтверждают отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Отчет о степени доступности приоритетных объектов социальной инфраструктуры в соответствующих отраслях: здравоохранение, образование, молодежная политика, социальная защита населения, физическая культура и спорт, культура, туризм, труд и занятость, связь и информация по состоянию на 30.06.2022. URL: <https://dostupnigorod.ru/realizaciya-dorozhnoj-karty> (дата обращения: 17.08.2022).

2. Информационно-аналитическая справка СПб ГБУ ГИМЦ «Доступная среда» о выполнении «дорожной карты» исполнительными органами государственной власти Санкт-

Петербурга в 1-2 квартале 2022 года. URL: <https://dostupnigorod.ru/realizaciya-dorozhnoj-karty> (дата обращения: 17.08.2022).

3. Отчет о формировании адресных перечней индивидуальных маршрутов инвалидов к объектам социальной, инженерной, транспортной инфраструктур для создания на них условий доступности с учетом комплексного подхода на основании поступающих обращений граждан URL: <https://dostupnigorod.ru/realizaciya-dorozhnoj-karty> (дата обращения: 17.08.2022).

REFERENCES

1. Report on the degree of accessibility of priority social infrastructure facilities in the relevant sectors: healthcare, education, youth policy, social protection of the population, physical culture and sports, culture, tourism, labor and employment, communications and information as of 06/30/2022. URL: <https://dostupnigorod.ru/realizaciya-dorozhnoj-karty> (date of access: 08/17/2022).

2. Information and analytical report of the Saint-Petersburg budget funded entity «City information and methodological center «Accessible Environment» on the implementation of the "road map" by the executive authorities of St. Petersburg in the 1st-2nd quarter of 2022. URL: <https://dostupnigorod.ru/realizaciya-dorozhnoj-karty> (date of access: 08/17/2022).

3. Report on the formation of address lists of individual routes of disabled people to objects of social, engineering, transport infrastructure to create accessibility conditions on them, taking into account an integrated approach based on incoming requests from citizens URL: <https://dostupnigorod.ru/realizaciya-dorozhnoj-karty> (date accessed: 17/08/2022).

УДК 364.2

ПУТЕШЕСТВИЕ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ

Гернер А.

Департамент здравоохранения области Рейн-Некар, Гейдельберг, Германия

Аннотация

Представлен личный опыт автора, имеющего нарушения, вызванные ДЦП, в области реабилитации, начиная с раннего возраста до взрослого, и взаимодействия с медицинским персоналом, физическими терапевтами, специальными педагогами и родителями, а также с детьми, подростками и взрослыми.

Ключевые слова: реабилитация, церебральный паралич, личный опыт, расширение возможностей

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ:

Гернер Александр, адрес: Мюльштрассе, 21, 69226 Нуссloch, Германия, e-mail: alexander_herner@web.de

Вклад авторов: Автор участвовал в разработке дизайна исследования, сборе данных, анализе и написании статьи.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объектов исследований.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

TRAVELLING ON REHABILITATION

Herner A.

Public health department of the Rhein-Neckar district, Heidelberg, Germany

Abstract

The author, who has disorders caused by cerebral palsy, presents his personal experience in

rehabilitation, from the early childhood to adulthood, and interaction with health personnel, physical therapists, special teachers and parents, as well as with children, adolescents and adults.

Keywords: rehabilitation, cerebral palsy, personal experience, empowerment

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Alexander Herner, Mühlstr. 21, 69226 Nußloch, Germany, phone +4915233906696; e-mail: alexander_herner@web.de

Author contribution statement: The author participated in the design of the research, data collection, analysis and writing of the article.

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: No human studies are presented in this manuscript.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение и цель исследования. Моё путешествие по реабилитации, которое я продолжаю до сих пор, доставляет мне много радости, но иногда встречаются неожиданные трудности, которые приходится преодолевать.

Мне хочется рассказать о том, как мне представилась возможность почувствовать профессионализм врачей, физических терапевтов, учителей и воспитателей. Вследствие четко работающего механизма по всем направлениям реабилитации, я себя ощущаю не хуже здоровых людей. Я стал самостоятельным, встал на ноги, выучился профессии, получил квалификацию, создал семью и устроился на работу.

Благодаря моральной поддержке родителей, родных и друзей, я себя чувствую уверено и полноценно. Я в состоянии принимать рациональные решения, на мне лежит ответственность за благополучие моих двух дочерей 13 и 7 лет. У меня есть не только права, но и обязанности законопослушного гражданина. Как и все, я оплачиваю страховки, плачу налоги, а также хожу на выборы.

Материалы, методы исследования и результаты. Родился я преждевременно - на 7 месяце, и возникла нехватка кислорода. Впоследствии врачи поставили мне диагноз «ДЦП средней формы», позже обнаружили слабость в ногах, заикание, глухоту и нарушение равновесия.

Впервые я столкнулся с реабилитацией в санатории «Надежда» в г. Караганда / Казахстан.

На первой стадии реабилитации в санатории мне делали массаж, поддерживали иммунитет витаминами. Отец мне делал дополнительный массаж и растяжку мышц. Вскоре усилия принесли свои плоды, и я встал на ноги к четырём годам. До этого момента папа меня носил на руках, или я сидел в коляске. Походка моя была неуверенной. Движение рук и ног я контролировал плохо, мучала спастика. С 1-го класса со мной занимались лечебной физкультурой, электротерапией, я лежал на парафине, регулярно ходил на плавание развивать мускулатуру. У логопеда учился правильно произносить слова и дышать, писать. Со 2-го класса я много читал вслух стихи Пушкина и впоследствии заучивал наизусть целые сказки и рассказы.

В 8 лет отец научил меня кататься на велосипеде - сначала на трехколёсном, потом на двухколёсном, а также занимался со мной математикой. Во 2-ом и 3-ем классе я читал научную фантастику и исторические романы, например, Беляева, Жюль Верна, Диккенса и Дюма.

Если у меня сразу что-то не получалось или получалось плохо, родители повторяли, что я не хуже других здоровых детишек. Они меня всегда хвалили, даже просто за попытку что-то сделать. Так родители во мне поддерживали интерес к чему-нибудь, тренировали усидчивость, терпение и упорство. Также я выучил правила поведения: не вступать в разговоры взрослых, проявлять уважение к старшим, быть вежливым и не обманывать.

Во 2-ом и 3-ем классах я учился в интернате в г. Майкудук. Акцент больше делался на учебу, чем на оздоровительную реабилитацию, но ЛФК мы занимались через день. Интернат и дал начало развитию моего интеллекта. Два года меня выбирали старостой класса. Мне можно было в 10 лет вместе со старшеклассниками смотреть кино и ходить на дискотеки, которые проводились еженедельно в корпусе для старшеклассников.

Как только мы в 1990 году переехали в Германию, нашу семью определили в лагерь для переселенцев. Отец добился приёма на обследование к врачу для установления инвалидности. Врач выдал все нужные документы, с которыми можно было направить запрос на рассмотрение в компетентные органы здравоохранения. Сначала меня направили на общее обследование, потом

дополнительно к ортопеду. Несколько недель спустя приехала комиссия, которая меня обследовала дома. Немного позже родители получили на меня удостоверение об инвалидности. С ним пришёл ещё один документ, с которым мне можно было бесплатно ездить на автобусе, поезде и трамвае в радиусе 50 км. Для сопровождающего проезд тоже был бесплатным. Этим документом я пользовался до тех пор, пока я не получил водительские права. Также мне сразу выдали детский слуховой аппарат, и теперь я мог довольно хорошо всё слышать и учить немецкий язык правильно.

Спустя год мне повезло, и меня приняли в реабилитационный центр в Некаргеюнд. Я поступил снова в 4-ый класс. Учителя занимались со мной дополнительно немецким языком, а физический терапевт позволял мне выбирать, что я бы хотел делать. До того, как начался ревматизм, мы занимались расслаблением мускулатуры для снятия спастики и выравнивания спины от сколиоза. Для тренировки равновесия я занимался с физиотерапевтом на летних лыжах. Сначала часто падал, потом стал увереннее двигаться, а через несколько недель мог сам кататься без поддержки. Эти тренировки пригодились мне на практике. Когда через пару лет мой класс принял участие в обмене со школьниками из Швейцарии, мы катались на лыжах по озеру Санкт-Моритц.

До того, как у меня в 13 лет обнаружили ревматизм, я полгода просидел в инвалидном кресле. Я уже не мог не только ходить, но и вставать на ноги. Такие сильные были боли. Врачи делали всё возможное, но моё состояние ухудшалось. Этот период был тяжёлым не только для меня, но и для всей моей семьи. Родители очень сильно переживали. Для родственников это было шоком. Когда анализы крови показали ревматизм, меня направили на обследование в детскую ревматическую клинику на юге Германии в Гармиш-Партенкирхен. Состояние было критическое, из-за ослабленного иммунитета могли отказать почки. Врачи буквально за пару дней подобрали нужные препараты. Результат дал о себе знать. Через две недели после ряда небольших операций (уколы в суставы или в кость) я мог уже ходить на костылях, а через три месяца даже свободно ходить. Я стремился к этому, так как не хотел больше сидеть в инвалидном кресле, я хотел ходить. Мне была подобрана индивидуальная терапия без нагрузок. С одной стороны, нужно было щадить суставы, а, с другой стороны, - развивать уже и без того атрофированную мускулатуру ног. Физический терапевт подобрала для меня ряд упражнений для восстановления былой формы.

Ещё с физическим терапевтом я занимался на тренажере по разработке групп мышц рук, спины и ног, что увеличивало выносливость. Я стал в свободное время больше ходить пешком, кататься регулярно на велосипеде и посещать бассейн. Позже, когда учился в техникуме, я до завтрака успевал сделать вылазку в 5-6 км на велосипеде за 10-15 минут. Этого хватало для того, чтобы зарядиться энергией минимум на полдня. Потом стал ходить гулять по горам. Так у меня с отцом появилось новое хобби - путешествовать по Альпам. В период с 2001 по 2011 год мы снимали летом домик в Австрии и делали большие походы по горам. Каждый год мы уходили всё дальше и выше. Мой личный рекорд - это расстояние в 21 км на высоту 2500 м.

После того, как у отца стали болеть колени, мы всё реже выходим в горы. Но зато мы часто катаемся на велосипедах. А с лета 2015 года присоединились и мои девочки. Каждое воскресенье при хорошей погоде перед обедом мы всей семьёй выезжаем на природу за город.

В последние годы меня чаще беспокоит спина. Я стал очень чувствителен к сквознякам, т.е. могу очень легко просквозить себе спину, а потом неделями спасаться таблетками от жутких болей. Чтобы хоть как-то помочь себе, я записался на фитнес и сауну. Стараюсь ходить 2 раза в неделю. Дополнительно по обстоятельству хожу на массаж и на гимнастику.

В 2012 году я женился и создал семью, удочерил Веронику. В 2014 у меня родилась дочь Виктория. В 2020 году брак распался.

Моими увлечениями являются прогулки с семьёй, летние вылазки в замки в окрестностях, 100-километровые велосипедные туры с друзьями, музыкальные проекты с «Ритмом Дорог». Я участвую в проекте с Россией (Переславлем Залесским) в области реабилитации.

В конце 2018 года мне невероятно повезло. После многих лет безработицы я оказался на практике в департаменте здравоохранения в Гейдельберге. После 3-месячной практики мне предложили годовой рабочий контракт. А после повторного продления контракта меня оставили насовсем (чем я очень горжусь). Я каждое утро с радостью еду на работу, которая мне очень нравится.

Заключение. Всё это я бы не смог осуществить без участия своих родителей, поэтому считаю, что большая часть развития и успеха ребёнка зависит от родителей или узкого круга семьи.

Вот задайте себе вопросы: «Чего бы я хотел достичь? Какие барьеры нужно преодолеть? Как подойти к решению возникшего вопроса и что нужно для этого сделать?»

Опираясь на свой личный опыт, я полагаю, что с верой в себя, стремлением к цели, терпением, упорством и капелькой «дикого» оптимизма и Вы сможете достичь желаемые цели.

Конфликт интересов:

Автор подтверждает отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The author declares no conflict of interest.

УДК 364.444

РАЗВИТИЕ ЦИФРОВИЗАЦИИ В СИСТЕМЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Карасаева Л.А.¹, Павлова С.В.², Горяйнова М.В.¹, Азовцев Д.Ю.¹, Мясников И.Р.¹,
Гаврилюк О.Н.¹

¹СПИУВЭК Минтруда России

²ФБГУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Цифровизация в системе медико-социальной экспертизы и реабилитации неотделима от цифровой трансформации, когда происходит реорганизация процессов медико-социальной экспертизы с использованием цифровых инструментов. Основные приоритеты цифровизации в медико-социальной экспертизе направлены на неуклонное повышение удовлетворенности граждан государственными услугами, в том числе цифровыми.

Цель. Определение траектории и тенденций цифровой трансформации в системе медико-социальной экспертизы и реабилитации.

Материалы и методы. Контент-анализ научной литературы и нормативных правовых документов.

Результаты. Правовые основы цифровой трансформации медико-социальной экспертизы представлены Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а статья 91.1. так и названа «Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения» [1]; Постановлением Правительства РФ от 16.08. 2021 г. № 1342 «О Единой государственной информационной системе социального обеспечения» [6]; Постановлением Правительства РФ от 17.08. 2021 г. № 1358 «Об использовании федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» [5]; Приказом Минтруда России и Минздрава России от 27.02. 2020 г. № 80н/ 131н «Об утверждении Порядка информационного взаимодействия в целях проведения медико-социальной экспертизы в городах и районах» [8]; несколькими протоколами заседаний Комиссии при Президенте РФ по делам инвалидов от 22.07. 2020 г. № 22; от 31.03. 2021 г. № 23.

Для развития и внедрения цифровизации медико-социальной экспертизы были разработаны задачи:

1) создание единого информационного пространства, в том числе использование единых информационных систем (ИС) Минтруда России, Пенсионного Фонда России, ФСС и учреждений МСЭ, централизация данных в ИС;

2) переход на персонализированное (адресное) информирование граждан о возникновении права на меры социальной поддержки, о мероприятиях и результатах медико-социальной экспертизы (при наступлении жизненного события);

3) обеспечение дистанционного проведения медико-социальной экспертизы, в том числе возможности подачи заявлений и получения результатов в электронном виде;

4) создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).

В системе цифровизации введены новые аббревиатуры и термины: ЕГИСЗ – Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения; ГИС субъектов РФ (РМИС) - государственные информационные системы в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации; МИС МО – медицинские информационные системы медицинских организаций

государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения; СЭМД – структурированный электронный медицинский документ; РЭМД – реестр электронных медицинских документов; СДА – формат электронного медицинского документа реализованного в соответствии с «ГОСТ Р ИСО/HL7 27932-2015 Информатизация здоровья. Стандарты обмена данными. Архитектура клинических документов HL7. Выпуск 2».

Заключение. Таким образом, цифровизация в системе медико-социальной экспертизы и реабилитации с реорганизацией процессов с использованием цифровых инструментов позволяет повысить доступность, своевременность и удовлетворенность граждан при получении государственных и иных услуг.

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, реабилитация, цифровая трансформация, цифровизация, удовлетворенность, услуги, граждане.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Карасаева Людмила Алексеевна, доктор мед. наук, профессор кафедры организации здравоохранения, медико-социальной экспертизы и реабилитации, СПИУВЭК Минтруда России; e-mail: ludkaras@yandex.ru, тел.+7905-206-91-17

Павлова Стефанида Васильевна, кандидат медицинских наук, руководитель отдела ранней помощи детям и их семьям Института ранней помощи и сопровождения, Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта (ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России), г. Санкт-Петербург, Россия; e-mail: stefanida-pavlova@yandex.ru

Горайнова Марина Владимировна, старший преподаватель кафедры организации здравоохранения, медико-социальной экспертизы и реабилитации, СПИУВЭК Минтруда России; e-mail: marinagoyainova@mail.ru

Азовцев Денис Юрьевич, аспирант кафедры организации здравоохранения, медико-социальной экспертизы и реабилитации; e-mail: assaden2007@gambler.ru, тел.+7911-137-17-27

Мясников Илья Рубэнович, ассистент кафедры гуманитарных наук, СПИУВЭК Минтруда России; e-mail: goodline@inbox.ru

Гаврилюк Ольга Николаевна, аспирант кафедры организации здравоохранения, медико-социальной экспертизы и реабилитации, СПИУВЭК Минтруда России. e-mail: gavriiliuk@mse42.ru

Вклад авторов: Авторы равномерно принимали участие в разработке дизайна исследования, сборе данных, анализе и написании статьи.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объектов исследований.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

DEVELOPMENT OF DIGITALIZATION IN THE SYSTEM OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE AND REHABILITATION

Karasaeva L.A.¹, Pavlova S.V.², Goryainova M.V.¹, Azovtsev D.Yu.¹, Myasnikov I.R.¹,
Gavrilyuk O.N.¹

¹ The Federal State Budgetary Institution «Saint – Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation

²Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
St. Petersburg, Russia

Abstract

Background. Digitalization in the system of medical and social expertise and rehabilitation is inseparable from digital transformation, when the processes of medical and social expertise are reorganized using digital tools. The main priorities of digitalization in medical and social expertise are aimed at steadily increasing citizens' satisfaction with public services, including digital ones.

Aim. Determination of the trajectory and trends of digital transformation in the system of medical and social expertise and rehabilitation.

Materials and methods. Content analysis of scientific literature and regulatory legal documents.

Results. The legal foundations of the digital transformation of medical and social expertise are presented by Federal Law No. 323-FZ dated 21.11.2011 "On the Basics of protecting the health of

citizens in the Russian Federation", and Article 91.1. is called "Unified state information system in the field of healthcare" [1]; Decree of the Government of the Russian Federation No. 1342 dated 16.08.2021 "On the Unified State Information System of Social Security" [6]; Decree of the Government of the Russian Federation No. 1358 dated 17.08.2021 "On the Use of the Federal State Information System "Unified Portal of State and Municipal Services (Functions)" [5]; By Order of the Ministry of Labor of Russia and the Ministry of Health of Russia dated 27.02.2020 No. 80n/ 131n "On approval of the Procedure for information interaction in order to conduct medical and social expertise in cities and districts" [8]; several minutes of the meetings of the Commission under the President of the Russian Federation on Disabled Persons dated 22.07. 2020, No. 22; dated 31.03. 2021, No. 23.

For the development and implementation of digitalization of medical and social expertise, the following tasks were developed:

- 1) creation of a unified information space, including the use of unified information systems (IS) of the Ministry of Labor of Russia, the Pension Fund of Russia, the FSS and ITU institutions, centralization of data in IS;
- 2) the transition to personalized (targeted) informing citizens about the emergence of the right to social support measures, about events and the results of medical and social expertise (upon the occurrence of a life event);
- 3) provision of remote medical and social expertise, including the possibility of submitting applications and obtaining results in electronic form;
- 4) creation of a single digital circuit in healthcare on the basis of a unified state information system in the field of healthcare (EGISZ).

New abbreviations and terms have been introduced in the digitalization system: EGISZ – Unified State Information System in the field of healthcare; GIS of the subjects of the Russian Federation (RMIS) - state information systems in the field of healthcare of the subjects of the Russian Federation; MIS MO – medical information systems of medical organizations of state, municipal and private healthcare systems; SAMD – structured electronic medical document; REMD – register of electronic medical documents; CDA is the format of an electronic medical document implemented in accordance with GOST R ISO/HL7 27932-2015 Informatization of health. Data exchange standards. HL7 clinical document architecture. Issue 2".

Conclusion. Thus, digitalization in the system of medical and social expertise and rehabilitation with the reorganization of processes using digital tools makes it possible to increase the availability, timeliness and satisfaction of citizens when receiving state and other services.

Key words: medical and social expertise, rehabilitation, digital transformation, digitalization, satisfaction, services, citizens.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Lyudmila A. Karasaeva , Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Health Organization, Medical and Social Expertise and Rehabilitation, SPIUVEK of the Ministry of Labor of Russia;

Stefanida V. Pavlova , Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Early Assistance to Children and their Families, Institute of Early Care and Support, Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, Saint Petersburg, Russia

Marina V. Goryainova , Senior Lecturer of the Department of Healthcare Organization, Medical and Social Expertise and Rehabilitation, SPIUVEK of the Ministry of Labor of Russia;

Denis Yu . Azovtsev, postgraduate student of the Department of Healthcare Organization, Medical and Social Expertise and Rehabilitation;

Ilya R. Myasnikov, Assistant of the Department of Humanities, SPIUVEK of the Ministry of Labor of Russia;

Olga N. Gavriilyuk, Postgraduate student of the Department of Healthcare Organization, Medical and Social Expertise and Rehabilitation, SPIUVEK of the Ministry of Labor of Russia.

Author contribution statement: The authors evenly participated in the design of the research, data collection, analysis and writing of the article.

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: No human studies are presented in this manuscript.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение. Развитие цифровизации в системе медико-социальной экспертизы и реабилитации является атрибутом и неотъемлемой частью цифровизации и цифровой трансформации всей экономики Российской Федерации.

Современная парадигма соблюдения прав и свобод граждан, в том числе, лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, перемены в жизни российского общества актуализируют проблему оказания населению качественных, своевременных и доступных услуг. Поэтому происходящая цифровая трансформация и цифровизация медико-социальной экспертизы и реабилитации направлена на создание эффективных условий для удовлетворенности граждан при получении ими государственных услуг.

Под цифровой экономикой понимается хозяйственная деятельность, в которой ключевым фактором производства являются данные в цифровом виде. Необходимость цифровой обработки больших объемов и использование результатов анализа данных по сравнению с традиционными формами хозяйствования позволяют существенно повысить эффективность различных видов производства, технологий, оборудования, хранения, продажи, доставки товаров и услуг, что и представляет основу повышения прибыльности и результативности в технологии хозяйственной деятельности любой сферы общественного производства.

Цифровизация в системе медико-социальной экспертизы и реабилитации неотделима от цифровой трансформации, когда происходит реорганизация процессов медико-социальной экспертизы с использованием цифровых инструментов. Основные приоритеты цифровизации в медико-социальной экспертизе направлены на неуклонное повышение удовлетворенности граждан государственными услугами, в том числе цифровыми.

Цель исследования. Определение траектории и тенденций цифровой трансформации в системе медико-социальной экспертизы и реабилитации.

Материалы и методы исследования. Контент-анализ научной литературы и нормативных правовых документов.

Результаты исследования. В методологических основах цифровой трансформации медико-социальной экспертизы и реабилитации лежат ряд принципов, характеризующих современное взаимоотношение граждан и органов власти, в числе которых:

1. запрет на запрос у граждан информации, которая имеется в распоряжении государства, все необходимые документы запрашиваются из электронных реестров органов власти;
2. принцип комплексного подхода к решению жизненных ситуаций заявителей посредством суперсервисов;
3. проактивное предоставление услуг на основании изменения статусов граждан в ведомственных реестрах;
4. исключение бумажных носителей в процессах оказания услуг, межведомственного взаимодействия и документооборота между органами власти;
5. омниканальность взаимодействия с использованием любых удобных пользователю инструментов обращения за услугами (мобильные устройства, соцсети, сайты, банковские приложения, e-mail).

Омниканальность представляет маркетинговый термин, обозначающий взаимную интеграцию разрозненных каналов коммуникации в единую систему, с целью обеспечения бесшовной и непрерывной коммуникации с клиентом современного клиентского сервиса.

Правовые основы цифровой трансформации медико-социальной экспертизы представлены Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а статья 91.1. так и названа «Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения» [1]; Постановлением Правительства РФ от 16.08. 2021 г. № 1342 «О Единой государственной информационной системе социального обеспечения» [6]; Постановлением Правительства РФ от 17.08. 2021 г. № 1358 «Об использовании федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» [5]; Приказом Минтруда России и Минздрава России от 27.02. 2020 г. № 80н/131н «Об утверждении Порядка информационного взаимодействия в целях проведения медико-социальной экспертизы в городах и районах» [8]; несколькими протоколами заседаний Комиссии при Президенте РФ по делам инвалидов от 22.07. 2020 г. № 22; от 31.03. 2021 г. № 23.

Для развития и внедрения цифровизации медико-социальной экспертизы были разработаны задачи:

- 1) создание единого информационного пространства, в том числе использование единых

информационных систем (ИС) Минтруда России, Пенсионного Фонда России, ФСС и учреждений МСЭ, централизация данных в ИС;

2) переход на персонафицированное (адресное) информирование граждан о возникновении права на меры социальной поддержки, о мероприятиях и результатах медико-социальной экспертизы (при наступлении жизненного события);

3) обеспечение дистанционного проведения медико-социальной экспертизы, в том числе возможности подачи заявлений и получения результатов в электронном виде;

4) создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).

В системе цифровизации введены новые аббревиатуры и термины: ЕГИСЗ – Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения; ГИС субъектов РФ (РМИС) – государственные информационные системы в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации; МИС МО – медицинские информационные системы медицинских организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения; СЭМД – структурированный электронный медицинский документ; РЭМД – реестр электронных медицинских документов; CDA – формат электронного медицинского документа реализованного в соответствии с «ГОСТ Р ИСО/HL7 27932-2015 Информатизация здоровья. Стандарты обмена данными. Архитектура клинических документов HL7. Выпуск 2».

До настоящего времени в России в систему медико-социальной экспертизы и реабилитации уже внедрены:

Федеральная государственная информационная система Федеральный реестр инвалидов (ФРИ);

Единый контакт-центр взаимодействия с гражданами» в субъектах Российской Федерации с подключением отделений ПФР, ФСС, Роструда, учреждений МСЭ;

Реализован процесс подачи инвалидом сведений о транспортном средстве, управляемом инвалидом, или транспортном средстве, перевозящем инвалида и (или) ребенка инвалида, в том числе в электронном виде;

Оптимизирован процесс оказания отдельных услуг, в том числе, по сокращению регламентных сроков предоставления услуг и количества предоставляемых гражданином документов через портал государственных и муниципальных услуг Российской Федерации (ЕПГУ или Госуслуг);

Реализована возможность информирования граждан посредством личного кабинета ЕПГУ о дате и результатах проведения МСЭ;

Реализована возможность уведомления граждан о сроках переосвидетельствования и статусе оказания услуги по обжалованию результатов МСЭ;

Обеспечено дистанционное проведения МСЭ, в том числе возможности подачи заявлений и получения результатов в электронном виде;

Исключено участие граждан при проведении МСЭ (по отдельным видам заболеваний);

Обеспечена возможность для граждан самостоятельно выбирать дату и время МСЭ с использованием сервиса «Управления расписаниями» (Федеральная электронная регистратура), в том числе при подаче заявления посредством ЕПГУ.

Развитие цифровизации привело к быстрому переходу медицинских организаций и федеральных учреждений медико-социальной экспертизы на информационное взаимодействие, которое осуществляется посредством обмена электронными документами, подписанными усиленной квалифицированной электронной подписью, требования к которой определены Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи» [2]. Цифровые технологии позволяют своевременное направлять документы гражданина на медико-социальную экспертизу, так с 1 января 2022 г. направление на медико-социальную экспертизу медицинские организации составляют в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи председателя и членов врачебной комиссии. А приказами Минтруда и Минздрава России от 01.02.2021 г. № 27н/36н утверждена новая форма направления на медико-социальную экспертизу [9].

Разработан «Дашборд» для мониторинга информационного взаимодействия медицинских организаций и учреждений медико-социальной экспертизы.

В настоящее время через Госуслуги организовано реализация услуг для инвалидов и их представителей:

1. Выдача дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности /УПТ

2. Выдача новой справки, подтверждающей факт установления инвалидности/УППТ
3. Направление, копии акта и протокола проведения МСЭ
4. Обжалование решения медико-социальной экспертизы
5. Внесение изменений в индивидуальную программу реабилитации и абилитации инвалида
6. Изменение причины инвалидности
7. Определение причины смерти инвалида
8. Самостоятельное обращение в бюро медико-социальной экспертизы в случае отказа.

Информационная система Фонда социального страхования (ФСС) Российской Федерации. В рамках своей деятельности Фонд осуществляет финансовое обеспечение расходов по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также исполнению возложенных на Фонд государственных функций. Фонд организует исполнение бюджета государственного социального страхования, утверждаемого ежегодно федеральным законом, контролирует использование средств социального страхования. В необходимых случаях Фонд перераспределяет средства социального страхования между регионами и отраслями, поддерживая финансовую устойчивость системы. Кроме того, Фондом разрабатываются и реализуются государственные программы по совершенствованию социального страхования, охраны здоровья работников. Через портал «Госуслуги» организовано обеспечение техническими средствами реабилитации (ТСР) и 16-ю цифровыми услугами услуг для инвалидов, ветеранов, а также их представителей без визитов в органы власти. Все услуги удобно объединены в едином заявлении, и теперь не требуется подача отдельного заявления на медико-техническую экспертизу при необходимости досрочной замены или ремонта ТСР. Обеспечение техническими средствами и услугами для реабилитации на основе электронного сертификата

Федеральный закон от 30.12.2020 г. № 491-ФЗ «О приобретении отдельных видов товаров, работ, услуг с использованием электронного сертификата» [3], определяет правовые и организационные основы применения электронного сертификата, регулирует порядок его формирования и изменения, порядок приобретения и оплаты отдельных видов товаров, работ, услуг с использованием электронного сертификата. Будет создана государственная информационная система (ГИС) сертификатов – федеральная государственная информационная система, создаваемая в целях обеспечения реализации права граждан Российской Федерации на самостоятельное приобретение отдельных видов товаров, работ, услуг с использованием электронного сертификата.

Деятельность существующей единой государственной информационной системы социального обеспечения (ЕГИССО), регламентирована постановлением Правительства РФ от 16.08.2021 № 1342 «О Единой государственной информационной системе социального обеспечения». Определен состав подсистем ЕГИССО и их функций, распределены полномочия между операторами Единой информационной системы (ИС), указаны функции иных участников информационного взаимодействия, определен порядок направления сведений. Цифровизация обеспечила организацию ежемесячной денежной выплаты (ЕДВ), которая устанавливается со дня признания человека инвалидом или ребёнком-инвалидом и осуществляется в проактивном режиме.

Деятельность единой межведомственной информационно-статистической системы (ЕМИСС) регламентирована постановлением Правительства РФ от 26.05.2010 г. № 367 «О единой межведомственной информационно-статистической системе» [7]. ЕМИСС содержит статистические данные, характеризующие положение инвалидов в РФ.

Заключение. Таким образом, современные тенденции цифровой трансформации медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов обеспечены рядом нормативных правовых актов Федеральных законов Российской Федерации, Указов Президента Российской Федерации, постановлений Правительства Российской Федерации. Необходимость цифровой обработки результатов анализа данных по сравнению с традиционными формами хозяйствования позволяют повысить эффективность предоставления услуг, что представляет основу повышения результативности в технологии деятельности любой сферы общественного производства, в том числе социальной.

Цифровизация в системе медико-социальной экспертизы и реабилитации с реорганизацией процессов с использованием цифровых инструментов позволяет повысить доступность,

своевременность и удовлетворенность граждан при получении государственных и иных услуг.

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
2. Об электронной подписи. Федеральный закон от 06.04.2011 № 63-ФЗ. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
3. О приобретении отдельных видов товаров, работ, услуг с использованием электронного сертификата. Федеральный закон от 30.12. 2020 г. № 491-ФЗ. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
4. О Единой государственной информационной системе социального обеспечения. Постановление Правительства РФ от 16.08. 2021 г. № 1342. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
5. Об использовании федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций). Постановление Правительства РФ от 17.08. 2021 г. № 1358. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
6. О Единой государственной информационной системе социального обеспечения. Постановление Правительства РФ от 16.08.2021 № 1342. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
7. О единой межведомственной информационно-статистической системе. Постановление Правительства РФ от 26.05. 2010 г. № 367 Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
8. Об утверждении Порядка информационного взаимодействия в целях проведения медико-социальной экспертизы в городах и районах. Приказ Минтруда России и Минздрава России от 27.02. 2020 г. № 80н/ 131н; Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
9. Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией и порядка ее заполнения. Приказ Минтруда России № 27н, Минздрава России № 36н от 01.02.2021. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

REFERENCES

- 1 On the basics of public health protection in the Russian Federation. Federal Law No. 323-FZ of 21.11.2011. Access from the ConsultantPlus legal reference system.
- 2 About the electronic signature. Federal Law No. 63-FZ of 06.04.2011. Access from the ConsultantPlus legal reference system.
- 3 On the purchase of certain types of goods, works, services using an electronic certificate. Federal Law No. 491-FZ of December 30, 2020. Access from the ConsultantPlus legal reference system.
- 4 About the Unified State Information System of Social security. Decree of the Government of the Russian Federation No. 1342 dated 16.08.2021. Access from the ConsultantPlus legal reference system.
- 5 On the use of the federal State information system "Unified Portal of State and Municipal Services (functions). Decree of the Government of the Russian Federation No. 1358 dated 17.08.2021. Access from the ConsultantPlus legal reference system.
- 6 On the Unified State Information System of Social Security". Decree of the Government of the Russian Federation No. 1342 dated 08/16/2021. Access from the ConsultantPlus legal reference system.
- 7 About the unified interdepartmental information and statistical system. Decree of the Government of the Russian Federation of 26.05. 2010 No. 367 Access from the legal reference system "ConsultantPlus".
- 8 On approval of the Order of information interaction for the purpose of medical and social expertise in cities and districts. Order of the Ministry of Labor of Russia and the Ministry of Health of Russia dated 27.02.2020 No. 80n/ 131n; Access from the legal reference system "ConsultantPlus".
- 9 On approval of the referral form for medical and social examination by a medical organization and the procedure for filling it out. Order of the Ministry of Labor of Russia No. 27n,

Ministry of Health of Russia No. 36n dated 01.02.2021. Access from the ConsultantPlus legal reference system.

РАЗДЕЛ 2 РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ

SECTION 2 REHABILITATION AND ABILITATION OF CHILDREN

УДК 364.4:614.2

ИЗ РАННЕЙ ПОМОЩИ В КОМПЛЕКСНУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ: СИСТЕМНЫЕ ВЫЗОВЫ И ВОЗМОЖНЫЕ РЕШЕНИЯ

Злоказов А.В. (1), Лайковская Е.Э. (2), Любушкина Т.Л. (1), Федосеева О.Б. (1), Шестакова Е.В. (3)

Министерство социальной политики Свердловской области (1), ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (2), ГАУ СО Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов» (3), Екатеринбург

Аннотация

Введение. Несмотря на достаточно широкий спектр научных исследований проблем реабилитации детей-инвалидов на территории Российской Федерации и её субъектов, остаются недостаточно рассмотренными вопросы преемственности деятельности служб ранней помощи и системы комплексной реабилитации в целом.

Цель исследования. провести анализ проблемных вопросов, выявить системные вызовы в вопросе преемственности служб ранней помощи и системы комплексной реабилитации на территории Свердловской области и дать предложения по их возможному решению.

Материалы и методы. анализ статистических показателей инвалидности, анализ опыта построения региональной модели работы служб ранней помощи, системы комплексной реабилитации, технологий и инструментов взаимодействия организаций, предоставляющих услуги реабилитации, оценка преемственности служб ранней помощи и системы комплексной реабилитации и абилитации для разных возрастных групп лиц с ограниченными возможностями в Свердловской области.

Результаты. Представлены основные подходы и компоненты региональной системы служб ранней помощи. Проанализированы статистические данные об инвалидах. Изучены вопросы интеграции служб ранней помощи в систему комплексной реабилитации, рассмотрены возможности и ограничения организационной, информационной, ресурсной и технологической преемственности на территории Свердловской области.

Заключение. Существующая структура региональной системы комплексной реабилитации и служб ранней помощи на территории Свердловской области позволяет в целом выстроить взаимодействие и обеспечить преемственность в интересах людей с инвалидностью, в том числе детей-инвалидов. Однако существует ряд проблемных моментов, представляющих системные вызовы, требующих решения в сфере нормативно-правового регулирования, ресурсного (в первую очередь – кадрового) обеспечения, организационного и информационного взаимодействия.

Ключевые слова: ранняя помощь, комплексная реабилитация, преемственность.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Лайковская Елена Эдуардовна, кандидат медицинских наук, Адрес: 620075 Россия г. Екатеринбург, пр. Ленина, 46 кв. 55

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3860-6107>; eLibrary.ru SPIN-код: 8393-6154, AuthorID: 179213; e-mail: lee1801@inbox.ru

Злоказов Андрей Владимирович, кандидат экономических наук, 620144 г. Екатеринбург, ул. Большакова, 105; e-mail: a.zlokazov@egov66.ru

Любушкина Татьяна Леонидовна; 620144 г. Екатеринбург, ул. Большакова, 105; e-mail: t.lyubushkina@egov66.ru

Федосеева Оксана Борисовна; 620144 г. Екатеринбург, ул. Большакова, 105; e-mail: o.fedoseeva@egov66.ru

Шестакова Елена Васильевна

620089, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Белинского, д. 173а; e-mail: shestakova.ev68@yandex.ru

Вклад авторов: Авторы равномерно принимали участие в разработке дизайна исследования, сборе данных, анализе и написании статьи.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объектов исследований.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

FROM EARLY CARE TO COMPREHENSIVE REHABILITATION: SYSTEM CHALLENGES AND POSSIBLE SOLUTIONS

A.V.Zlokazov (1), E.E.Laykovskaya (2), T.L.Lyubushkina (1), O.B Fedoseeva (1), E.V.Shestakova (3)
The Ministry of social policy of Sverdlovsk region (1), The Ural State Medical University(2), GAU SO Sverdlovsk region "Regional rehabilitation center for persons with disabilities" (3), Ekaterinburg

Abstract

Background: Despite a fairly wide range of scientific research on the problems of rehabilitation of disabled children in the territory of the Russian Federation and its subjects, the issues of the continuity of the activities of early intervention services and the system of comprehensive rehabilitation as a whole remain insufficiently considered.

Aim: to analyze problematic issues, identify systemic challenges in the issue of continuity of early intervention services and the complex rehabilitation system in the Sverdlovsk region, and give suggestions for their possible solution.

Materials and methods: analysis of statistical indicators of disability, analysis of the experience of building a regional model of early intervention services, a comprehensive rehabilitation system, technologies and tools for interaction between organizations providing rehabilitation services, assessment of the succession of early intervention services and a system of comprehensive rehabilitation and habilitation for different age groups of people with disabilities in the Sverdlovsk region.

Results: The main approaches and components of the regional system of early intervention services are presented. Statistical data on disabled persons were analyzed. The issues of integrating early intervention services into the system of complex rehabilitation were studied; the possibilities and limitations of organizational, informational, resource and technological continuity in the Sverdlovsk region were considered.

Conclusion: The existing structure of the regional system of comprehensive rehabilitation and early intervention services in the Sverdlovsk region makes it possible in general to build interaction and ensure continuity in the interests of people with disabilities, including disabled children. However, there are a number of problematic issues that represent systemic challenges that need to be addressed in the field of legal regulation, resource (primarily staffing) support, organizational and informational interaction.

Keywords: early intervention, comprehensive rehabilitation, continuity.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Elena E. Laykovskaya, PhD Candidate of Medical Sciences; Address: ap.55, 46 Lenina av. Ekaterinburg 620075 Russia; ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3860-6107>; eLibrary.ru SPIN-код: 8393-6154, AuthorID: 179213; e-mail: lee1801@inbox.ru

Andrey V. Zlokazov, PhD Candidate of Economic Sciences; Address: 105 Bolshakova str. Ekaterinburg 620144 Russia; e-mail: a.zlokazov@egov66.ru

Tatyana L. Lyubushkina; Address: 105 Bolshakova str. Ekaterinburg 620144 Russia; e-mail: t.lyubushkina@egov66.ru

Oksana B.Fedoseeva, Address: 105 Bolshakova str. Ekaterinburg 620144 Russia; e-mail: o.fedoseeva@egov66.ru

Elena V. Shestakova; Address: 173a Belinskogo str. Ekaterinburg 620089 Russia; e-mail: shestakova.ev68@yandex.ru

The authors evenly participated in the design of the research, data collection, analysis and writing of the article.

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: No human studies are presented in this manuscript.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Статья

Введение:

Вопросам создания и развития системы ранней помощи, формирования системы комплексной реабилитации в последние годы посвящены работы многих исследователей. Различные аспекты государственной политики в сфере реабилитации и абилитации инвалидов, в т.ч. детей-инвалидов, и в частности реализации «Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года» в субъектах Российской Федерации рассмотрены в работах российских ученых Бронникова В.А., Владимировой О.Н., Иосифовой Э.К., Морозовой Е.В., Оноховой Т.С., Порохиной Ж.В., Свинцова А.А., Старобиной Е.М., Радута В.И., Шошмина А.В. Вопросы работы служб ранней помощи описаны в исследованиях Бобровой Я.В., Григоровой Ю.А., Ломоносовой О.В., Лорер В.В., Самариной А.А. Изучены региональные модели системы комплексной реабилитации и абилитации, организованные в рамках пилотного проекта Минтруда России в 2017-2018 гг. в Свердловской области и Пермском крае [1,2,3].

Однако, несмотря на достаточно широкий спектр научных исследований проблем реабилитации детей-инвалидов на территории Российской Федерации и её субъектов, остаются недостаточно рассмотренными вопросы преемственности деятельности служб ранней помощи и системы комплексной реабилитации в целом.

Цель исследования: провести анализ проблемных вопросов, выявить системные вызовы в вопросе преемственности служб ранней помощи и системы комплексной реабилитации на территории Свердловской области и дать предложения по их возможному решению.

Материалы и методы: анализ статистических показателей инвалидности Росстата, Федерального реестра инвалидов, анализ опыта построения региональной модели работы служб ранней помощи, системы комплексной реабилитации, технологий и инструментов взаимодействия организаций, предоставляющих услуги реабилитации, SWOT-анализ и оценка преемственности служб ранней помощи и системы комплексной реабилитации и абилитации для разных возрастных групп лиц с ограниченными возможностями в Свердловской области.

Результаты:

Созданная в Свердловской области в 2017-2018 гг. в рамках пилотного проекта Минтруда РФ «По формированию системы комплексной реабилитации и абилитации» нормативно-методическая база, отработанные алгоритмы маршрутизации инвалида, в т.ч. ребенка-инвалида, использование информационной системы с электронным реестром организаций, предоставляющих реабилитационные услуги, позволили продолжить развитие служб ранней помощи и системы комплексной реабилитации и абилитации в Свердловской области в последующие 5 лет.

По данным Федерального реестра инвалидов на 1.08.2022 г. в Российской Федерации 10 474 835 инвалидов, 8,96% от населения страны; 43,79% мужчин, 56,21% женщин. Доля детей в общей структуре инвалидов – 6,62%. Всего в России зарегистрировано 742234 ребенка-инвалида (инвалидизация - 2,48% от общего числа детей), в т.ч. 50711 до 3 лет. В Свердловской области 256799 инвалидов (7,54% населения (нас.)); 46,2% мужчин, 53,8% женщин. Детей-инвалидов 21813 (инвалидизация 2,37%), в т.ч. 0-3 лет - 1 781 (8,16%), 4-7 лет - 4 789 (21,95%), 8-14 лет - 10 913 (50,03%), 15-17 лет - 4 330 (19,85%). Доля детей в общей структуре инвалидов 7,83%, что несколько выше, чем в целом по России [4].

Показатель общей инвалидности имеет некоторую тенденцию к снижению. За 10 лет в Свердловской области показатель снизился на 17,2 % (с 806,9 до 667,9 на 10 000 нас.), в то время как в РФ – на 13,6 % (с 921,0 до 795,7 на 10 000 нас.). Показатель общей инвалидности взрослого населения снизился на 15,6 % за 10 лет (с 965,8 до 814,8 на 10 000 нас.), за тот же период данный показатель по РФ снизился на 13,2 % (с 1114,1 до 966,9 на 10 000 нас.).

Динамика показателя первичной инвалидности взрослого населения за период с 2011 по 2020 год в Свердловской области, как и в РФ, имеет волнообразный характер с общей тенденцией к снижению (на 27,1 % в СО и на 37,0% в РФ). В Свердловской области первичная инвалидность составила 52,0, в РФ – 48,2 на 10 000 нас.

Показатель детской инвалидности в Свердловской области за десятилетний период существенно не изменился (2011 год – 195,1; 2020 год – 196,5 чел. на 10 000 дет. нас.). В РФ общее число детей-инвалидов ежегодно увеличивалось и, если в 2011 г. показатель был несколько ниже, чем в Свердловской области (2010 год – 180,2 чел. и 195,1 чел. на 10 000 дет. нас., соответственно), то к 2020 году он составил 212,3 чел. на 10 000, и на 7,4% превышал региональный показатель (196,5 чел. на 10 000 дет. нас.). В структуре причин первичной инвалидности детей в Свердловской области и Российской Федерации первая ранговая позиция сохраняется за психическими расстройствами и расстройствами поведения (37,6% и 26,9%, соответственно), а также болезнями нервной системы (14,0% в СО, и 17,2% в РФ), врожденными аномалиями (13,4% в СО, и 15,7% в РФ), эндокринными заболеваниями (11,5% в СО, и 11,9% в РФ), заболеваниями костно-мышечной системы (5,1% в СО, и 6,3% в РФ).

По данным ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Свердловской области» Минтруда РФ, ежегодно разрабатывается более 7000 Индивидуальных программ реабилитации и абилитации (ИПРА), около 40% из них - при первичном освидетельствовании, и более 5000 Индивидуальных программ ранней помощи (ИПРП).

Организации здравоохранения, социальной защиты населения, образования устанавливают нуждаемость ребенка и семьи в услугах ранней помощи, информируют родителей (законных представителей) ребенка о службах ранней помощи, перечне услуг ранней помощи и порядке их предоставления, организуют ведение регистра детей целевой группы.

На начало 2022 года в Свердловской области функционировало 43 службы ранней помощи (9 – на базе учреждений социального обслуживания и 34 в учреждениях образования), в системе здравоохранения работают 6 кабинетов и областной центр ранней помощи, 2 службы ранней помощи открыты некоммерческими организациями. Разработаны единые формы документов: направление в службу ранней помощи, заявление, договор, протокол первичного приема, индивидуальная программа ранней помощи (ИПРП), должностные инструкции специалистов, Положение о службе ранней помощи. Взаимодействие медицинских, образовательных организаций и организаций социального обслуживания осуществляется в рамках договоров (соглашений).

В соответствии с возрастными группами лиц, признанных инвалидами, процесс реабилитации, начавшись в службах РП (возраст от 0-3 лет), должен продолжаться в системе комплексной реабилитации детей-инвалидов (4-14] лет) и подростков (15-17] лет), а затем в организациях системы комплексной реабилитации взрослых инвалидов (18+) по всем направлениям реабилитации (рис.).



Рисунок. Блокчейн преемственности реабилитационного процесса от ранней помощи до системы комплексной реабилитации.

В Свердловской области внедряется трехуровневая модель социальной реабилитации. Реабилитационные мероприятия проводятся в стационарной, полустационарной форме или на дому, в зависимости от имеющихся ресурсов и потребностей.

В настоящее время реабилитационные мероприятия детям-инвалидам предоставляются в рамках оказания социальных услуг в 44 реабилитационных и социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних, 16 центрах социальной помощи семье и детям, 12 комплексных центрах социального обслуживания населения Свердловской области, где функционируют отделения по работе с семьей и детьми. Также в системе социального обслуживания семьи и детей осуществляют деятельность 2 стационарных государственных казенных детских дома-интерната и реабилитационный центр для детей-инвалидов в г. Екатеринбурге.

7 организаций социального обслуживания Свердловской области (далее – пилотные организации) прошли отбор межведомственной комиссией на соответствие критериям предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, утвержденным Минтрудом России.

Анализ процессов при реализации Пилотного проекта показал, что включение «выпускников» служб ранней помощи в систему комплексной реабилитации и абилитации детей проходит чаще по инициативе родителей без активной маршрутизации со стороны специалистов. Высокая занятость при кадровом дефиците не позволяет уделить этому вопросу достаточно внимания. Однако поскольку в системе социальной защиты службы ранней помощи расположены на базе реабилитационных организаций для детей, то маршрутизации не вызывает больших затруднений. Тем более, что родители имеют доступ к Реестру реабилитационных организаций информационной системы.

Социально-реабилитационные отделения для взрослых в стационарной форме имеются в 19 учреждениях социального обслуживания, в полустационарной – в 22. Несмотря на формирование федеральной и региональной нормативно-правовой базы, достаточно развитую сеть организаций, предоставляющих реабилитационные услуги, значительные успехи в их оснащении, на серьезную координирующую и организационно-методическую роль Областного центра реабилитации инвалидов, на наличие информационной системы с реестром реабилитационных организаций и услуг, пока не удалось достичь полной синхронизации деятельности служб ранней помощи и системы комплексной реабилитации детей и взрослых (даже внутри системы социального обслуживания, не говоря о межведомственном взаимодействии).

На региональном уровне дальнейшее развитие системы ранней помощи и системы комплексной реабилитации и абилитации требует решения ряда вопросов, необходимых для обеспечения преемственности. Для решения вопросов интеграции служб ранней помощи в систему комплексной реабилитации был проведен SWOT-анализ преемственности системы ранней помощи и комплексной реабилитации и абилитации в Свердловской области.

Таблица - Результаты SWOT-анализа преемственности системы ранней помощи (РП) и комплексной реабилитации и абилитации (КРАИ) в Свердловской области

Сильные стороны	Слабые стороны
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Наличие федеральных и региональных НПА по вопросам РП и КРАИ, разработаны 33 федеральных стандарта по реабилитации детей по 11 целевым реабилитационным группам ✓ Развитая сеть государственных организаций, включенных в систему РП и КРАИ ✓ Региональные ресурсно-методические центры по РП и КРАИ ✓ Развитие материально-технической базы для предоставления реабилитационных и абилитационных мероприятий ✓ Формирование системы подготовки и повышения квалификации специалистов, реализующих реабилитационные и абилитационные мероприятия для инвалидов, в том числе детей-инвалидов Более 600 специалистов прошли обучение ✓ Широкий спектр предоставляемых услуг по реабилитации ✓ Внедрение современных технологий 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Недостаточная проработанность НПА по вопросам преемственности системы РП и КРАИ, обособленность нормативной базы системы здравоохранения по вопросам реабилитации от общих межведомственных подходов в НПА в сфере РП и КРАИ ✓ Отсутствие стандартов реабилитационных услуг для взрослых инвалидов ✓ Неполная синхронизация понятийного аппарата, подходов к диагностике потребностей инвалидов (детей-инвалидов) в реабилитационных мероприятиях, в оценке результативности и эффективности реабилитационных мероприятий в системе РП и КРАИ (особенно значимые отличия – в сфере здравоохранения) ✓ Дефицит квалифицированных кадров, в первую очередь вследствие низкой оплаты труда при высокой психо-эмоциональной и физической нагрузке ✓ Ограниченность финансовых средств государственных организаций для обеспечения подготовки и переподготовки специалистов

<p>реабилитации с учетом потребностей инвалидов (детей-инвалидов) в реабилитационных центрах региона</p> <p>✓ Наличие единой справочно-информационной системы для формирования реабилитационного маршрута (ИС «Информационное взаимодействие с федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы») с подсистемой РП), содержащей реестр всех реабилитационных организаций и реабилитационных услуг</p>	<p>✓ Проблемы транспортной доступности реабилитационных организаций для инвалидов (детей-инвалидов) из отдаленных территорий, в т.ч. необеспеченность собственным специализированным транспортом реабилитационных организаций</p> <p>✓ Недостаточно эффективное межведомственное взаимодействие организаций социального обслуживания, здравоохранения, образования, занятости, культуры, физической культуры и спорта в работе региональных служб РП и системы КРАИ</p> <p>✓ Необходимость совершенствования и постоянной актуализации ИС «Информационное взаимодействие с федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы» с подсистемой РП</p>
Возможности	Угрозы
<p>✓ Наличие федеральных и региональных нормативных правовых актов в сфере реабилитации и абилитации</p> <p>✓ Реализация Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года, доработка НПА в соответствии с Концепцией</p> <p>✓ Продолжение финансирования Государственной Программы «Доступная среда»</p> <p>✓ Электронное взаимодействие исполнительных органов государственной власти Свердловской области – исполнителей ИПРА с федеральным учреждением медико-социальной экспертизы</p> <p>✓ Высокая активность социально ориентированных некоммерческих и коммерческих организаций в вопросах реабилитации, готовность к сотрудничеству</p> <p>✓ Опыт успешной реализации программ и проектов социальной направленности, пилотных проектов Минтруда РФ</p> <p>✓ Возможность проработки вопросов преемственности в рамках Пилотного проекта Минтруда РФ по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов с помощью электронных сертификатов - в Свердловской и Тюменской областях в 2022-2024 гг.</p>	<p>✓ Противоречивость и несогласованность отдельных положений федеральных НПА</p> <p>✓ Ограниченность финансовых ресурсов и нормативных возможностей государственных организаций для введения дополнительных должностей специалистов и выделения средств на подготовку и переподготовку кадров</p> <p>✓ Низкий уровень базовых окладов специалистов в бюджетных организациях</p> <p>✓ Невысокая привлекательность профессий в сфере реабилитации из-за высокой психоэмоциональной и физической нагрузки</p> <p>✓ Низкая укомплектованность физическими лицами штатных должностей специалистов в сфере реабилитации</p> <p>✓ Невысокий уровень ответственности и мотивация инвалидов, семей детей-инвалидов к исполнению рекомендаций ИПРА и вовлеченности в реабилитационный процесс</p> <p>✓ Недостаточный уровень информационной открытости и информационного взаимодействия организаций, осуществляющих реабилитационные мероприятия</p> <p>✓ Большая протяженность территории, наличие значительного числа отдаленных населенных пунктов в сельской местности</p> <p>✓ Нестабильность либо отсутствие интернет-связи в отдаленных сельских территориях</p> <p>✓ Ограниченность финансовых средств государственных организаций для обеспечения бесперебойной работы высокоскоростного интернета</p>

Рассмотрены возможности и ограничения нормативно-правовой, организационной, информационной, ресурсной и технологической преемственности на территории Свердловской области (таблица).

Выявлена необходимость доработки НПА, понятийного аппарата, дальнейшая стандартизация реабилитационных услуг, встают вопросы достаточности финансового обеспечения, транспортной и информационной доступности для людей с инвалидностью и для специалистов системы, совершенствования и сопровождения информационных систем, обеспечения высокоскоростным интернетом. Однако главным системным вызовом видится кадровая проблема, которая уже поднималась и подробно исследовалась в работах ряда авторов [5]. Наряду с вопросами качества подготовки специалистов, стандартизации требований к образовательным программам, формирования перечня профессий и специальностей, остро стоит вопрос нехватки физических лиц в системе реабилитации.

Возможные решения в плоскости нормативно-правовых и понятийных вопросов ожидаются в рамках запланированной доработки федерального законодательства. В условиях реализации Концепции и формирующейся биопсихосоциальной модели инвалидности и реабилитации, на наш взгляд, особенно важно нормативное «воссоединение» медицинской реабилитации с подходами и понятиями системы РП и КРАИ. Задача обеспечения информационного взаимодействия и сопровождения может быть решена с одной стороны путем совершенствования IT-технологий и повышения доступности информационной системы для внутренних (специалистов) и внешних (людей с инвалидностью) пользователей системы реабилитации. С другой стороны – путем более широкого использования опыта московских коллег по внедрению института интеграционных консультантов и европейский опыт персонального консультирования [6].

Опыт показывает, что многие вопросы снимаются путем малозатратных и даже финансово не затратных организационных действий. Например, выстраивание на уровне территории проживания пациента и его семьи механизмов взаимного информирования участников комплексной реабилитации в рамках локальных соглашений между организациями - участниками реабилитационного процесса, расположенными на территории одного муниципалитета, включая муниципальные учреждения (образовательные, спортивные), и используя ресурс органов местного самоуправления. Информационное сопровождение может обеспечиваться назначением куратора случая, используя потенциал единой участковой социальной службы.

Поскольку свой реабилитационный маршрут пациент начинает в медицинской организации, важно, чтобы врачи располагали информацией о возможностях организаций социального обслуживания, образовательных организаций, служб занятости, организаций физической/адаптивной физической культуры и спорта для детей и взрослых граждан. Координация, согласованность и своевременный обмен информацией с использованием Информационной системы позволяет достичь максимального результата для человека.

Положительно зарекомендовали себя совместные с некоммерческими организациями и пациентскими ассоциациями социально-значимые проекты, включающие создание и развитие различных информационных сервисов и платформ для маршрутизации и сопровождения (пример: ресурс «Инфопомощь», АНО «Особые люди» с Минсоцполитики СО)

Для поэтапного решения кадровой проблемы и повышения привлекательности профессий в сфере реабилитации и абилитации целесообразно при планировании расходов организаций, оказывающих реабилитационные услуги, в большем объеме предусмотреть средства для подготовки, переподготовки кадров и меры материального, а также морального стимулирования.

Для повышения мотивации людей с инвалидностью и их семей для включения в процесс реабилитации с партнерской позиции важна своевременная диагностика, всесторонняя оценка потребностей и реабилитационного потенциала, повышение информационной и транспортной доступности реабилитационных организаций, необходимых современных технических средств реабилитации, социально-психологическое сопровождение и социальный контроль.

Согласованность, своевременный обмен информацией, тиражирование наиболее результативных форм взаимодействия, инструментов преемственности и выработки совместных решений: интеграция на платформе МКФ, «реабилитационные консилиумы», тематические рабочие и экспертные группы, в том числе с использованием дистанционных и телемедицинских технологий, позволяет достичь наилучшего результата для человека с инвалидностью и его семьи.

Выводы:

Существующая структура региональной системы комплексной реабилитации и служб ранней помощи на территории Свердловской области позволяет в целом выстроить взаимодействие и обеспечить преемственность в интересах людей с инвалидностью, в том числе детей-инвалидов. Однако существует ряд проблемных моментов, представляющих системные вызовы, требующих решения как в сфере нормативно-правового регулирования, так и в ресурсном, кадровом, информационном и организационном плане.

Предложенные варианты решения могут содействовать согласованности, оперативности, преемственности и, соответственно, повысить результативность реабилитационных мероприятий.

Конфликт интересов: Авторы подтверждают отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/ REFERENCES

1. Бронников В.А. Григорьева М.И. О перспективах внедрения модели организации реабилитации по месту жительства инвалида в территориях Пермского края.// Реабилитация – XXI век: традиции и инновации/: сборник статей III Нац/ конгр/ с межд. Участием, Санкт-Петербург, 25-26 ноября 2020 года / Минтруд России – СПб: ООО «ЦИАЦАН», 2020.- С.35-40.

2. Злоказов А.В., Лайковская Е.Э., Любушкина Т.Л., Саксонова Е.В. Предварительные итоги реализации пилотного проекта по созданию системы комплексной реабилитации и абилитации в Свердловской области.// Материалы I научно-практической конференции с международным участием «Региональная система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов: опыт межведомственного взаимодействия, инновации, технологии.- Екатеринбург. – 28-30.09.2017. – С.55-60.

3. Ломоносова О.В., Владимирова О.Н., Свинцов А.А., Старобина Е.М., Сокуров А.В., Ермоленко Т.В. О формировании правовых основ организации ранней помощи детям и их семьям.// Реабилитация – XXI век: традиции и инновации: сборник статей II Нац. конгр. с межд. участием, Санкт-Петербург, 12-13 сентября 2018 года / Минтруд России – СПб: ООО «ЦИАЦАН», ООО «Р-КОПИ», 2018. – С.241-247.

4. Федеральный реестр инвалидов [Электронный ресурс] <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost-detei/chislennost-detei-po-vozzrastu?territory=undefined> дата обращения 28.08.2022

5. Старобина Е.М., Гордиевская Е.О. О кадровой составляющей системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов.// Реабилитация – XXI век: традиции и инновации/: сборник статей IV Нац/ конгр/ с межд. Участием, Санкт-Петербург, 08 – 09 сентября 2021 года / Минтруд России – СПб: ООО «ЦИАЦАН», 2021.- С.54-61.

6. Ишутина И.С., Владимирова О.Н., Ходаковский М.Д. Европейский опыт использования персонального ассистирования.// Реабилитация – XXI век: традиции и инновации: сборник статей III Нац/ конгр/ с межд. Участием, Санкт-Петербург, 25-26 ноября 2020 года / Минтруд России – СПб: ООО «ЦИАЦАН», 2020.- С.40-44.

REFERENCES:

1. Bronnikov V.A. Grigor'eva M.I. O perspektivah vnedrenija modeli organizacii reabilitacii po mestu zhitel'stva invalida v territorijah Permskogo kraja.// Reabilitacija – XXI vek: tradicii i innovacii/: sbornik statej III Nac/ kongr/ s mezhd. Uchastiem, Sankt-Peterburg, 25-26 nojabrja 2020 goda / Mintrud Rossii – SPb: ООО «CIACAN», 2020.- S.35-40. (In Russ.).

2. Zlokazov A.V., Lajkovskaja E.Je., Ljubushkina T.L., Saksonova E.V. Predvaritel'nye itogi realizacii pilotnogo proekta po sozdaniju sistemy kompleksnoj reabilitacii i abilitacii v Sverdlovskoj oblasti.// Materialy I nauchno-prakticheskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem «Regional'naja sistema kompleksnoj reabilitacii i abilitacii invalidov: opyt mezhhvedomstvennogo vzaimodejstvija, innovacii, tehnologii.- Ekaterinburg. – 28-30.09.2017. – S.55-60. (In Russ.).

3. Lomonosova O.V., Vladimirova O.N., Svincov A.A., Starobina E.M., Sokurov A.V., Ermolenko T.V. O formirovanii pravovyh osnov organizacii rannej pomoshhi detjam i ih sem'jam.// Reabilitacija – XXI vek: tradicii i innovacii: sbornik statej II Nac. kongr. s mezhd. uchastiem, Sankt-Peterburg, 12-13 sentjabrja 2018 goda / Mintrud Rossii – SPb: ООО «CIACAN», ООО «R-KOPI», 2018. – S.241-247. (In Russ.).

4. Federal'nyj reestr invalidov [Elektronnyj resurs] <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost-detei/chislennost-detei-po-vozzrastu?territory=undefined> data obrashhenija 28.08.2022 (In Russ.).

5. Starobina E.M., Gordievskaja E.O. O kadrovoj sostavljajushhej sistemy kompleksnoj reabilitacii i abilitacii invalidov i detej-invalidov.// Reabilitacija – XXI vek: tradicii i innovacii/: sbornik statej IV Nac/ kongr/ s mezhd. Uchastiem, Sankt-Peterburg, 08 – 09 sentjabrja 2021 goda / Mintrud Rossii – SPb: ООО «CIACAN», 2021.- S.54-61. (In Russ.).

6. Ishutina I.S., Vladimirova O.N., Hodakovskij M.D. Evropejskij opyt ispol'zovanija personal'nogo assistirovanija.// Reabilitacija – XXI vek: tradicii i innovacii: sbornik statej III Nac/ kongr/ s mezhd. Uchastiem, Sankt-Peterburg, 25-26 nojabrja 2020 goda / Mintrud Rossii – SPb: ООО «CIACAN», 2020.- S.40-44. (In Russ.).

МОНИТОРИНГ ПРАКТИКИ ПРИМЕНЕНИЯ СУБЪЕКТАМИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ДЛЯ ОРГАНОВ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ ПО СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ С МЕНТАЛЬНОЙ ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Струкова О.Г., Морозова Е.В., Жукова Е.В., Барышова А.Н.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации
Москва, Россия

Аннотация

Введение. В данном разделе обозначена актуальность социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, в настоящее время обусловлена увеличением числа детей с нарушениями психического функционирования и расстройствами поведения. Данная патология занимает первое ранговое место в структуре детской инвалидности [1]. Разработка методических рекомендаций по организации работы с таким семьями на территории субъектов Российской Федерации должна способствовать выработке единых подходов к ее реализации на всех уровнях: нормативно-правовом, организационно-методическом, кадровом.

Цель. Обобщение результатов системного анализа и оценки состояния и перспектив развития социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, в субъектах Российской Федерации, усиления результативности ее функционирования посредством повышения качества принимаемых для нее управленческих решений.

Материалы и методы. Количественный и качественный анализ материалов, представленных от органов исполнительной власти 74 субъектов Российской Федерации в сфере социальной защиты на запрос Минтруд России в виде неформализованного интервью.

Результаты. В раздел «Результаты» включены аналитические данные о состоянии в субъектах Российской Федерации сферы социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, в том числе (попунктно) в разрезе реализации важных направлений и задач основных положений и мероприятий, указанных в методических рекомендациях.

Заключение. В разделе «Заключение» тезисно обозначены основные выводы и предложения по результатам проведенного мониторинга.

Ключевые слова: семья, воспитывающая ребенка с ментальной инвалидностью; социально-реабилитационная работа с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью; организация социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью; мониторинг состояния социально-психологической работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Струкова Оксана Гавриловна, канд. мед. наук; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7579-4886>; eLibrary SPIN: 3274-1760; e-mail: lavroks2012@mail.ru

Морозова Елена Валерьевна, канд. психол. наук; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1897-5776>; eLibrary SPIN: 5261-3551; e-mail: elvamorozova@yandex.ru

Жукова Евгения Валерьевна; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7640-1818>; eLibrary SPIN: 2596-4043; e-mail: egeni69@bk.ru

Барышова Анна Николаевна; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0116-8660>; eLibrary SPIN: 5252-6801; e-mail: anna.yashina@mail.ru

Вклад авторов: Авторы равномерно принимали участие в разработке дизайна исследования, сборе данных, анализе и написании статьи.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объекта исследований.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

**MONITORING OF THE PRACTICE OF APPLICATION BY THE SUBJECTS OF THE
RUSSIAN FEDERATION OF METHODOLOGICAL RECOMMENDATIONS FOR
EXECUTIVE AUTHORITIES ON SOCIAL REHABILITATION WORK WITH FAMILIES
RAISING CHILDREN WITH MENTAL DISABILITIES**

Strukova O.G., Morozova E.V., Zhukova E.V., Baryshova A.N.

Federal State Budgetary Institution "Federal Bureau of Medical and Social Expertise" of the Ministry of
Labor and Social Protection of the Russian Federation
Moscow, Russia

Abstract

Background. This section identifies the relevance of social rehabilitation work with families raising children with mental disabilities, currently due to an increase in the number of children with mental functioning disorders and behavioral disorders. This pathology occupies the first rank place in the structure of children's disability [1]. The development of methodological recommendations on the organization of work with such families on the territory of the subjects of the Russian Federation should contribute to the development of unified approaches to its implementation at all levels: regulatory, organizational, methodological, personnel.

Aim. Summarizing the results of a systematic analysis and assessment of the state and prospects for the development of social rehabilitation work with families raising children with mental disabilities in the subjects of the Russian Federation, strengthening the effectiveness of its functioning by improving the quality of management decisions made for it.

Materials and methods. Quantitative and qualitative analysis of the materials submitted by the executive authorities of 74 subjects of the Russian Federation in the field of social protection at the request of the Ministry of Labor of Russia in the form of an informal interview.

Results. The section "Results" includes analytical data on the state in the subjects of the Russian Federation of the sphere of social rehabilitation work with families raising children with mental disabilities, including (point-by-point) in the context of the implementation of important directions and tasks of the main provisions and measures specified in the methodological recommendations.

Conclusion. The section "Conclusion" outlines the main conclusions and proposals based on the results of the monitoring.

Key words: A family raising a child with mental disability; social rehabilitation work with families raising children with mental disabilities; organization of social rehabilitation work with families raising children with mental disabilities; monitoring of the state of socio-psychological work with families raising children with mental disabilities.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Oksana G. Strukova, PhD; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7579-4886>; eLibrary SPIN: 3274-1760; e-mail: lavroks2012@mail.ru

Elena V. Morozova, Ph.D.; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1897-5776>; eLibrary SPIN: 5261-3551; e-mail: elvamorozova@yandex.ru

Evgeniya V. Zhukova; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7640-1818>; eLibrary SPIN: 2596-4043; e-mail: egeni69@bk.ru

Anna N. Baryshova; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0116-8660>; eLibrary SPIN: 5252-6801; e-mail: anna.yashina@mail.ru

Author contribution statement:

The authors evenly participated in the design of the study, data collection, analysis and writing of the article.

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: No human studies are presented in this manuscript.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение. Президент Российской Федерации В.В. Путин утвердил перечень поручений, в котором органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации рекомендовано развивать систему социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, предусмотрев при этом использование механизмов государственно-частного партнерства.

В рамках реализации данных рекомендаций Советником Президента Российской

Федерации А.Ю. Левицкой было поручено рассмотреть вопрос о необходимости разработки методических рекомендаций для органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в части социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью (Поручение от 26.08.2020 г. № А4-30-723).

С сентября 2020 года по поручению Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (далее – Минтруд России) Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (далее – ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России) проводило разработку методических рекомендаций для органов исполнительной власти по социально-реабилитационной работе с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью (далее - Методические рекомендации), в соответствии с которыми в дальнейшем, также по поручению Минтруда России, субъектами Российской Федерации была организована работа с данной категорией семей с учетом основных положений Методических рекомендаций с последующим предоставлением информации о практической возможности их использования, а также о самой практике их применения на территории субъекта для последующего общего анализа данных материалов ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России.

Цель. Провести количественно-качественный анализ мониторинга состояния в субъектах Российской Федерации сферы социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, в том числе, в части реализации положений Методических рекомендаций как показателя значимости и возможности их практического применения посредством неформализованного интервью.

Материалы и методы. В апреле 2022 года на официальном сайте Минтруда России были опубликованы Методические рекомендации для органов исполнительной власти по социально-реабилитационной работе с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, разработанные Федеральным центром научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов (далее – Федеральный центр), созданного на базе ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России.

Как указывалось выше, Методические рекомендации разработаны по поручению Минтруда России в рамках исполнения пункта 7 перечня поручений Президента Российской Федерации от 10 апреля 2020 года № Пр-647 органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации (далее – субъекты) о рекомендациях развивать систему социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, предусмотрев при этом использование механизмов государственно-частного партнерства, а также привлечение некоммерческих организаций, в том числе добровольческих (волонтерских) организаций.

Целью разработки Методических рекомендаций является оказание методической помощи уполномоченным органам государственной власти субъектов Российской Федерации для обеспечения единообразного подхода при организации социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью.

С целью точного определения понятия и сущности социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, которое до настоящего времени отсутствовало, как в научной литературе, так и в нормативно-правовом регулировании введен термин «социально-реабилитационная работа с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью», под которым понимается «специально организованный на межведомственной основе процесс социально-психологического, социально-педагогического, информационного сопровождения семей, направленный на оказание необходимой им квалифицированной помощи, эффективную маршрутизацию в получении реабилитационных и/или абилитационных услуг, повышение реабилитационной приверженности семьи и профилактику социального сиротства» [2]. Данный термин был представлен в научных статьях и неоднократно согласовывался с научными организациями (ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта, ФГБНУ «ИКП РАО», Федеральным ресурсным центром по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра.[3, 4].

В Методических рекомендациях пораздельно освещены вопросы организации социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, с уточнением требований к качеству и условиям проведения мероприятий по данной работе. В материалах были учтены лучшие практики и широко применяемые подходы из опыта субъектов Российской Федерации в сфере организации социально-реабилитационной работы с семьями,

воспитывающими детей с ментальной инвалидностью.

Высокая практическая значимость Методических рекомендаций также обусловлена включением подробного структурированного материала в раздел Приложений, содержащих примерную программу (план) мероприятий по социально-реабилитационной работе с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, примерные критерии для проведения ситуационного анализа и перечень нормативных правовых документов, регламентирующих организацию данной работы, и др.

В последующем во исполнение пункта 1 (последний абзац) раздела III протокола заседания Рабочей группы по вопросам социальной интеграции молодых людей с инвалидностью Комиссии при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов от 10 января 2022 г. № ДГ-2/07пр Минтруд России поручил субъектам обеспечить организацию работы с учетом данных Методических рекомендаций и проинформировать ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России о практической возможности их использования по результатам проведенной работы, а также о практике их применения в регионах.

Одновременно Департаментом по делам инвалидов Минтруда России было поручено ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России организовать работу по сбору и проведению анализа информации, поступающей от субъектов, с последующим представлением информационно-аналитической справки об итогах проведенной работы.

Освещение результатов аналитической деятельности в отношении поступившей информации от субъектов легли в основу данной статьи.

Результаты. По состоянию на 08.07.2022 года информация о практике применения Методических рекомендаций поступила от 74 субъектов Российской Федерации (87%). Из 74 субъектов Российской Федерации, направивших информацию о рассмотрении Методических рекомендаций большинство (69) отметили целесообразность и готовность их применения (93%). Отдельные субъекты Российской Федерации подчеркивают большую практическую значимость Методических рекомендаций для органов исполнительной власти. Например, Архангельская область указывает на то, что «данные методические рекомендации могут стать основой в систематизации социально-реабилитационной работы», Алтайский край отмечает, что «применение Методических рекомендаций позволит сформировать единообразную социально-реабилитационную работу с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью». Курская область подчеркивает, что «...предложенные Методические рекомендации обеспечивают комплексность и системность социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью. Создание межведомственной рабочей группы, определение координирующего органа управления процессом межведомственного взаимодействия, подготовка дополнительных региональных нормативных правовых документов и соглашений, регламентирующих организацию социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ОВЗ и с инвалидностью, систематизируют проводимую работу, выстраивают траекторию перспективного развития системы социально-реабилитационной работы с детьми с ОВЗ и с детьми-инвалидами, в том числе с ментальными нарушениями».

При этом 5 субъектов Российской Федерации (Рязанская область, Хабаровский край, Республика Карелия, Республика Коми, Ульяновская область) считают нецелесообразным их применение в своем субъекте Российской Федерации (7%) по ряду причин:

- согласно положений Методических рекомендаций на органы исполнительной власти возлагаются дополнительные полномочия, не закрепленные законодательством («обеспечение профилактики отказов от новорожденных с ментальными нарушениями в организациях родовспоможения, обеспечение техническими средствами реабилитации, коммуникативными устройствами»);

- выполнение мероприятий Методических рекомендаций влечет за собой увеличение затрат субъекта Российской Федерации на социально-реабилитационную работу с семьями без законодательно закрепленной субсидии из федерального бюджета;

- трудности использования критериев для проведения ситуационного анализа при организации социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, в связи с отсутствием на федеральном уровне формы статистического наблюдения, предусматривающей такие сведения, и определения понятия «ментальная инвалидность» нормативной правовой базой, в целом;

- нецелесообразность разработки отдельных программ по социально-реабилитационной работе с семьями;

- отсутствие необходимости использования Методических рекомендаций на территории субъекта Российской Федерации.

В части анализа выполнения Раздела I, п. 1.7 Методических рекомендаций отмечено следующее.

1. Организация социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, по данным субъектов Российской Федерации, организована в 44 субъектах (59%).

2. Информация о нормативно-правовом регулировании вопросов организации социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, согласно Методических рекомендаций, на уровне субъекта Российской Федерации поступила от 1 субъекта Российской Федерации (1%) - во Владимирской области разработан Комплекс мер по социально-реабилитационной работе с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью на 2023-2024 годы.

При этом на уровне субъекта Российской Федерации нормативно-правовое регулирование вопросов организации социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, уже имеется в 29 субъектах (39%): Астраханская, Владимирская, Кемеровская, Кировская области, Краснодарский край, Красноярский край, Курганская, Курская, Липецкая, Магаданская, Московская, Новгородская, Новосибирская, Омская, Пензенская, Пермская, Псковская области, Республики Татарстан, Хакасия, Башкортостан, Коми, Крым и Мордовия, Ростовская, Самарская, Саратовская, Тамбовская, Тюменская и Ульяновская области.

3. Задача создания региональной структурно-функциональной модели межведомственного взаимодействия по организации социальнореабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, решается в 35 субъектах Российской Федерации (47%): Алтайский край, Белгородская, Владимирская, Вологодская, Воронежская, Калининградская области, Камчатский край, Кемеровская и Кировская область, Краснодарский край, Красноярский край, Курганская, Курская, Магаданская области, Москва, Новгородская, Новосибирская, Пензенская, Псковская области, Республики Карелия, Коми, Марий Эл, Мордовия и Татарстан, Ростовская область, Самарская область, Санкт-Петербург, Саратовская область, Севастополь, Тамбовская, Тверская, Тюменская области, Удмуртская республика, Хабаровский край, Ямало-Ненецкий АО).

4. Работа по распределению сфер компетенции и мер ответственности участников межведомственного взаимодействия начата в 6 субъектах Российской Федерации (8%): Методические рекомендации направлены для ознакомления в различные органы исполнительной власти для организации межведомственного взаимодействия (Калужская, Московская, Пензенская области, Республика Карелия, Республика Удмуртия, Чеченская Республика).

Координирующий орган исполнительной власти, отвечающий за организацию социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, определен в 5 субъектах Российской Федерации (7%). При этом в качестве координирующего органа в 3 субъектах выступают региональные органы исполнительной власти в сфере социальной защиты населения (4%), в 2 субъектах - органы исполнительной власти в сфере образования (3%).

5. Также в отдельных субъектах Российской Федерации организована работа по изучению Методических рекомендаций:

- Методические рекомендации направлены в организации, подведомственные органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения организации в 6 субъектах Российской Федерации (8%);

- Методические рекомендации направлены в негосударственные учреждения социального обслуживания для организации работы, в том числе посредством размещения на порталах («Душевная Москва») в 2 субъектах Российской Федерации (3%).

6. Задача создания единой информационной системы учета семей, воспитывающих детей с ментальной инвалидностью не решается ни в одном из субъектов Российской Федерации. Проведенный анализ представленной информации показал, что в настоящий момент в субъектах Российской Федерации отсутствуют единые подходы к учету семей, воспитывающих детей с ментальной инвалидностью. Так, статистический учет семей, воспитывающих детей с ментальной инвалидностью, ведется только в 3-х субъектах Российской Федерации (4%): в Алтайском крае, Кировской и Тюменской областях.

При этом в Ивановской области ведется учет всех семей, воспитывающих детей с инвалидностью (1%).

7. Задача по созданию ресурсных центров по реализации социальнореабилитационной работы с инвалидами и детьми-инвалидами, в том числе с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, решается в 22 субъектах Российской Федерации (30%) (Алтайский край, Астраханская, Владимирская, Вологодская, Воронежская, Кировская и Кемеровская области, Краснодарский край, Красноярский край, Курганская, Курская, Новгородская, Новосибирская области, Приморский край, Республики Адыгея, Татарстан, Хакасия, Чувашия, Свердловская, Тюменская, Ульяновская область, Хабаровский край).

8. Работа по подбору и подготовке квалифицированных кадров по работе с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, ведется в 22 субъектах Российской Федерации (30%) (Вологодская, Воронежская, Кировская области, Краснодарский край, Красноярский край, Липецкая, Магаданская области, г. Москва, Новгородская, Новосибирская, Пермская области, Республики Башкортостан, Калмыкия, Карелия, Мордовия, Северная Осетия – Алания, Чувашия, Ростовская, Саратовская, Тамбовская, Тверская и Тюменская области).

9. Ситуационный анализ потребностей семей, воспитывающих детей с ментальной инвалидностью, в том числе в услугах по основным направлениям комплексной реабилитации и/или абилитации проводился 13 субъектами (18%): Белгородская и Воронежская области, Красноярский край, Липецкая, Магаданская, Новосибирская области, Республика Крым, Республика Чувашия, Самарская область, г. Севастополь, Тамбовская и Ярославская области, Ямало-Ненецкий автономный округ.

10. Межведомственный механизм маршрутизации семей, воспитывающих детей с ментальной инвалидностью, с целью обеспечения реабилитационными и/или абилитационными услугами разработан только в 2 субъектах Российской Федерации (3%) – в Магаданской и Пензенской областях.

11. Внедрение единых параметров оценки качества работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, внедрили 2 субъекта (3%): Магаданская и Московская области.

Таким образом, анализ выполнения Раздела I, п. 1.7 Методических рекомендаций показал, что в большинстве субъектах Российской Федерации данная работа уже проводилась, многие субъекты начали работу по их изучению и внедрению. При этом также обозначились и проблемные аспекты как:

- отсутствие единых подходов к учету семей, воспитывающих детей с ментальной инвалидностью;

- внедрение единых параметров оценки качества работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью.

Вторым важным направлением социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, является реализация мероприятий, получателями которых становятся непосредственно дети с ментальной инвалидностью и члены их семей (Раздел II, п. 2.17).

Анализ информации, поступившей от субъектов Российской Федерации, в части выполнения мероприятий в рамках социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью (Раздел II, п. 2,17) позволил выделить основные мероприятия и представить их в формате ранжирования по частоте встречаемости в субъектах Российской Федерации:

- мероприятия, относящиеся к непосредственному оказанию социально-психологических услуг и к категории социально-реабилитационных мероприятий, в целом, нами отнесены в одну группу (интеграционные технологии реабилитации и/или абилитации (арт-терапия, психотерапия и др.; семейное консультирование (по вопросам детско-родительских, супружеских отношений, воспитания ребенка с ментальными нарушениями); психологическое и профессиональное консультирование членов семей, воспитывающих детей с ментальной инвалидностью; психолого-педагогическая поддержка семей) и реализуются в 53 субъектах (72%);

- патронаж в составе мобильных бригад и близкие к нему формы работы осуществляются на территории 33 субъектов (45%);

- информирование по вопросам маршрутизации ребенка-инвалида, получения реабилитационных и/или абилитационных услуг, ранней помощи, получения образования, профессиональной ориентации и трудоустройства, сопровождаемого проживания и т.д. – 27 субъектов (36%);

- средовые технологии (родительские клубы, группы поддержки, родительские чтения,

родительские ринги, родительские вечера и др.) – 26 субъектов (35%);

- содействие в устройстве ребенка в дошкольное образовательное, общеобразовательное, профессиональное образовательное учреждение, в получении ранней помощи, дошкольного, общего и профессионального образования, в профориентации – 23 субъекта (31%);

- сетевая терапия (семейные конференции, тренинги, совместный оздоровительный отдых) – 20 субъектов (27%);

- юридическое консультирование, а также консультативная помощь в получении пособий, льгот, жилого помещения, выплат и др. - 15 субъектов (20%);

Вопросы маршрутизации семьи в получении реабилитационных и/или абилитационных услуг, в том числе и реабилитационными организациями, представлена только от 9 субъектов Российской Федерации (12%).

Таким образом, проведенный анализ показал, что большинство субъектов Российской Федерации активно используют все формы с работы с родителями, воспитывающих детей с ментальной инвалидностью. При этом следует отметить, что в 14 субъектах Российской Федерации (19%) такая работа уже проводилась ранее, а опыт некоторых субъектов Российской Федерации лег в основу Методических рекомендаций (г. Москва, Архангельская, Владимирская, Вологодская, Курская, Московская, Мурманская, Пензенская, Псковская, Тверская, Тюменская области, Республики Мордовия и Хакасия, Камчатский край).

Также следует отметить, что 24 субъектами Российской Федерации (32%) активно реализуется мероприятие, которое отсутствует в Методических рекомендациях. Таким мероприятием выступает подготовка детей с ментальной инвалидностью к сопровождаемому проживанию.

Многие субъекты Российской Федерации отмечают опыт организации частного-государственного партнерства и привлечения некоммерческих организаций (далее – НКО) (общественных организаций) к реализации мероприятий по социально-реабилитационной работе с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью. По данным мониторинга в 52 субъектах Российской Федерации (70%) такая работа организована.

Во многих субъектах Российской Федерации НКО и общественные организации реализуют социально-значимые проекты для семей, воспитывающих с ментальной инвалидностью. Например, в Псковской области – «Первый раз в особый класс», в г. Севастополе – «Особое детство» и «Служба социальной поддержки семьи «Перспектива»» и др.), направленные на обеспечение максимально возможного развития детей указанной категории в условиях семейного воспитания, их социализацию, подготовку к самостоятельной жизни и интеграцию в общество, оказывают консультационную и информационную помощь.

НКО проводится большая работа по повышению родительской компетенции с использованием различных форм: в формате семинаров, обучающих тренингов, лекций, бесед и т.д. Данная деятельность направлена на обучение родителей уходу, воспитанию, образованию, профилактики возникновения нежелательных патохарактерологических, невротических и психогенных реакций у детей, девиантного поведения, а также проведение различных мероприятий по повышению социальной активности семей. Одним из таких примеров добровольческий проект «От сердца к сердцу», направленный на проведение семейных развлекательных мероприятий, благотворительных акций, повышение социальной активности мам посредством участия их в деятельности общественной организации «Союз женщин России», реализуемый в Саратовской области.

В Ростовской и Магаданской областях НКО организует прокат реабилитационного оборудования, игрового, специализированного для пролонгированной реабилитации (пункты социального проката)

Заключение. Таким образом, проведенный мониторинг практики применения субъектами Российской Федерации методических рекомендаций для органов исполнительной власти по социально-реабилитационной работе с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, и возможности последующего их использования показал, что:

- данные Методические рекомендации являются востребованными в большинстве субъектов Российской Федерации;

- изложенные в них материалы являются рабочими (большинство субъектов Российской Федерации приступили к их внедрению на организационном уровне и признают их значимость);

- имеется богатый опыт привлечения НКО к социально-реабилитационной работе с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью;

- имеется ряд проблем, в частности отсутствуют единые подходы к учету семей, воспитывающих детей с ментальной инвалидностью, и не сформирована система оценки качества социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью.

Предложения: с целью дальнейшей оценки состояния и динамики социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, целесообразно проводить ежегодный мониторинг применения субъектами Российской Федерации Методических рекомендаций.

Конфликт интересов. Авторы подтверждают отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Состояние и динамика инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации: доклад / Под ред. М.А. Дымочки. – М.: ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2021. – 436 с.

2. Методические рекомендации для органов исполнительной власти по социально-реабилитационной работе с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью [Электронный ресурс] / Е.В. Морозова, Е.В. Жукова, А.Н. Барышова; под общей редакцией О.Г. Струковой. – М., 2022. – 89 с. – Режим доступа: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/101> (дата обращения: 20.07.2022).

3. Морозова, Е.В. Нормативно-правовые и методические аспекты организации социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью / Е.В. Морозова, О.Г. Струкова, И.Г. Новикова, Е.В. Жукова, А.Н. Барышова // Медико-социальные проблемы инвалидности. - 2021. - N 2. - С.21-30.

4. Струкова, О.Г. Организационные подходы к социально-реабилитационной работе с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью / О.Г. Струкова, Е.В. Морозова, Е.В. Жукова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Сборник научных статей. – Минск: «Колорград», 2021. - Вып. 23. - С.278-283.

1. The state and dynamics of disability, comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children in the Russian Federation: report / Edited by M.A. Dymochka; Moscow: FSBI FB ITU Ministry of Labor of Russia, 2021; 436 p. (In Russ.)

2. Morozova E.V., Zhukova E.V., Baryshova A.N. Methodological recommendations for executive authorities on social rehabilitation work with families raising children with mental disabilities / under the general editorship of O.G. Strukova. 2022; 89 p. Accessed July 20, 2022. (In Russ.) <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/101>

3. Morozova E.V., Strukova O.G., Novikova I.G., Zhukova E.V., Baryshova A.N. Normative-legal and methodological aspects of the organization of social rehabilitation work with families raising children with mental disabilities. Medical and social problems of disability. 2021; 2: 21-30. (In Russ.)

4. Strukova O.G., Morozova E.V., Zhukova E.V. Organizational approaches to social rehabilitation work with families raising children with mental disabilities. Medical and social expertise and rehabilitation. Collection of scientific articles; Minsk: "Colorgrad", 2021; 23; 278-283. (In Belarus)

УДК 159.99

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УСЛУГ ПО КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Струкова О.Г., Морозова Е.В., Жукова Е.В., Петрова К.А.

ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда Российской Федерации.

Федеральный центр научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов

Москва, Россия

Аннотация

Введение. Представлена краткая характеристика оценки эффективности услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, а также разъяснена актуальность ее использования.

Цель. Раскрыть методические подходы к оценке эффективности услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в рамках реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов.

Материалы и методы. Описываются материалы, использованные при разработке оценки эффективности. Представлены возрастные периоды и этапы оценивания, связанные с ограничениями жизнедеятельности. Описаны критерии оценивания, при проведении диагностики, для последующей оценки эффективности реабилитации.

Результаты. Описаны этапы проведения оценки эффективности (в организации (федеральном учреждении) и в федеральных учреждениях МСЭ). Описан механизм подсчета оценки эффективности реабилитации на каждом из этапов. Описаны особенности проведения оценки, а также приведены конкретные примеры.

Заключение. В настоящее время методика оценки эффективности используется в рамках Пилотного проекта, который реализуется в период с 1 января 2022 г. по 31 декабря 2024 г.

Ключевые слова: дети-инвалиды, система комплексной реабилитации и абилитации, пилотный проект по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, оценка эффективности реабилитации, оценка эффективности комплексной реабилитации, оценка эффективности комплексной реабилитации и абилитации.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Струкова Оксана Гавриловна, канд. мед. наук; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7579-4886>; eLibrary SPIN: 3274-1760; e-mail: lavroks2012@mail.ru.

Морозова Елена Валерьевна, канд. психол. наук; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1897-5776>; eLibrary SPIN: 5261-3551; e-mail: elvamorozova@yandex.ru.

Жукова Евгения Валерьевна; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7640-1818>; eLibrary SPIN: 2596-4043; e-mail: egeni69@bk.ru.

Петрова Карина Алексеевна; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6678-3410>; e-mail: petrovakarina95@gmail.com.

Oksana G. Strukova, PhD; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7579-4886>; eLibrary SPIN: 3274-1760; e-mail: lavroks2012@mail.ru.

Elena V. Morozova, PhD; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1897-5776>; eLibrary SPIN: 5261-3551; e-mail: elvamorozova@yandex.ru.

Evgeniya V. Zhukova; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7640-1818>; eLibrary SPIN: 2596-4043; e-mail: egeni69@bk.ru.

Karina A. Petrova; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6678-3410>; e-mail: petrovakarina95@gmail.com.

Вклад авторов: Авторы равномерно принимали участие в написании статьи.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объекта исследований.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF INTEGRATED REHABILITATION AND HABILITATION SERVICES FOR CHILDREN WITH DISABILITIES

Strukova O.G., Morozova E.V., Zhukova E.V., Petrova K.A.

Federal State Budgetary Institution of the Federal Bureau of Medical and Social Expertise of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation

Federal Centre for Scientific, Methodological and Methodological Support for the Development of Comprehensive Rehabilitation and Habilitation of Disabled and Disabled Children

Moscow, Russia

Abstract

Background. The Introduction section presents a brief description of the assessment of the effectiveness of comprehensive rehabilitation and habilitation services for children with disabilities, as well as the relevance of its use.

Aim. Disclose methodological approaches to assessing the effectiveness of comprehensive rehabilitation and habilitation services for children with disabilities as part of a pilot project for the provision of comprehensive rehabilitation and habilitation services for children with disabilities.

Materials and methods. The Materials and Methods section describes the materials used in the development of the performance assessment. The age periods and assessment stages associated with vital disabilities are presented. Evaluation criteria are described, during diagnosis, for subsequent evaluation of rehabilitation effectiveness.

Results. The "Results" section describes the stages of performance assessment (in the organization (federal institution) and in the federal institutions of ITU). A mechanism for estimating the effectiveness of rehabilitation at each stage is described. The features of the assessment are described, as well as specific examples are given.

Conclusion. Currently, the Efficiency Assessment Methodology is used as part of the Pilot Project, which is implemented from January 1, 2022 to December 31, 2024. This methodology allows.

Key words: children with disabilities, integrated rehabilitation and habilitation system, pilot project on provision of integrated rehabilitation and habilitation services for children with disabilities, evaluation of efficiency of rehabilitation, evaluation of efficiency of integrated rehabilitation, evaluation of efficiency of integrated rehabilitation and habilitation.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS: *

O.G. Strukova - Acting Head of the Federal Center for Scientific, Methodological and Methodological Support for the Development of a System of Comprehensive Rehabilitation and Habilitation of Disabled and Disabled Children - Deputy Head of the Federal State Budgetary Institution of the medical and social expertise Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, Candidate of Medical Sciences.

Morozova E.V. - Head of the Scientific and Methodological Center for Integrated Rehabilitation - Deputy Head of the Federal Center for Scientific, Methodological and Methodological Support for the Development of the System of Integrated Rehabilitation and Habilitation of Disabled and Disabled Children, Candidate of Psychological Sciences; medical psychologist of the highest category;

Zhukova E.V. - Deputy Head of the Scientific and Methodological Center for Improving the Scientific and Methodological Foundations of Social, Psychological, Pedagogical and Professional Rehabilitation and Habilitation of the Federal Center for Scientific, Methodological and Methodological Support for the Development of a System of Comprehensive Rehabilitation and Habilitation of Disabled and Disabled Children - medical psychologist;

Petrova K.A. - Acting Head of the department of scientific and methodological foundations of social, psychological, pedagogical and professional rehabilitation and habilitation - medical psychologist of the Federal Center for Scientific, Methodological and Methodological Support for the Development of a System of Comprehensive Rehabilitation and Habilitation of Disabled and Disabled Children.

Author contribution statement: The authors evenly participated in the design of the study, data collection, analysis and writing of the article.

Studies involving animal subjects: This article does not contain any studies using animals as objects.

Studies involving human subjects: This article does not contain any research involving humans as the subject of research.

Inclusion of identifiable human data: This article does not contain potentially identifiable images or human data.

Введение. Постановлением Правительства Российской Федерации от 17.12.2021 N 2339 «О реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов» утверждены Правила реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов (далее – Правила), в соответствии с которыми, «услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в ходе пилотного проекта приобретаются в пользу детей-инвалидов от 4 до 17 лет включительно, которые проживают (находятся по месту пребывания) на территориях Свердловской и Тюменской областей (далее - пилотные регионы) и которым в ходе реализации пилотного проекта в федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы категория «ребенок-инвалид» установлена впервые и определена нуждаемость в услугах по комплексной реабилитации и абилитации.

Целью пилотного проекта является отработка механизма приобретения услуг по

комплексной реабилитации и абилитации в пользу детей-инвалидов для обеспечения их нужд в целях реализации мер социальной поддержки с использованием электронного сертификата, предусмотренного Федеральным законом «О приобретении отдельных видов товаров, работ, услуг с использованием электронного сертификата».

В соответствии с Правилами для реализации пилотного проекта Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации Приказом Минтруда России от 05.05.2022 г. N 284 утверждена Методика оценки эффективности услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов.

Потребность в оценке эффективности реабилитации и абилитации обусловлена тем, что эффективность рассматривается нами как «многофакторный феномен, характеризующий интегральный уровень достижения поставленных задач» [7]. При этом, как отмечает В.Б. Смычек, на настоящий момент единые подходы к ее оценке отсутствуют [6]. Это обстоятельство обусловлено тем, что в отсутствие единых стандартов оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации, проводилась лишь оценка эффективности вмешательств в рамках реализации различных реабилитационных стратегий с использованием разнообразных диагностических методик (тестов и шкал), в том числе не всегда стандартизированных и валидных, что в конечном итоге не позволяло объективно оценить динамические изменения после завершения курса реабилитационных мероприятий. Применение данной методики, на наш взгляд, будет способствовать выработке единых подходов к оценке эффективности реабилитации и абилитации в условиях применения стандартов, в том числе создаст возможность ее оценки на выборке большого объема, что особенно востребовано для оценки результатов пилотного проекта.

Данная методика была апробирована на базе ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России и прошла согласование с ведущими научными организациями (ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, СПБИУВЭК, ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России и др.), а также с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Методика определяет правила оценки организациями, федеральными учреждениями и федеральными учреждениями МСЭ эффективности услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, оказанных в организациях и федеральных учреждениях.

Цель. Раскрыть методические подходы к оценке эффективности услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в рамках реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов.

Материалы и методы Методической основой методики оценки эффективности стали разработки д.м.н., профессора Г.В. Вольнец, д.м.н. М.А. Школьниковой «Балльная система определения степени ограничений в социально значимых категориях жизнедеятельности у детей» (далее – Методика оценки), а также Методика оценки эффективности реабилитации инвалидов, разработанная и апробированная д.м.н., профессором В.А. Бронниковым и д.м.н. Ю.А. Мавликаевой.

Методика оценки разработана в рамках исследования, проводимого при финансовой поддержке Гранта РФФИ в рамках научного проекта № 19-29-14098 «Разработка системы определения степени ограничений в социально значимых категориях жизнедеятельности на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) у детей разного возраста».

В основе Методики оценки лежат ограничения жизнедеятельности (ОЖД), предусмотренные приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 августа 2019 г. № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», к которым могут приводить нарушения здоровья со стойкими расстройствами функций организма, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами [3].

Вместе с тем, Методика оценки рассматривает ОЖД с точки зрения их социальной значимости и с учетом положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) для детей различных возрастных периодов.

К социально значимым категориям жизнедеятельности детей относятся:

- способность к передвижению, которую МКФ рассматривает как «Мобильность»;
- способность к самообслуживанию, которую МКФ рассматривает как «Самообслуживание» и «Бытовая жизнь»;
- способность к обучению, которую МКФ рассматривает как «Обучение и

применение знаний»;

- способность к общению, которую МКФ рассматривает как «Общение»;
- способность к ориентации;
- способность контролировать своё поведение.

Тестирование проводится с оценкой каждого критерия, характеризующего способности ребенка к выполнению действий, относящихся к рассматриваемым категориям жизнедеятельности, с учетом возраста и этапов становления различных функций, обеспечивающих эти способности. Каждый критерий оценивается по четырехбалльной шкале (Таблица 1).

Таблица 1. Оценка критериев, характеризующих способности ребенка к выполнению действий, относящихся к рассматриваемым категориям жизнедеятельности

Оцениваемые показатели	Категории жизнедеятельности						Оцениваемые показатели	Категории жизнедеятельности					
	Обучение и применение знаний	Общение	Ориентация	Мобильность	Самобслуживание	Контроль за своим поведением		Обучение и применение знаний	Общение	Ориентация	Мобильность	Самобслуживание	Контроль за своим поведением
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Правильно произносит все звуки, кроме «р», «л», шипящих	3	3					Не может правильно произносить все звуки, кроме «р», «л», шипящих	0	0				
Рисует плоскую спираль с одним пересечением	3			3			Не рисует плоскую спираль с одним пересечением	0			0		
Помещает большой и маленький круг на шаблонные доски (диаметр 10 и 6 см)	3		3	3			Не может поместить большой и маленький круг на шаблонные доски (диаметр 10 и 6 см)	0		0	0		
Помещает на шаблонные доски квадрат, треугольник и большой круг	3		3	3			Не может поместить квадрат, треугольник и большой круг на шаблонные доски	0		0	0		

Способность самостоятельно выполнять какое-либо действие в соответствии с возрастной нормой, которая определяется согласно Мюнхенской функциональной диагностике развития детей, созданной в Мюнхенском университете и Институте социальной педиатрии (Г.И.Келер, Х.Д.Эгелькраут) [8] и критериям физиологии роста и развития детей, соответствует 3 баллам. Если какой-либо навык не выполняется в том возрасте, когда он должен выполняться ребенком (или отставание в его выполнении на один возрастной период), он оценивается в 2 балла. Отставание в освоении (выполнении) ребенком определенного навыка на два возрастных периода оценивается в 1 балл, на три возрастных периода — в 0 баллов.

Для определения возрастного срока задержки в формировании того или иного навыка, тестирование проводится за три возрастных периода, предшествующих возрасту ребенка на момент его проведения.

После этого проводится вычисление суммарного показателя степени нарушений каждого критерия, характеризующего способности, относящиеся к рассматриваемым категориям жизнедеятельности. Суммарное количество набранных при тестировании баллов для каждого возрастного периода рассчитывается в процентном отношении к возрастной норме баллов (Таблица 2).

Таблица 2. Суммарный показатель диагностики ребенка-инвалида (максимальное количество баллов (МРП), при проведении диагностики ребенка в соответствии с основными возрастными периодами)

№ п/п	Возраст ребенка	Общее количество вопросов	Категории МКФ					
			Обучение	Общение	Ориентация	Мобильность	Самообслуживание	Контроль поведения
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	4 года	151	300	210	222	234	174	126
2.	5 лет	185	333	255	252	288	222	138
3.	6 лет	184	315	255	225	282	213	120
4.	7 лет	178	291	276	291	264	219	156
5.	10 лет	141	249	255	261	153	126	174
6.	15 лет	151	231	216	258	216	201	195
7.	17 лет	83	108	108	141	132	132	123

МКФ предлагает определять степень ограничений активности и участия в соответствии со следующей шкалой: отсутствие ограничений — снижение на 0-4%, незначительные ограничения — снижение на 5-24%, умеренно выраженные ограничения — снижение на 25-49%, тяжелые ограничения — снижение на 50-95%, абсолютные ограничения — снижение на 96-100%.

В соответствии с этим, отсутствие ограничений в той или иной категории жизнедеятельности соответствует снижению количества набранных относительно возрастной нормы баллов на 0-4%.

Незначительные ограничения в той или иной категории жизнедеятельности соответствуют снижению количества набранных при тестировании баллов на 5-24% от возрастной нормы.

Умеренные ограничения соответствуют снижению количества набранных при тестировании баллов на 25-49% от возрастной нормы.

Тяжелые ограничения соответствуют снижению количества набранных при тестировании баллов на 50-95% от возрастной нормы.

Снижение количества набранных при тестировании баллов на 95% и более от возрастной нормы соответствует абсолютным нарушениям (таблицы 17- 31).

Для оптимизации работы по определению степени ограничений в социально значимых категориях у детей разного возраста в России разработана и запатентована компьютерная программа.

Результаты исследования

На практике оценка эффективности проводится в два основных этапа:

- первый этап осуществляется в организации (федеральном учреждении):
- второй этап – в федеральных учреждениях МСЭ.

Суммарный показатель результатов первичной и контрольной диагностик, а также результат эффективности реабилитации организация (федеральное учреждение) заносит в «Реабилитационную (абилитационную) карту проведения комплексной реабилитации и абилитации ребенка инвалида» (утвержденную приказом Минтруда России от 31.03.2022 N 188 «Об утверждении форм документов для организации и приобретения комплексной реабилитации и абилитации в пользу детей-инвалидов и порядка их формирования для цели реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов») (Реабилитационная карта) и форму сведений о результатах оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, о фактически оказанных услугах и об объеме таких услуг для оценки эффективности их проведения (утвержденную Приказом Минтруда России от 05.05.2022 г. N 283) (Форма сведений) и направляет в учреждение МСЭ в срок не позднее 5 рабочих дней после окончания курса оказания услуги по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида.

Рисунок 1. Компьютерная программа «Балльная система определения степени ограничений в социально значимых категориях жизнедеятельности у детей»

**БАЛЛЬНАЯ СИСТЕМА
ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОГРАНИЧЕНИЙ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Научно-исследовательский
клинический институт
педиатрии имени академика
Ю. Е. Вельтишера

Российский Национальный
Исследовательский
Медицинский Университет
им. Н.И. Пирогова

О ПРОГРАММЕ

ШКАЛА

ФИО(обязательное поле)

Дата рождения(обязательное поле)

Пол(обязательное поле) Женский Мужской

Дата внонта(обязательное поле)

МКБ-10 [кликнуть для просмотра](#)

Основной диагноз:

Сопутствующие диагнозы:

Осложнения:

Рисунок 2. Этапы оценки эффективности



Оценка эффективности рассчитывается по специальной формуле, предложенной В.А. Брониковым и Ю.А. Мавлекаевой и соотносится с градацией в зависимости от степени нарушенных функций.

$$ЭР = (РП2-РП1) / МРП \cdot 100(\%), \text{ где}$$

ЭР - эффективность реабилитации;

РП1 – суммарный показатель до реабилитации (результаты первичной диагностики);
 РП2 – суммарный показатель после реабилитации (результаты контрольной диагностики);
 МРП - максимальный реабилитационный потенциал, максимальное количество баллов при проведении оценки (данное количество баллов уже приведено в Методике оценки для каждой возрастной группы).

Далее эффективность реабилитации вычисляется исходя из выраженности нарушений [5] (таблица 1).

Таблица 3 - Эффективность реабилитации (%)

Эффективность реабилитации	Степень выраженности нарушений (по результатам диагностики) (п. 11)			
	Незначительные ограничения (10-24%)	Умеренные ограничения (25—49%)	Тяжелые ограничения (50—95%)	Абсолютно-выраженные ограничения (95—100%)
Высокая	15—25	25—50	20—35	10—15
Удовлетворительная	10—14	15—24	10—19	5—9
Незначительная	5—14	5—9	5-14	1-4
Без динамики	0—4	0—4	0—4	0—0,9

Пример. По результатам диагностики ребенка-инвалида 12-ти лет суммарный показатель по категории ограничения жизнедеятельности «способность к самообслуживанию» при первичной диагностике составил 66 баллов, при контрольной – 84 балла. Максимальное количество баллов для данной категории ограничения жизнедеятельности (Приложение 1.8 Приказа) в соответствии с возрастом – 126 баллов.

Таким образом, ЭР = $(84-66) / 126 \cdot 100(\%)$,

ЭР = 14%.

Соотносим со степенью выраженности нарушений в категории «самообслуживание». По результатам первичной диагностики этот показатель составил 84 балла, что соответствует (согласно приложению 1.5) тяжелым ограничениям (11-111 баллов). Показатель эффективности 14% при тяжелых ограничениях соответствует удовлетворительной эффективности реабилитации.

На втором этапе оценка эффективности проводится учреждениями МСЭ после поступления из организации (федерального учреждения) данных первого этапа оценки эффективности в Форме сведений в течение 10 рабочих дней проводит анализ сведений о фактически оказанных услугах, их объеме и оценки эффективности в процентах.

Эффективность реабилитации рассчитывается исходя из нарушенных функций и может быть определена как: высокая, удовлетворительная, незначительная или без динамики:

1. Оценка эффективности комплексной реабилитации проводится по следующим показателям (Таблица 4):

Таблица 4. Показатели эффективности комплексной реабилитации при оценке в федеральных учреждениях МСЭ

№ п/п	Критерии оценки эффективности реабилитации	Полностью (2 балла)	Частично (1 балл)	Отсутствует (0 баллов)
1	Полнота реализованных мероприятий			
2	Количество полученных мероприятий (объем мероприятий)			
3	Эффективность реабилитации в %			
4	Результаты реабилитации			

4.1	сформирована способность к самообслуживанию			
4.2	сформированы (восстановлены) навыки бытовой деятельности			
4.3	сформирован (восстановлен) социально-средовой статус			
4.4	сформированы (компенсированы) функции общения			
4.5	Сформированы (компенсированы) функции контроля за своим поведением			
4.6	достигнута психологическая коррекция мотиваций к обучению			
5	Проведена профориентация (с 14 лет)			
6	Повышен уровень родительской компетенции			
	Общий балл			

Раздел «Полнота реализованных мероприятий» оценивается исходя из того насколько полно были реализованы все направления реабилитации и абилитации, обозначенные в стандарте (социально-бытовая, социально-средовая реабилитация, социально-педагогическая, социально-психологическая, социокультурная, профориентация, адаптивная физическая культура).

Если все мероприятия реализованы в соответствии со стандартом, то ставится - 2 балла; если мероприятия предоставлялись не в полном объеме (уменьшение количества мероприятий по одному из направлений за счет значительного увеличения другого – 1 балл), отсутствие охвата одного из направлений реабилитации и абилитации, обозначенных в стандарте – 0 баллов.

2. Раздел «Количество полученных мероприятий (объем мероприятий)» заполняется исходя из количества фактически реализованных мероприятий.

Если ребенку было проведено 120 мероприятий – то ставится 2 балла, если от 60 до 119 – 1 балл, менее 60 – 0 баллов (п. 27. Формы сведений).

3. Раздел «Эффективность реабилитации» заполняется по результатам ее оценки в организации (федеральном учреждении) (п.29 Формы сведений).

В случае, если эффективность реабилитации определена как высокая и удовлетворительная, то ставится 2 балла, если - незначительная, то 1 балл, если динамика отсутствует – 0 баллов.

4. Раздел «Результаты реабилитации» заполняется по результатам сведений от организаций (федеральных учреждений) исходя из бальной оценки по каждому показателю (способность к самообслуживанию, способность к передвижению, способность к общению, способность к обучению, способность контролировать свое поведение (п. 28 Формы сведений).

В случае, если эффективность реабилитации определена по каждому показателю (как высокая и удовлетворительная, то ставится 2 балла, если - незначительная, то 1 балл, если динамика отсутствует – 0 баллов.

5. Оценка показателя «Профориентация» (у детей с 14 лет) проводится исходя из анализа п.26 Формы сведений (раздел Профориентация). Профориентация считается проведенной полностью, если по данному направлению было реализовано не менее 8 мероприятий, частично проведенной – от 3 до 7 мероприятий, не проведенной – 1- 2 мероприятия.

6. Оценка повышения родительской компетентности оценивается по Форме сведений (п.30). Если уровень родительской компетенции повышен полностью ставится – 2 балла, если частично- 1 балл, если без изменений – 0 баллов.

7. Для оценки эффективности все полученные баллы суммируются по графам и строкам. Реабилитация признается эффективной, если общее количество баллов составляет 5 и более.

8. В случае, когда по результатам оценки эффективности реабилитационных мероприятий реабилитация и абилитация ребенка-инвалида признается неэффективной (без динамических изменений) проводится анализ причин:

— реабилитационные мероприятия реализованы частично по причине нерегулярной включенности получателя услуг в реабилитационный процесс (по состоянию здоровья);

— реабилитационные мероприятия реализованы частично по причине отказа получателя услуг от того или иного вида, формы и объема мероприятий по комплексной реабилитации;

— реабилитационные мероприятия не реализованы по причине отказа получателя услуг от реализации мероприятий по комплексной реабилитации;

— реабилитационные мероприятия реализованы частично по причине их неоказания со стороны поставщика услуг;

— реабилитационные мероприятия не реализованы по причине по причине их неоказания со стороны поставщика услуг;

— другие причины неисполнения мероприятий, при согласии получателя услуг на их реализацию;

9. По результатам оценки эффективности заполняется форма «Оценка эффективности услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов».

Таблица 5. Результаты оценки достижения цели оказания ребенку-инвалиду услуг по комплексной реабилитации и абилитации

ограничения основных категорий жизнедеятельности ребенка-инвалида		цель					
		достигнута полностью (полное или частичное устранение ограничения жизнедеятельности со снижением степени его выраженности на 1 и более)		достигнута частично (полная или частичная компенсация ограничения жизнедеятельности без снижения степени его выраженности на 1)		не достигнута (компенсация ограничения жизнедеятельности отсутствует)	
21.1.	ограничение способности к самообслуживанию (из п. 18.1)	21.1.1.	<input type="checkbox"/>	21.1.2.	<input type="checkbox"/>	21.1.3.	X
21.2.	ограничение способности к передвижению (из п. 18.2)	21.2.1.	<input type="checkbox"/>	21.2.2.	<input type="checkbox"/>	21.2.3.	X
21.3.	ограничение способности к общению (из п. 18.3)	21.3.1.	<input type="checkbox"/>	21.3.2.	X	21.3.3.	<input type="checkbox"/>
21.4.	ограничение способности к ориентации (из п. 18.4)	21.4.1.	<input type="checkbox"/>	21.4.2.	<input type="checkbox"/>	21.4.3.	X
21.5.	ограничение способности к обучению (из п. 18.5)	21.5.1.	<input type="checkbox"/>	21.5.2.	X	21.5.3.	<input type="checkbox"/>
21.6.	ограничение способности к контролю за своим поведением (из п. 18.6)	21.6.1.	<input type="checkbox"/>	21.6.2.	<input type="checkbox"/>	21.6.3.	X
21.7.	ограничение способности к трудовой деятельности (из п. 18.7) (проведена профориентация)	21.7.1.	<input type="checkbox"/>	21.7.2.	<input type="checkbox"/>	21.7.3.	<input type="checkbox"/>

Заключение. В настоящее время Методика оценки эффективности используется в рамках Пилотного проекта, который реализуется в период с 1 января 2022 г. по 31 декабря 2024 г.

Конфликт интересов: Авторы подтверждают отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 17.12.2021 N 2339 «О реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов» [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_404276/ (дата обращения: 18.07.2022). [Decree of the Government of the Russian Federation of 17.12.2021 No. 2339 «On the implementation of a pilot project for the provision of services for the comprehensive rehabilitation and habilitation of children with disabilities» (In Russ.).]
2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18.12.2021 N 3711-р «Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года» [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_405017/ (дата обращения: 18.07.2022). [Decree of the Government of the Russian Federation of 18.12.2021 No. 3711-r «On the approval of the Concept for the development in the Russian Federation of a system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people, including children with disabilities, for the period until 2025» (In Russ.).]
3. Вольнец, Г.В. Детская инвалидность и балльная система определения степени ограничений в социально значимых категориях / Г.В.Вольнец, М.А.Школьников // ГЭОТАР-Медиа.: 2022. – 376с. [Volynets G.V., Shkol'nikova M.A. Child disability and a point system for determining the degree of restrictions in socially significant categories. GEOTAR-Media. 2022/ 376p. (In Russ.).]
4. Ивашкина, Ю.Ю. Реабилитационный потенциал инвалидов и детей-инвалидов. Информационно-методические материалы для специалистов домов-интернатов для детей с отклонениями в умственном развитии, психоневрологических интернатов, центров содействия семейному воспитанию / Ю.Ю.Ивашкина // Электронный журнал «Практика социальной работы. Открытый методический ресурс». - 2020. - № 3. - [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://центрсемья.рф/> (дата обращения: 18.07.2022). [Ivashkina Yu.Yu. Rehabilitation potential of disabled and disabled children. Information and methodological materials for specialists of boarding houses for children with mental disabilities, neuropsychiatric boarding schools, centers for promoting family education. Electronic journal "Practice of social work. Open Methodological Resource", 2008, no. 3. (In Russ.).]
5. Мавликаева, Ю.А. Оценка эффективности комплексной реабилитации инвалидов в условиях специализированного центра / Ю.А.Мавликаева, В.А.Бронников // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина, 2010. - №4. - С.316-319. [Mavlikaeva Yu.A., Bronnikov V.A. Evaluation of the effectiveness of comprehensive rehabilitation of persons with disabilities in a specialized center. Bulletin of the Peoples' Friendship University of Russia. Series: Medicine, 2010, no. 4, pp.316-319. (In Russ.).]
6. Смычек, В.Б. Реабилитация больных и инвалидов / В.Б.Смычек - М.: Медицинская литература, 2009. – 560 с. [Smychek V.B. Rehabilitation of the sick and disabled. Moscow, Medical literature, 2009. 560p. (In Russ.).]
7. Солохина, Т.А., Проблемы оценки эффективности психосоциальной реабилитации и лечения: область вмешательств, инструменты и критерии оценки / Т.А.Солохина, В.Г.Митихин, В.В.Ястребова, Г.В.Тюменкова //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – №12. – С. 154-161. [Solokhina T.A., Mitikhin V.G., Yastrebova V.V., Tyumenkova G.V. Challenges in assessing the effectiveness of psychosocial rehabilitation and treatment: area of intervention, tools and evaluation criteria. Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov, 2019, no.12, pp. 154-161. (In Russ.).]
8. Хельбрюгге, Т. Мюнхенская функциональная диагностика развития. Первые три года жизни. Т.Хельбрюгге, Ф.Лайоши под ред. Ф.Л.Ратнер, М.А.Уткузовой – Казань : Центр инновационных технологий, 2004. [Khel'bryugge T., Laioshi F. Munich functional diagnosis of development. The first three years of life. Kazan, Innovation Technology Center, 2044. (In Russ.).]
9. Чигарова, И.И. Комплексная оценка реабилитационного потенциала детей с ограниченными возможностями Диагностическая карта ребенка / И.И. Чигарова. // Практические рекомендации. – Казань: Офсет-Сервис, 2017 – 32 с. [Chigarova I.I. Comprehensive assessment of the rehabilitation potential of children with disabilities Child diagnostic card. Practical recommendations. Kazan, Offset Service, 2017. 32p. (In Russ.).]

ТЕХНОЛОГИИ ОКАЗАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ТЯЖЕЛЫМИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ НА ДОМУ

Познякова Е.А.

Государственное бюджетное учреждение Самарской области «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»
Самара, Россия

Аннотация

Введение. В настоящее время в Самарском регионе существует проблема доступности реабилитационной помощи детям с тяжелыми множественными нарушениями развития, в том числе проживающим в отдаленных районах: охват детей-инвалидов, имеющих тяжелые множественные нарушения, составляет не более 1%. Эффективность реабилитации напрямую зависит от среды, где происходит взаимодействие и работа специалистов с ребенком. В домашней среде рядом со значимыми близкими ребенок начинает проявлять активность, самостоятельность и эффективно отрабатывать различные умения и навыки.

Цель. Организация доступной реабилитационной помощи детям с тяжелыми множественными нарушениями развития на дому, в том числе в дистанционной форме.

Материалы и методы. Проект «Выездная реабилитационная бригада» реализуется в Самарской области с 2019 года и включает в себя оказание социально-психологических, социально-педагогических и социально-медицинских услуг детям-инвалидам и их семьям на дому, а также обучение родителей взаимодействию с ребенком, правильному позиционированию, безопасному перемещению и развивающему уходу Kinaesthetics. В период пандемии Covid-19 реабилитационные центры Самарской области активно применяли дистанционные технологии с целью непрерывности реабилитационного процесса и поддержки родителей детей-инвалидов.

Результаты. Создание мультидисциплинарной бригады и организация на базе учреждений социальной защиты Самарской области выездной службы для оказания индивидуальной реабилитационной помощи на дому даст возможность обеспечения своевременной доступной социальной поддержкой семей, воспитывающих детей с тяжелыми множественными нарушениями развития путем внедрения стационарзамещающей технологии на региональном уровне. Обучение родителей правильному позиционированию, безопасному перемещению и развивающему уходу, подбор специальных приспособлений для облегчения поддержания у ребенка правильной позы, в значительной степени снижает риск развития вторичных осложнений у ребенка и заболеваний опорно-двигательного аппарата ухаживающих. Дистанционная форма работы позволила проводить практические обучающие занятия с родителями по формированию у детей-инвалидов социально-бытовых навыков, навыков самообслуживания, общения, созданию доступной развивающей среды и приспособлению к окружающей действительности. Одна из особенностей занятий с детьми с ОВЗ в дистанционной форме заключается в том, что родители являются непосредственными участниками коррекционного процесса.

Заключение. Представленные технологии имеют большую практическую значимость, особенно в период пандемии, так как дают возможность создания непрерывного реабилитационного пространства, необходимого ребенку с ограниченными возможностями, в условиях комфортной окружающей среды, которая подходит для отработки различных навыков и умений, а также дает ему ощущение безопасности, шанс быть активным и проявлять самостоятельность.

Ключевые слова: дети с тяжелыми множественными нарушениями, реабилитация на дому, дистанционная реабилитация, «Выездная реабилитационная бригада», позиционирование, развивающий уход.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Познякова Елена Александровна – кандидат медицинских наук, врач педиатр, заместитель директора по лечебной работе, государственное бюджетное учреждение Самарской области «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», адрес: 443096, г. Самара, ул.Чернореченская, д. 36; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5277-1817>; e-mail: doctorpoznyakova@rambler.ru

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объектов исследований.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

TECHNOLOGIES OF REHABILITATION ASSISTANCE TO CHILDREN WITH SEVERE MULTIPLE DISORDERS AT HOME

Poznyakova E.A.

State budgetary institution of the Samara region "Regional rehabilitation center for children and adolescents with disabilities"

Samara, Russia

Abstract

Background. Currently, there is a problem in the Samara region with access to rehabilitation care for children with severe multiple developmental disorders, including those living in remote areas. The rehabilitation care coverage of disabled children with severe multiple disorders is no more than 1%. The rehabilitation effectiveness directly depends on the environment where the interaction and work of specialists with the child takes place. At home, next to relatives, the child begins to show activity, independence and effectively develop various skills and abilities.

Aim. To organize affordable rehabilitation care for children with severe multiple developmental disorders at home, including remote interactions.

Materials and methods. The Samara Region implemented the «Mobile Rehabilitation Team» project since 2019. It includes socio-psychological, socio-pedagogical and socio-medical services to disabled children and their families at home, such as teaching parents how to interact with the child, correct body positioning, safe movement and developmental care system «Kinaesthetics». During Covid-19 pandemic, Samara Regional rehabilitation centers actively used remote technologies to ensure rehabilitation process continuity and support the parents of disabled children.

Results. Samara region Multidisciplinary team creation and organized outreach service for individual rehabilitation assistance at home on the basis of social protection institutions will provide an opportunity for timely affordable social support to families raising children with severe multiple developmental disorders through the introduction of hospital-replacing technology at the regional level. Teaching parents to correct positioning, safe movement and developmental care, selection of special devices to facilitate the maintenance of the correct posture in the child, significantly reduces the risk of developing secondary child complications and musculoskeletal system diseases of caring parents. The remote assistance made it possible to conduct practical training sessions with parents on the formation of social and everyday skills, self-service skills, communication, creating an accessible developmental environment and adapting to the surrounding reality for children with disabilities. One of the features of distance learning with disability children is that parents directly participate in the correctional process.

Conclusion. The presented technologies are of great practical importance, especially during Covid-19 pandemic, as a continuous rehabilitation space created for child with disabilities needs, in a suitable comfortable environment for practicing various skills and abilities, and gives security sense for him, with a chance to be active and independent.

Key words: children with severe multiple disabilities, home rehabilitation, distance modes of rehabilitation, "Mobile Rehabilitation Team", positioning, developmental care.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Poznyakova Elena Alexandrovna, PhD of Medical Sciences, MD, Deputy Director of the medical work, State budgetary institution of the Samara region "Regional rehabilitation center for children and adolescents with disabilities", 443096, Samara, Chernorechenskaya street, 36; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5277-1817>; e-mail: doctorpoznyakova@rambler.ru

Ethics statements:

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: No human studies are presented in this manuscript.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение. Важнейшим вопросом современного общества является проблема детской инвалидности с учетом ее медицинского, социального, нравственного и экономического аспектов. За последние десятилетия как в Российской Федерации, так и в Самарской области, отмечается тенденция к росту детской инвалидности, которая отражает уровни здоровья детского населения. По данным Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации общая численность детей-инвалидов в России неуклонно увеличивается.

Актуальность проблемы. В Самарской области на 01.01.2022 инвалидность имеют 12424 ребенка (на 582 больше, чем в 2021 году). Выявление тяжелых нарушений здоровья у детей и, как следствие, установление статуса «ребенок-инвалид» обуславливает привлечение дополнительных средств государства, снижая качество жизни населения, ограничивая трудовые ресурсы, как в настоящем, так и в будущем, и в целом темпы развития страны. В настоящее время в регионе существует проблема доступности реабилитационной помощи детям с тяжелыми множественными нарушениями развития, в том числе проживающим в отдаленных районах: охват детей-инвалидов, имеющих тяжелые множественные нарушения, составляет не более 1%. Современный ребенок с тяжелыми множественными нарушениями развития (далее – ТМНР) – это чаще всего ребенок с тяжелой формой детского паралича, осложненной соматическими, сенсорными, интеллектуальными и речевыми нарушениями. Реализация прав и свобод ребенка с ТМНР напрямую зависит от объема и качества системы его повседневной поддержки [1]. Двигательные нарушения при церебральном параличе не прогрессируют, однако со временем, в большинстве случаев, состояние ребенка может ухудшиться за счет возникновения у него вторичных ортопедических осложнений и деформаций, которые усугубляют тяжесть двигательных нарушений и часто требуют оперативного лечения. Основными средствами профилактики этих осложнений являются регулярная двигательная активность и правильное позиционирование ребенка с использованием, при необходимости, технических средств реабилитации (ТСР). Церебральный паралич невозможно вылечить, но родители могут поспособствовать развитию ребенка, дать ему шанс на максимальную реализацию возможностей и достижения, обеспечить сохранение максимальной независимости в повседневных ситуациях, увеличить его потенциал и предотвратить осложнения [2]. Эффективность реабилитации напрямую зависит от среды, где происходит взаимодействие и работа специалистов с ребенком. Комфортная среда – это среда, в которой ребенок чувствует себя хорошо и спокойно. В такой среде ребенок адаптируется на базе существующих у него механизмов приспособления к окружению и регуляции поведения. Примером комфортной среды может быть привычная домашняя обстановка со значимыми близкими рядом, в ней ребенок отдыхает, восстанавливая физические и психические силы. Комфортная среда нужна, чтобы помочь ребенку успокоиться, если он испытывает тревогу, в ней ему не нужно тратить силы на адаптацию и регуляцию поведения, поэтому именно в такой среде ребенок начинает проявлять активность, самостоятельность и эффективно отрабатывать различные умения и навыки.

Цель исследования. Повышение качества реабилитационных услуг путем организации доступной помощи детям с тяжелыми множественными нарушениями развития на дому, в том числе в дистанционной форме.

Материалы и методы. В связи со сложившейся санитарно-эпидемиологической ситуацией и введением всеобщего локдауна реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями Самарской области с целью продолжения реабилитационного процесса и поддержки родителей в период с апреля по август 2020 г. перевели реабилитационные услуги в дистанционный формат. Всего за прошедший период реабилитационная помощь была оказана более 700 детям с ограниченными возможностями, из них около 65% - это дети-инвалиды. В оказании услуг в такой форме работы было задействовано более 200 специалистов (психологи, логопеды, дефектологи, инструктора ЛФК и др.), оказано 1150 курсов реабилитации. Данный формат взаимодействия с семьей ребенка, имеющего особенности в развитии, позволил сохранить основные принципы реабилитации: непрерывность, комплексность и приверженность к лечению. Одна из особенностей дистанционных занятий с детьми с ОВЗ заключается в том, что родители (законные представители) являются непосредственными участниками коррекционного процесса. Информирование, консультирование специалистами, максимальная вовлеченность в проведение занятий, постоянная «обратная связь» (Zoom, скайп, вайбер) позволили выстроить с родителями эффективное взаимодействие и привели к положительным результатам работы. При дистанционной работе возможен выбор времени и продолжительности проведения занятия, исходя из индивидуальных особенностей ребенка. Учитывая то, что многие родители впервые

оказались участниками дистанционного процесса, им была оказана психологическая поддержка и предложены рекомендации по выстраиванию оптимально эффективной деятельности с ребенком: адаптация пространства (устройства удобного места для занятий, отсутствие отвлекающих факторов); подбор способов мотивации ребенка к продуктивной деятельности, преодоления нежелательного поведения; особенности взаимодействия родителя с ребенком в роли наставника. Психокоррекционная работа с применением дистанционных технологий наиболее эффективно способствовала развитию эмоционально-волевой сферы и высших психических функций ребенка, снижала эмоциональное напряжение и уровень тревожности. Педагоги-психологи направляли программу занятий на коррекцию эмоционально-волевой сферы, используя методы арттерапии, игротерапии, психогимнастики, телесно-ориентированные игры и элементы сенсорной интеграции. Привычная для ребенка обстановка и постоянная поддержка значимых близких помогала специалистам повысить эффективность коррекционной работы по данному направлению. Занятия учителей – дефектологов проводились по индивидуальной коррекционной программе, составленной по результатам диагностики.

Важной составляющей работы учителя-логопеда в период пандемии являлось взаимодействие с родителями и применение комплексного подхода к развитию и коррекции речи: работа по нормализации артикуляционного праксиса, обучение родителей методу альтернативной и дополнительной коммуникации. Специалисты рекомендовали игры и упражнения, направленные на коррекцию дыхания, просодики, мелкой моторики, совершенствование слоговой структуры слова и лексико-грамматического строя речи, развитие фонематического восприятия, кинезиологические упражнения и релаксацию. Дистанционная форма работы позволила проводить практические обучающие занятия с родителями или иными законными представителями по формированию у детей-инвалидов социально-бытовых навыков, навыков самообслуживания, общения, созданию доступной развивающей среды и приспособлению к окружающей действительности. В домашних условиях, как нигде, возможна эффективная отработка навыков практической жизни, самообслуживания и развития самостоятельности ребенка.

Дистанционная форма занятий ЛФК с детьми с церебральным параличом и другими нарушениями движения, включала комплексы физических упражнений со сценариями разной сложности, направленные на синхронность, тренировку равновесия и координации, а также на увеличение мышечной силы, объема и амплитуды движений. Материалы занятий направлялись родителям в виде презентаций, видеозаписей, наглядного демонстрационного материала еженедельно. Планы тренировок, их количество, длительность и интенсивность формировались инструктором в зависимости от физического состояния ребенка, характера его двигательных нарушений и согласовывались в индивидуальном порядке с родителями или законными представителями. Для дистанционных занятий использовались общие и частные методики ЛФК: лечебная гимнастика, комплексы при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, нарушениях осанки, заболеваниях ЦНС и дыхательной системы, суставная гимнастика. В основе данных форм занятий лежат физические упражнения с направленными лечебно-профилактическими целями: общеукрепляющие, специальные и корректирующие. Доступность видеоматериалов на электронных ресурсах позволило родителям самостоятельно регулировать время начала и длительность тренировки, учитывать режимные моменты и настроение ребенка, а также выбирать те комплексы занятий, которые ему в большей степени нравятся и в которых он наиболее успешен. Эффективность ЛФК в дистанционном формате также была связана с наилучшим восприятием ребенком визуальной информации, чем слуховой и тактильной (карточки, наглядные изображения упражнений, видеозаписи тренировок) и возможностью многократного повторения комплексов по окончании курса. С 2020 года по настоящее время специалисты продолжают оказывать реабилитационные услуги в дистанционной форме детям-инвалидам, которые по тем или иным причинам не могут попасть в реабилитационные центры (дальность проживания, тяжесть состояния и т.п.).

В конце 2019 года на базе ГБУ СО «ОРЦДиПОВ» для обеспечения своевременной доступной помощи семьям, воспитывающим детей с тяжелыми множественными нарушениями развития, была создана и начала функционировать «Выездная реабилитационная бригада». Служба организована в процессе реализации государственной программы «Доступная среда в Самарской области на 2014-2020 годы», подпрограммы «Формирование и совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов в Самарской области» и приобрела особую актуальность в период пандемии COVID-19. Состав выездной реабилитационной бригады формируется в зависимости от необходимых услуг,

предоставляемых ребенку и его семье, и включает в себя педагога-психолога, учителя логопеда/дефектолога, врача-невролога, врача-педиатра, медицинскую сестру по массажу, инструктора по ЛФК. Командный принцип организации работы является основным и максимально эффективным в системе реабилитационной помощи детям с двигательными нарушениями. Междисциплинарная команда формируется только из тех специалистов, помощь которых действительно необходима конкретному ребенку или его семье. Организация плановых выездов специалистов в семьи с детьми-инвалидами с тяжелой патологией нервной системы и заболеваниями опорно-двигательного аппарата, которые по причине тех или иных условий не могут пройти курс реабилитации в учреждении, осуществляется в течение 10 дней.

Результаты. Команда специалистов проводит первичное консультирование и оценку уровня развития ребенка, составляет индивидуальную программу реабилитационной помощи, в которую включены услуги по физической терапии, психолого-педагогическая коррекция, нейрологопедическая поддержка, а также обучение родителей правильному позиционированию, безопасному перемещению и подбору специальных приспособлений для облегчения поддержания у него правильной позы. Для ребенка с двигательными нарушениями поддержание позы часто является непростой моторной задачей. Если при наличии сенсорных опор и поддержек ребенок с ней справляется, то это может помочь ему постепенно освоить позу и научиться удерживать ее самостоятельно [3]. При этом длительное пребывание в патологических позах и невозможность самостоятельной смены позы может привести к развитию вторичных осложнений, деформаций позвоночника, формированию контрактур. Правильно организованное безопасное перемещение должно стать для семьи ребенка с двигательными нарушениями частью так называемого развивающего ухода Kinaeshtetics. Данная концепция тематизирует развитие двигательной компетентности в рамках ухода за людьми с особыми потребностями, престарелыми людьми, детьми с ограниченными возможностями. Техники Kinaeshtetics применяются в профессиональном уходе на дому, в стационарных учреждениях здравоохранения и социального обслуживания, в реабилитационном процессе. Зачастую человек чувствует себя больным или ограниченным, если не может самостоятельно выполнять движения, необходимые в повседневной жизни. Основная задача ухаживающего состоит в том, чтобы помогать подопечному выполнять повседневные действия так, чтобы это было в равной мере полезно для развития здоровья их обоих [4]. Специалист по развивающему уходу (невролог, педиатр) демонстрирует во время консультирования родителям принципы правильного перемещения и обучения ребенка в процессе перемещения двигательным переходам, используя техники развивающего ухода Kinaeshtetics. Для обеспечения правильного позиционирования выездная реабилитационная бригада оснащена адаптированным оборудованием и ТСП (Т- и подковообразными опорами для лежания, поддерживающими подушками, валиками, иными вспомогательными приспособлениями, в том числе для кормления, одевания и перемещения). Одна из основных целей специалистов выездной бригады – стимуляция самостоятельного передвижения ребенка, развитие его независимости от помощи окружающих и снижение количества ухода [5]. В процессе обучающего занятия родителей и ухаживающих знакомят со специальным оборудованием и ТСП: поясами для перемещения, сидениями, дисками, скользящими простынями, веревочными опорами и иными вспомогательными приспособлениями. Однако, они должны научиться чувствовать, в каких ситуациях можно воздержаться от оказания помощи и дать своему ребенку возможность действовать самому по мере его возможностей. Дать ребенку шанс на развитие – значит мотивировать его к самостоятельным действиям, оказывая ему при этом терпеливую поддержку во всех ситуациях [6].

Педагоги проводят диагностику ребенка и коррекционные занятия, консультируют родителей по вопросам развития, обучают методам альтернативной коммуникации, тем самым помогая им «увидеть» своего ребенка, его особые нужды и способы их удовлетворения, а также научить близких взрослых определять ближайшие задачи развития и возможности их реализации в повседневной жизни. Многие дети с ТМНР имеют проблемы с приемом пищи и дисфагию, поэтому им требуется нейрологопедическая поддержка. Активное участие ребенка в кормлении – залог успеха в исполнении таких задач, как прием пищи и жидкости, чистка зубов и выполнение других повседневных домашних рутин. Нейрологопед использует в работе с ребенком мануальные техники для стабилизации подъязычной кости и мышц, участвующих в процессе глотания и жевания, метод Кастильо-Моралес, а также различные стратегии помощи при кормлении (позиционирование, подбор аксессуаров, изменение консистенции еды).

На заключительном этапе междисциплинарной командой оценивается эффективность

реализации программы и проведенных мероприятий, обсуждаются с родителями и ухаживающими дальнейшие шаги в реабилитации и уходе за ребенком. Основная функция специалистов бригады не только выявить нарушения и оказать своевременную помощь ребенку, но и нацелить родителей на активное участие в реабилитационном процессе и коррекционно-развивающей работе в домашних условиях. Проект тиражирован на региональном уровне: за время работы службы «Выездная реабилитационная бригада» специалистами ГБУ СО «ОРЦДиПОВ» обслужено на дому 92 семьи, имеющих детей с тяжелыми множественными нарушениями развития; с 2020 года функционирует 2-я выездная бригада, организованная на базе ГКУ СО «РЦДиПОВ «Светлячок» (г.о. Новокуйбышевск), за время работы которой обслужено 28 семей; с 2022 года начала свою работу 3-я выездная реабилитационная бригада, созданная на базе ГКУ СО «РЦДиПОВ «Жемчужина» (г. Сызрань).

Заключение. Таким образом, проведение дистанционной работы с детьми с ограниченными возможностями в условиях пандемии COVID-19 требует определенной технической оснащенности: интернет, скайп, мобильная связь, а также наличия у законных представителей дидактических материалов, пособий, специального оборудования, что не всегда доступно в домашних условиях. Дистанционную форму работы эффективнее применять по окончании очных занятий со специалистами в целях закрепления полученных ранее навыков и умений. В данном формате невозможно применять методики, в которых необходимы специальные знания, физический и эмоциональный контакт с ребенком (нейропсихологическая коррекция, АВА- терапия, логопедический зондовый массаж, коррекция звукопроизношения, лечебный массаж, методики физической реабилитации), также отсутствует возможность проведения групповых занятий, направленных на формирование навыков конструктивного взаимодействия и коммуникации.

Создание мультидисциплинарной бригады и организация на базе учреждений социальной защиты в регионах выездной службы для оказания индивидуальной реабилитационной помощи на дому даст возможность обеспечения своевременной доступной социальной поддержкой семей, воспитывающих детей с тяжелыми множественными нарушениями развития путем внедрения стационарзамещающей технологии на региональном уровне. Обучение родителей правильному позиционированию, безопасному перемещению и развивающему уходу, подбор специальных приспособлений для облегчения поддержания у ребенка правильной позы, в значительной степени снижает риск развития вторичных осложнений у ребенка и заболеваний опорно-двигательного аппарата у ухаживающих. Проект имеет большую практическую значимость особенно в период пандемии, так как дает возможность создания непрерывного реабилитационного пространства, необходимого ребенку с ограниченными возможностями, в условиях комфортной окружающей среды, которая подходит для отработки различных навыков и умений, а также дает ему ощущение безопасности, шанс быть активным и проявлять самостоятельность.

Конфликт интересов: Авторы подтверждают отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/ REFERENCES

1. Развивающий уход за детьми с тяжелыми и множественными нарушениями развития: Информационно-методический сборник для специалистов/ Под ред. А.Л. Битовой, О.С. Бояршиновой. – Москва: 2017. 3с. [Razvivayushchii ukhod za detmi s tyazhelymi i mnozhestvennymi narusheniyami razvitiya: Informatsionno-metodicheskii sbornik dlya spetsialistov/ Pod red. A.L.Bitovoi, O.S. Boyarshinovi. – Moskva: 2017. – 3s. (In Russ.)].

2. Семенова Е.В., Ключкова Е.В. и др. Реабилитация детей с ДЦП. Обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам/ Е.В. Семенова, Е.В. Ключкова, А.Е. Коршикова-Морозова, А.В. Трухачёва, Е.Ю. Заблоцкис. – Москва: Издательство Лепта Книга, 2018. 22 с. [Semenova E.V., Klochkova E.V. i dr. Reabilitatsiya detei s DTSP. Obzor sovremennykh podkhodov v pomoshch reabilitatsionnym tsentram/ E.V. Semenova, E.V. Klochkova, A.E. Korshikova-Morozova, A.V. Trukhacheva, E.YU. Zablotskis. – Moskva: Izdatelstvo Lepta Kniga, 2018. 22 s. (In Russ.)].

3. Финни Н.Р. Ребенок с церебральным параличом: помощь, уход, развитие: книга для родителей / пер. с англ. Ю.В. Липес, А.В. Снеговской; под. ред. Е.В. Ключковой. – Москва: Издательство Теревинф, 2017. 15с. [Finni N.R. Rebenok s tserebralnym paralichom: pomoshch, ukhod, razvitie: kniga dlya roditelei / per. s angl. yu.v. lipes, a.v. snegovskoi; pod. red. e.v. klochkovoi. – moskva: izdatelstvo terevinf, 2017. 15s. (In Russ.)].

4. Клочкова Е.В. Введение в физическую реабилитацию. Реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями церебральной природы/ Е.В. Клочкова. – Москва: Издательство Теревинф, 2014. 18 с. [Klochkova E.V. Vvedenie v fizicheskuyu reabilitatsiyu. Reabilitatsiya detei s tserebralnym paralichom i drugimi dvigatelnyimi narusheniyami tserebralnoi prirody / E.V. Klochkova. – Moskva: Izdatelstvo Terevinf, 2014. 18 s. (In Russ.)].

5. Клочкова Е.В. Как правильно и безопасно перемещать клиента. Практическое руководство/ Е.В. Клочкова. – Душанбе, 2012. 38 с. [Klochkova E.V. Kak pravilno i bezopasno peremeshchat klienta. Prakticheskoe rukovodstvo / E.V. Klochkova. – Dushanbe, 2012. 38 s. (In Russ.)].

6. Зайлер К., Кельбер К. и др. Я помогу тебе! Развитие молодых людей с церебральным параличом: пособие для родителей и специалистов/ немецко-российское общество Крайхгау (DRGK) – Москва, 2019. 21 с. [Zailer K., Kelber K. i dr. Ya pomogu tebe! Razvitie molodykh lyudei s tserebralnym paralichom: posobie dlya roditelei i spetsialistov/ nemetsko-rossiiskoe obshchestvo Kraikhgau (DRGK) – Moskva, 2019. 21 s. (In Russ.)].

УДК 376

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ АБИЛИТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ КОМПЕНСИРУЮЩЕГО ВИДА

Бугрова Н.А., Жаринова Е.Е.
ГБДОУ «Детский сад №67» компенсирующего вида
г. Дзержинск, Россия

Аннотация

Введение. Краткая информация о специфике дошкольного образовательного учреждения и контингенте воспитанников.

Цель. Сформулирована цель исследования, задачи коррекционной работы.

Материалы и методы. Предлагается описание современных подходов к социально-педагогической абилитации и реабилитации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата (НОДА) в условиях дошкольного образовательного учреждения компенсирующего вида.

Результаты. Описание реальных результатов деятельности учреждения с учетом специфики контингента воспитанников.

Заключение. Предлагаются выводы по представленному опыту работы учреждения.

Ключевые слова: Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата, социально-педагогическая абилитация и реабилитация детей инвалидов, комплексная система взаимодействия с семьями воспитанников.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Бугрова Наталья Александровна, старший воспитатель, 606000, Нижегородская область, г.Дзержинск, бульвар Победы, д.18А ГБДОУ «Детский сад №67» компенсирующего вида, angel-79@inbox.ru, ds67@uddudzr.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5591-4641>, SPIN-код: 9398-8066;

Жаринова Елена Евгеньевна, заведующий ГБДОУ «Детский сад №67» компенсирующего вида, ds67@uddudzr.ru.

Вклад авторов: Разработаны методические рекомендации к социально-педагогической абилитации и реабилитации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата (НОДА) в условиях дошкольного образовательного учреждения компенсирующего вида. Предложена комплексная система взаимодействия с семьями воспитанников с НОДА.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объектов исследований.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

MODERN APPROACHES TO SOCIAL AND PEDAGOGICAL HABILITATION AND REHABILITATION OF CHILDREN WITH DISTURBANCES OF THE LOCOMOTOR APPARATUS IN THE CONDITIONS OF A COMPENSATING PRESCHOOL EDUCATIONAL INSTITUTION

Bugrova N.A., Zharinova E.E.
GBDOU "Kindergarten No. 67" compensating type
Dzerzhinsk, Nizhny Novgorod Region, Russia

Abstract

Background. Brief information about the specifics of the preschool educational institution and the contingent of pupils.

Aim. Formulated the purpose of the study, the tasks of correctional work.

Materials and methods. A description of modern approaches to the socio-pedagogical habilitation and rehabilitation of children with disorders of the musculoskeletal system (NODA) in the conditions of a preschool educational institution of a compensating type is proposed.

Results. Description of the real results of the institution's activities, taking into account the specifics of the contingent of pupils.

Conclusion. Conclusions on the presented experience of the institution are offered.

Key words: Children with disorders of the musculoskeletal system, socio-pedagogical habilitation and rehabilitation of children with disabilities, a comprehensive system of interaction with the families of pupils.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Bugrova Natalya Alexandrovna, senior educator, 606000, Nizhny Novgorod region, Dzerzhinsk, Pobedy boulevard, 18A GBDOU "Kindergarten No. 67" of a compensating type, angel-79@inbox.ru , ds67@uddudzr.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5591-4641>, SPIN: 9398-8066;

Zharinova Elena Evgenievna, head of the compensating Kindergarten No. 67, ds67@uddudzr.ru

Author contribution statement: Methodological recommendations for the social and pedagogical habilitation and rehabilitation of children with disorders of the musculoskeletal system (NODA) in the conditions of a preschool educational institution of a compensating type have been developed. A complex system of interaction with the families of pupils from NODA is proposed.

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: No human studies are presented in this manuscript.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение. Создание системы комплексного сопровождения детей, имеющих особые образовательные потребности, в настоящее время является одним из приоритетных направлений современного образования. Соответствующие условия реализации прав на получение образования детьми с ОВЗ обосновываются Конвенцией о правах ребенка, Конвенцией о правах инвалидов, закреплены в Конституции РФ, Законах РФ «Об образовании», «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» и др. Ведущей тенденцией развития современной системы образования для детей с ОВЗ становится «включение в общий поток».

В связи с чем, можно говорить о целостной системе специальных образовательных условий: начиная с предельно общих, необходимых для всех категорий детей с ОВЗ, до частно-специфических и индивидуально-ориентированных, определяющих эффективность реализации образовательного процесса и социальной адаптированности ребенка в полном соответствии с его конкретными особенностями и образовательными возможностями [1, 23-24].

ГБДОУ «Детский сад № 67» компенсирующего вида много лет работает с детьми с ОВЗ. Категория воспитанников, посещающих наше дошкольное учреждение, неоднородна. Все воспитанники имеют двигательные нарушения различной степени тяжести, кроме того, в структуре дефекта большинства воспитанников имеются проблемы психоречевого развития (задержка психического развития, умственная отсталость, общее недоразвитие речи и расстройства аутистического спектра).

Цель исследования. Таким образом, основной целью программы коррекционной работы нашего дошкольного учреждения выступает создание специальных условий обучения и воспитания, позволяющих учитывать особые образовательные потребности детей с нарушением

опорно-двигательного аппарата посредством индивидуализации и дифференциации образовательного процесса. Эффективность непосредственной работы с детьми вследствие поражения опорно-двигательного аппарата тесно связана с наличием социальной, психолого-педагогической и медицинской помощи его семье.

Материалы и методы исследования. В зарубежной социальной практике принято различать термины «реабилитация» и «абилитация». Ребенок с НОДА часто с рождения имеет органические изменения, которые обуславливают его патологию. Говорить о восстановлении в данном случае не совсем верно. В данном случае мы используем термин «абилитация».

Абилитация трактуется как комплекс мероприятий, направленных на формирование и развитие функциональных систем организма, способностей индивида, естественное становление которых затруднено в силу болезни, дефекта с целью успешности социальной интеграции [4, 7–20]

Точкой приложения как абилитационных, так и реабилитационных воздействий являются не проявления заболеваний, а их последствия. Структура системы комплексного сопровождения воспитанников включает взаимосвязанные модули (коррекционно-развивающий, оздоровительно-профилактический, социально-педагогический). Модульный принцип позволяет вносить своевременные изменения в процесс реализации индивидуального образовательного маршрута ребенка.

Социально-педагогическая реабилитация – это совокупность целенаправленных социально-педагогических мероприятий, форм, методов и технологий, способствующих восстановлению утраченных ребенком социальных связей и функций, восполнению среды жизнеобеспечения, усилению заботы о нем.

Социально-педагогическая работа по реабилитации ребенка с ДЦП представляет собою определенную воспитательную систему. В основе ее лежит система активной жизнедеятельности ребенка с самого раннего возраста, в которой наиболее полно проявляются его индивидуальные возможности. Главное в системе заключается в том, чтобы ребенок оказался ее активным звеном, а его родители или лица, их заменяющие, воспитатели – соучастниками всего педагогического процесса от пробуждения до сна [6, 30-37].

Перед специалистами стоит задача уметь обеспечить наиболее полное использование педагогических возможностей всей жизнедеятельности ребенка, овладение им навыками самообслуживания, их повседневное проявление в его направленном развитии и воспитании. С этой целью каждый элемент распорядка дня ребенка наполняется педагогическим содержанием в решении развивающих и воспитательных задач.

Успешность проведения комплексных социально-педагогических мероприятий зависит не только от характера и степени имеющихся у детей физических и психических нарушений, но и от эффективности социально-педагогической реабилитации, предполагающей учет этих нарушений в индивидуальных образовательных программах, применение обучающих технологий, формирование толерантного отношения к таким детям окружающих, безбарьерной образовательной среды, в которой находится ребенок. Базовым уровнем этого процесса выступает работа с семьей. Педагогическая работа предусматривает разработку индивидуальной программы. Такая программа носит ближайший и перспективный характер. Ближайшая программа ориентирована на обеспечение воспитания ребенка в соответствии с «зоной его ближайшего развития» (Л.С. Выготский). В процессе ее реализации уточняется эта «зона» и определяются наиболее оптимальные подходы к индивидуальному развитию и воспитанию ребенка.

Перспективная программа формируется в процессе педагогической работы с ребенком и его родителями. Она позволяет добиваться наибольших результатов в преодолении отклонения, интеграции ребенка в среду жизнедеятельности, формировании его как личности [2]

Участие родителей в социально-педагогической работе со своим ребенком, превращение их в соучастников реабилитационного процесса – важнейшая задача, стоящая перед специалистами.

В связи с этим, непосредственно социально-педагогическая работа начинается с момента обращения родителя (законного представителя) с заявлением о создании специальных условий обучения и воспитания для ребенка с ОВЗ (на основании заключения и рекомендаций ТПМПК), письменного согласия родителей на оказание психолого-педагогической помощи ребенку.

При разработке комплексной индивидуальной программы нами учитываются направления социально-педагогической работы с семьями воспитанников. [3].

1. Реабилитация членов семьи, в которой появился ребенок с НОДА

Сущность реабилитации членов семьи заключается в том, чтобы помочь им выйти из

состояния психологического стресса. С этой целью нами разработана методика диагностики состояния семьи, имеющей ребенка с НОДА, определение группы родителей, к которой следует отнести семью. Разработан цикл психолого-педагогических мероприятий, направленный на реабилитацию членов семей воспитанников.

2. Разъяснение родителям перспектив развития их ребенка и возможностей преодоления патологии, ближайшие и перспективные цели реабилитации;

Обеспечение обоснованности возникающей потребности родителей в определении ближайших целей и сроков их достижения с реальными возможностями реабилитации ребенка. Предупреждение иллюзорности и разочарования в процессе реабилитационной работы с ребенком;

На этом этапе осуществляется большая разъяснительная работа с родителями. Она включает информацию об особенностях развития их ребенка и перспективах преодоления патологии. Мы стремимся показать возможные как ближайшие, так и перспективные цели реабилитации, оказывая родителям помощь в определении своего места и роли в социальной реабилитации ребенка. Для ее реализации необходимы: подготовка материала, раскрывающего особенности ребенка с учетом его диагноза; отличие его развития от сверстников и перспективы такого развития и воспитания; перспективы возможного прогресса и регресса заболевания; проектирование варианта наиболее целесообразного социально-педагогического подхода к реабилитации ребенка; выявление наиболее оптимальных ближайших и перспективных целей социально-педагогической работы с ребенком; рекомендации родителям на начальном этапе взаимодействия с ребенком.

3. разработка индивидуальной программы абилитационной работы с ребенком и определение в ней места и роли родителей в зависимости от ее типа, возраста ребенка и времени начала работы со специалистами.

4. обучение родителей методике социально-педагогической работы с ребенком.

Реализация методики происходит с помощью практических и теоретических занятий с родителями и ребенком.

Для этого специалистам требуется: выявить основные этапы социально-педагогической работы родителей с ребенком и их особенности; определить содержание педагогической подготовки родителей на каждом этапе их социально-педагогической работы с ребенком, и методику обучения; разработать рекомендации родителям для каждого этапа их социально-педагогической работы с ребенком.

5. помощь родителям в формировании распорядка дня ребенка, обеспечивающего реализацию индивидуальной программы абилитационной работы с ним; социально-реабилитационная работа с ребенком специалистами и постепенное включение в процесс деятельности родителей.

В процессе работы родителя, взросления ребенка определяется динамика его изменения, выявляется дальнейшая перспектива социальной реабилитации. Все это диктует необходимость обогащения опыта социально-педагогической работы родителя с ребенком. Содержание такой деятельности определяется конкретной ситуацией, перспективностью социально-педагогической работы родителей и опытом специалистов. Работу с ребенком, страдающим НОДА, начинают специалисты и постепенно включают в нее родителей. Такой подход позволяет родителям постепенно овладевать практикой социально-педагогической работы и обеспечить расширение их непосредственного участия.

6. расширение непосредственного участия родителей в реабилитационной работе с ребенком.

7. обеспечение социально - педагогического патронирования деятельности семьи в реабилитационной работе с ребенком.

Практика убедительно показывает, что повышение роли родителей в социально-педагогической работе с ребенком требует квалифицированного социально-педагогического патронирования.

Социально-педагогическое патронирование предусматривает целенаправленное сопровождение деятельности родителей со своим ребенком в соответствии с программой его реабилитации [6, 30-37]

Оно направлено на контроль (что и как делается) социально-педагогической деятельности, ее корректирование, помощь в овладении опытом целесообразной деятельности. Такая деятельность специалистов помогает предупреждать типичные ошибки, выявлять динамику

развития ребенка и способствует повышению действенности всей социально-педагогической деятельности по реализации технологии социальной реабилитации.

8. повышение социально-педагогической подготовки родителей с учетом достигаемых результатов и открываемых перспектив реабилитации ребенка с НОДА.

Целью организации взаимодействия с родителями детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата является повышение степени их вовлеченности в образовательный процесс, активизация родителей, привлечение их внимания к тем коррекционным и педагогическим задачам, которые осуществляются в работе с детьми, сделав воспитание ребёнка в семье и в детском саду более последовательным, а их взаимовлияние - более эффективным. Это подтверждается ростом заинтересованности родителей в сотрудничестве с дошкольным учреждением, повышении уровня психолого-педагогической компетентности, умения правильно взглянуть на ситуацию, оценить ее, находить приемлемые пути решения [5, 49].

Наиболее эффективными оказались формы дистанционных консультаций, вебинаров на портале Zoom, кроме того, повышению уровня педагогической культуры родителей, формированию в большей или меньшей степени каждого из выделенных компонентов способствует разработанная нами форма взаимодействия – веб-квест.

Разработанные нами вэб-квесты для педагогов, работающих с детьми с особыми образовательными потребностями и родителями воспитанников с НОДА, позволяют включить в работу все категории педагогического состава, независимо от их профессиональных умений, уровня квалификации и образования, а также независимо от возрастной категории и родителей с любой степенью сформированности педагогической компетентности.

Вэб-квест позволяет родителям в игровой форме получить необходимые знания выстраивания психолого-педагогического сопровождения детей с особыми образовательными потребностями. Структура его такова, что сначала вводится игровой персонаж и задается проблемная ситуация. Затем предлагается выбор ролей. Все вопросы носят практический характер и соотношены с ролью. Чтобы ответить на эти вопросы, предлагается перечень действующих ссылок на различные источники в сети интернет (презентации, разработанные интерактивные игры, вордвские статьи, видеоматериалы), а также на материалы, размещенные на официальном сайте ДОО и в официальном сообществе «В Контакте». В конце игры предлагается выполнить практические задания совместно с детьми.

В качестве подарка игровой персонаж предлагает к просмотру интересные познавательные-игровые (методические) материалы, размещенные на образовательных порталах.

На основе изученных данных о физиологических механизмах развития воспитанников с НОДА, нами было разработано и предложено в доступной для родителей форме адаптировать подходы к таким детям.

Прежде всего, это упрощение инструкции к заданиям (например, разбить многоступенчатую инструкцию на короткие шаги в виде алгоритмов); заменить сложные для понимания слова или фразы на более понятные детям или на пиктограммы; дублирование устных инструкций визуальными картинками.

Помимо этого, было предложено индивидуализировать стимульные материалы или ввести дополнительную визуализацию, помогающую детям лучше понять задания.

Как отмечают родители, особую значимость для них имеют разработанные педагогическим коллективом алгоритмы - схемы для формирования социально-бытовых навыков детей с НОДА. В них предлагается описание пошагового овладения самостоятельными навыками самообслуживания (умение пить из чашки, умение есть ложкой, навык снятия / одевания штанов (другой одежды), умение мыть руки, умение посещать туалет и пр.), формирования элементарных трудовых навыков. Такого рода визуальные подсказки, применяемые одновременно в дошкольном учреждении и в семье, способствуют более эффективному построению развивающего общения взрослого с детьми. В формате вэб-квеста ненавязчиво предлагается родителям ознакомиться с опытом развития и воспитания таких же детей, как у них. Ведь в большинстве случаев родителям становится крайне трудно признать и принять то, что их ребенок не такой как все. Кроме того, вэб-квест позволяет учитывать разный уровень педагогической компетентности родителей, для чего предлагаемый материал разложен на этапы овладения детьми теми или иными навыками в процессе игровой деятельности с учетом имеющихся противопоказаний.

Все предложенные материалы доступны для скачивания и остаются в пользовании родителей. Они могут обратиться к данной форме в любое удобное для них время, проработать

предлагаемый материал в доступном для них формате.

Использование квест – технологии позволяет построить образовательный процесс с ориентацией на практическое и профессиональное применение знаний и создать условия для раскрытия потенциальных возможностей всех участников образовательного процесса в условиях инклюзивного пространства.

Кроме того, содержание и задачи социально-педагогического модуля реализуются посредством функционирования сети детско-родительских клубов и взаимодействия с социальными партнерами (совместно с ними были реализованы многочисленные социокультурные проекты и акции. Наиболее значимыми из них были «Театр – творчество – дети», «Хочу все знать», «Мы за безопасность!»).

Удобным решением обратной связи стали Google-формы, позволяющие дифференцированно подойти к вопросам взаимодействия с семьями воспитанников.

Результаты исследования. Накопленный опыт по социально-педагогической реабилитации и психолого-педагогическому сопровождению детей с ОВЗ стал поводом для открытия муниципального ресурсного центра на базе нашего ДОУ. Методическую помощь по вопросам инклюзивного образования, в 2018-2020 учебном году получили 91 педагог и специалист из 41 ДОУ различных видов.

С 2018 года наше дошкольное учреждение является стажерской площадкой для Нижегородского института развития образования (ГБОУ ДПО НИРО) в рамках темы «Комплексное психолого-педагогическое сопровождение ребенка с ОВЗ в условиях ДОУ компенсирующего вида».

С 2021 года наше учреждение является участником «Инновационной площадки федерального уровня АНО ДПО "НИИ дошкольного образования «Воспитатели России" по направлению: «Реализация оздоровительно-воспитательной технологии «Здоровый дошкольник» в ДОУ и семье» под руководством Егорова Баатра Борисовича, кандидата педагогических наук, директора АНО ДПО «НИИ дошкольного образования «Воспитатели России», заместителя председателя Совета ВОО «Воспитатели России».

Методические рекомендации по подбору оптимальных форм, методов и средств по основным направлениям физкультурно-оздоровительной и воспитательно-образовательной работы с детьми с НОДА были опубликованы в сборнике Егорова Б.Б. «Реализация оздоровительно-воспитательной технологии «Здоровый дошкольник»». Методическое пособие. Электронное издание. –Москва: ВОО «Воспитатели России», 2021

Опыт работы педагогического коллектива широко представлен в рамках федеральных, региональных конференций, а также опубликован в периодических изданиях «Дошкольная педагогика», «Ребенок в детском саду».

За 2019-2022 год в конкурсном движении приняло участие 88% педагогов, детей и родителей. Педагоги и воспитанники являются постоянными участниками и призерами традиционных муниципальных конкурсов, таких как «Журавушка» (фестиваль-конкурс творчества для людей с ОВЗ), «Лучшая группа», «Искусство быть в профессии», «Экология. Здоровье. Культура», «Солнышко в ладошке» (фестиваль творчества юных дарований), «Растим здоровое поколение», региональных конкурсов «Я выбираю спорт, как альтернатива пагубным привычкам», «Посмотрите на меня внимательно» (фестиваль – конкурс для детей с ОВЗ), а также интернет – конкурсов и фестивалей различных уровней.

Благодаря отлаженной системе комплексного психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ, при выпуске детей из учреждения, по данным ТПМПК, большинство воспитанников выпускаются в общеобразовательные школы города, при этом ежегодно не менее 20% детей поступают в школы с углубленным изучением отдельных предметов, гимназию.

Заключение. Таким образом, существующая в нашем учреждении система работы с детьми с нарушением опорно-двигательного аппарата способствует полноценному развитию личности ребенка, укреплению здоровья детей и повышению адаптационных возможностей детского организма, что обеспечивает равные стартовые возможности для дальнейшей успешной социализации.

Включение семьи в работу дает возможность значительно повысить качество реабилитационных мероприятий, ускорить процесс социально-педагогической коррекции, что в свою очередь позволяет вывести реабилитационную деятельность на новый уровень.

Источники финансирования: бюджет.

Конфликт интересов: авторы подтверждают отсутствие явных и потенциальных

конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева, Н.В. Социологические концепции исследования инвалидности [Текст] / Н.В. Васильева // Социологический сборник: Вып.7. –М.: Социум, 2010.–С. 23-24.
2. Головкин, С.Г. Реабилитация инвалидов как направление региональной социальной политики [Текст]: дисс... на соискание степени канд. социолог. наук: 23.00.02 / С.Г. Головкин. – Кемерово, 2009.–157 с.
3. Думбаев, А.Е. Инвалид, общество и право [Текст] / А.Е. Думбаев, Т.В. Попова. – Алматы: Верена, 2006. –180 с
4. Ковалева, Т.М. Тьютор как новая профессия в российском образовании [Текст] / Т.М. Ковалева// Материалы IV международной научно-практической конференции и 16 научно-практической Межрегиональной тьюторской конференции 09–10 ноября 2011г. «Тьюторство в открытом образовательном пространстве: профессиональный стандарт тьюторского сопровождения»: сб. статей. –М.: МПГ; АПКИПРО, 2011. –С. 7–20
5. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: Методическое пособие. — М.: Просвещение, 2008. — 239 с.
6. Терскова, С.Г. Результаты реализации Федеральной программы «Доступная среда» на 2011-2015 гг.: социологический анализ [Текст] / С.Г.Терскова, Е.С. Гаврилова, Е.Е. Юркова // Гуманитарные научные исследования. 2016 –№ 2 (54). –С. 30-37

REFERENCES

1. Vasilyeva, N.V. Sociological concepts of the study of disability [Text] / N.V. Vasilyeva // Sociological collection: Issue 7. –M.: Sotsium, 2010.–S. 23-24.
2. Golovko, S.G. Rehabilitation of disabled people as a direction of regional social policy [Text]: diss ... for the degree of Cand. sociologist. Sciences: 23.00.02 / S.G. Golovko. – Kemerovo, 2009.–157 p.
3. Dumbaev, A.E. Disabled person, society and law [Text] / A.E. Dumbaev, T.V. Popov. - Almaty: Verena, 2006. -180 p.
4. Kovaleva, T.M. Tutor as a new profession in Russian education [Text] / T.M. Kovaleva // Proceedings of the IV International Scientific and Practical Conference and the 16th Scientific and Practical Interregional Tutor Conference November 09–10, 2011. "Tutoring in an open educational space: a professional standard for tutor support": Sat. articles. –M.: MPG; APKIPRO, 2011. -S. 7–20
5. Levchenko I.Yu., Tkacheva V.V. Psychological assistance to a family raising a child with developmental disabilities: Methodological guide. - M.: Education, 2008. - 239 p.
6. Terskova, S.G. Results of the implementation of the Federal Program "Accessible Environment" for 2011-2015: a sociological analysis [Text] / S.G. Terskova, E.S. GavriloVA, E.E. Yurkova // Humanitarian scientific research. 2016–№ 2 (54). -FROM. 30-37

УДК 316.36

ФОРМИРОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ НА УРОВНЕ СЕМЬИ

Курникова М.В.^{1,2}

¹Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского, Нижний Новгород

²Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва
Россия

Аннотация

Введение. Семья является главным мотиватором и реализатором регулярной физической активности ребенка с нарушениями развития.

Цель. Анализ условий формирования адекватной физической активности ребенка-инвалида на уровне мезо- и микросистемы семьи.

Материалы и методы. В исследование были включены семьи с ребенком-инвалидом, практикующие и не практикующие регулярную физическую активность ребенка, (n=134), основной массив респондентов составили матери (97%). Опрос осуществлялся методом анкетирования. В качестве экспертного мнения сделан анализ глубинных интервью руководителей

и ключевых сотрудников физкультурно-спортивных, социальных и образовательных организаций, работающих с детьми-инвалидами (n=5).

Результаты. Выявлены барьеры для реализации семейных физкультурно-оздоровительных мероприятий с вовлечением в физическую активность ребенка-инвалида, которые были разделены на субъективные и объективные. Показано, что к субъективным барьерам относятся: низкая или неустойчивая мотивация родителей, отсутствие у них свободного времени, компетенций в ежедневном использовании средств физической культуры; скудный охват приверженности активному образу жизни среди родителей. К объективным факторам отнесены: отсутствие сертифицированных объектов спорта в «шаговой доступности» от места проживания, финансовая несостоятельность семьи, негибкое расписание занятий. Преобладают «одноразовые» физкультурно-оздоровительные массовые мероприятия, в которых участвуют дети инвалиды.

Заключение. Включение семьи в социальное пространство физической культуры и спорта представляет собой регламентированную последовательность направленного применения широкого спектра методов и форм регулярной и организованной двигательной активности ребенка, гармонизированной с социально-экологической моделью конкретной семьи.

Ключевые слова: семья с ребенком-инвалидом, адаптивная физическая культура, физическая активность, социально-экологическая теория.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Курникова Мария Владимировна, канд. мед. наук, доцент; адрес: 603003 г. Нижний Новгород, ул. Ефремова д. 7, кв. 22; телефон: 8 (910) 391-02-27; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0381-2587>; eLibrary SPIN: 6793-8238; e-mail: mkurnikova@yandex.ru

Вклад авторов: Автор непосредственно разрабатывал дизайн исследования, организовывал сбор данных, проводил анализ и писал текст статьи.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: не проводилось

Исследования с участием людей:

Наличие идентифицируемых данных людей:

Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

FORMATION OF PHYSICAL ACTIVITY OF DISABLED CHILDREN AT THE FAMILY LEVEL

Kurnikova M.V.^{1,2}

¹Lobachevsky State University of Nizhnij Novgorod, Nizhnij Novgorod

²HSE University, Moscow
Russia

Abstract

Background. The family is the main motivator and implementer of regular physical activity of a child with developmental disabilities.

Aim. The conditions for the disabled child adequate physical activity formation analysis at the level of the meso- and microsystem of the family.

Materials and methods. The study included families with a disabled child, practicing and not practicing regular physical activity of the child, (n=134), the bulk of the respondents were mothers (97%). The survey was carried out by the method of questioning. As an expert opinion, an analysis of in-depth interviews with managers and key employees of physical culture, sports, social and educational organizations working with disabled children (n = 5) was made.

Results. The barriers to the implementation of family sports and recreation activities with the involvement of a disabled child in the physical activity were identified, which were divided into subjective and objective. It is shown that subjective barriers include: low or unstable parents motivation, their lack of free time, competencies in the daily use of physical culture; poor coverage of commitment to an active lifestyle among parents. Objective factors include: lack of certified sports facilities next to the place of residence, financial insolvency of the family, inflexible class schedule. "One-time" sports and health-improving mass events, in which children with disabilities participate, predominate.

Conclusion. The inclusion of the family in the social space of physical culture and sports is a regulated sequence of targeted application of a wide range of methods and forms of regular and organized motor activity of the child, harmonized with the socio-ecological model of a particular family.

Key words: family with a disabled child, adaptive physical culture, physical activity, socio-ecological theory.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Maria V. Kurnikova, PhD; 7 Efremova str., Nizhnij Novgorod, 603003; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0381-2587>; eLibrary SPIN: 6793-8238; e-mail: mkurnikova@yandex.ru

Author contribution statement: The author participated in the design of the research, data collection, analysis and writing of the article.

Ethics statements.

Studies involving animal subjects:

Studies involving human subjects:

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение. В последние годы были разработаны программные законодательные и нормативные документы, определяющие в качестве ключевых приоритетов социальной политики поддержку семей с детьми-инвалидами, формирование организационно-финансовых условий для увеличения охвата числа детей-инвалидов, включенных в регулярные занятия адаптивной физической культурой и адекватно организованной двигательной активностью [1]. При этом, большинство исследователей признает, что семья является главным мотиватором и реализатором физической активности ребенка с нарушениями развития [2, 3].

Социологическая наука в 70-е годы предложила рассматривать семью в социально-экологическом контексте теории У. Бронфенбреннера [4], с позиций не столько объективного окружения семьи, а сколько того, как оно воспринимается самим субъектом (родителями и детьми). Сложившаяся структура российского социального пространства физической культуры и спорта в целом доступна для семьи с ребенком-инвалидом на всех уровнях экосистемы. На уровне макросистемы все области правового регулирования в рамках федерального законодательства Российской Федерации гармонизированы с программными международными правовыми документами в области инвалидности, адекватно сформированы в юридическом плане и позволяют обеспечить должный уровень физической активности ребенка-инвалида. Позиции экосистемы в пространстве физкультуры и спорта для современной российской семьи с ребенком-инвалидом представлены во всех полях: поле физического воспитания в форме физкультурных занятий в образовательных учреждениях, поле спорта – в секциях адаптивного спорта в спортивных муниципальных учреждениях, поле физической реабилитации широко представлено в форме лечебных и коррекционных занятий в реабилитационных центрах различной ведомственной принадлежности; поле массовой оздоровительной физической культуры и двигательной рекреации – в качестве оздоровительных занятий в форме фитнес-услуг при коммерческих физкультурных клубах, рекреационные мероприятия при общественных и благотворительных организациях (туристические походы, физкультурные праздники). Позиции мезосистемы и микросистемы представлены сформированными в семье и ее ближайшем окружении (родственники, близкие друзья) поведенческими паттернами самостоятельных занятий различными видами физической активности [5].

Цель исследования. Анализ условий формирования адекватной физической активности ребенка-инвалида на уровне мезо- и микросистемы семьи.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены семьи с ребенком-инвалидом, проживающие как в крупных областных центрах, так и в районных населенных пунктах, практикующие и не практикующие регулярную физическую активность ребенка (n=134). Основной массив респондентов составили матери (97%). Организованная физическая активность предполагала обязательное наличие следующих условий: систематические занятия в центрах физической реабилитации; направленные на достижение спортивного результата тренировки в секциях адаптивного спорта; регулярные физические упражнения для развития нормативных двигательных навыков и физических качеств, соответствующих темпам биологического созревания и целям социальной адаптации. Выборка формировалась в учреждениях социальной защиты населения, коррекционных образовательных учреждениях, коррекционных образовательных учреждениях, реабилитационных центрах, общественных организациях родителей детей-инвалидов. Опрос осуществлялся методом анкетирования, родителям детей были заданы вопросы о материальном положении семьи, об уровне физической активности ребенка, о барьерах, которые испытывают родители в процессе ее организации, о практике семейных форм

активного образа жизни. В качестве экспертного мнения сделан анализ глубинных интервью руководителей и ключевых сотрудников физкультурно-спортивных, социальных и образовательных организаций, работающих с детьми-инвалидами (n=5).

Результаты исследования. Основной массив выборки (91,8%) составили семьи, воспитывающие одного ребенка-инвалида, при этом у 32,8% семей данный ребенок был единственный. Остальные семьи воспитывали двух (47%), трех (15,7%), четырех и более (4,5%) детей. Ежемесячный доход семьи менее 60 тыс. руб. указали около половины семей, почти 20% семей указали доход от 60-100 тыс. руб., остальные 30% имели ежемесячный доход более 100 тыс. руб.

Выявлены следующие барьеры, которые мешают, по мнению родителей, ребенку-инвалиду регулярно заниматься физической культурой и спортом в учреждениях данной направленности по месту жительства. На первом месте указаны финансовые трудности (59,7% ответов), на втором месте – отсутствие транспорта, погодные условия (35,5% ответов), на третьем месте – отсутствие мотивации к занятиям у ребенка (24,2% ответов). Затем идут по убыванию значимости – профессиональная некомпетентность сотрудников учреждений (19,4%), бюрократические процедуры по сбору медицинских допусков и справок к занятиям (14,5%), состояние здоровья ребенка (12,9%), отказ учреждений в продолжении занятий (12,9%). Признались в отсутствии собственной мотивации к занятиям только 4,2% родителей. Занимаются регулярно физической культурой или спортом в течение календарного года без проблем дети только из 14,5% семей. Таким образом, по мнению родителей, объективные ограничения среды (финансы, транспорт) и отсутствие желания у ребенка, являются доминирующими барьерами для регулярных посещений физкультурно-спортивных и реабилитационных учреждений.

Для самостоятельных занятий физической культурой со своим ребенком в условиях семьи у родителей тоже есть препятствия, и в нашем исследовании они распределились следующим образом: главными ограничителями обозначены барьеры среды - нет условий для занятий в домашней обстановке, на улице, нет организованных детских площадок, рекреационных зон в шаговой доступности (38,7%). На втором месте - отсутствие знаний и навыков у родителей, как заниматься и что делать с ребенком (35,5%) и отсутствие времени у родителей (32,3%). На третьем месте по значимости были указаны психологические и мотивационные барьеры: нет желания заниматься у ребенка, нет желания заниматься у родителей (11,3% ответов); стесняются заниматься с ребенком на улице, во дворе, в рекреационных зонах из-за ярко выраженных особенностей ребенка (9,7% ответов). Только 21% опрошенных семей считают, что у них нет барьеров для самостоятельных занятий, и они занимаются дома, на улице на спортивных площадках, есть семейные физкультурные традиции (катаемся на велосипедах, роликах, коньках, лыжах, играем в подвижные игры и т.д.). Следовательно, самостоятельная организация физической активности ребенка-инвалида в условиях семьи зависит преимущественно от субъективных факторов: распределение свободного времени, знаний и умений родителей, психологического и мотивационного статуса родителей.

По мнению тренерского состава и специалистов, барьерами для формирования физической активности детей с инвалидностью со стороны семьи являются: необходимость соблюдения жесткого расписания занятий, неготовность родителей тратить время на сопровождение ребенка и прилагать усилия к соблюдению монотонного и регулярного посещения еженедельных тренировок, отсутствие родительского контроля в соблюдении двигательного режима детей в период каникул.

Развитие семейных форм физической активности эксперты видят в обучении родителей азам основных методик физического воспитания, привлечении общественных организаций к проведению занятий, в обеспечении возможности родителям участвовать в тренировках вместе со своим ребенком за счет получения положительных эмоций для них самих, так как посильная физическая активность улучшает эмоциональный фон, избавляет от стресса.

Родители и специалисты сообщают о различных препятствиях для занятий физической культурой или спортом для детей-инвалидов. Для родителей основные препятствия лежат в области отсутствия доступной среды, знаний и времени, для специалистов – в недостаточной дисциплине родителей поддерживать необходимый уровень режима физической активности ребенка путем регулярного посещения учреждений и проведении самостоятельных занятий. Зарубежные исследователи объясняют этот феномен сложностью структуры физкультурно-спортивной деятельности для детей с физическими недостатками и их родителей, поскольку их повседневная деятельность отнимает много времени. Авторы, при этом, подчеркивают огромное

преимущество психосоциальных факторов спорта, и советуют, что именно приобретаемые социальные преимущества должны быть в приоритете у специалистов, когда они рекомендуют родителям детей с физическими недостатками заниматься спортом [6].

Заключение. Формирование физической активности ребенка-инвалида на уровне семьи происходит неравномерно и не структурировано. Барьеры для реализации практики семейных физкультурно-оздоровительных мероприятий можно условно разделить на субъективные и объективные. К субъективным относятся - низкая или неустойчивая мотивация родителей, отсутствие у них свободного времени, практических навыков использования средств физической культуры в круглогодичном режиме; скудный охват приверженности активному образу жизни среди родителей. К объективным факторам могут быть отнесены: отсутствие сертифицированных объектов спорта в «шаговой доступности» от места проживания, финансовая несостоятельность семьи, негибкое расписание занятий. Преобладают «одноразовые» физкультурно-оздоровительные массовые мероприятия, в которых участвуют дети-инвалиды.

Объектом комплексной реабилитации (абилитации) должен быть процесс совместной деятельности семьи и специалистов. При этом семья как микросистема осознает и осмысляет возможности и успехи своего ребенка, устойчиво мотивирована на поддержание его должной физической активности, готова и имеет объективные возможности к планированию в сотрудничестве с профессиональным сообществом, и несет свою часть ответственности за реализацию семейно-ориентированных стратегий физического развития ребенка.

Конфликт интересов: автор подтверждает отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The author declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дидур М.Д., Курникова М.В. Семья с ребенком-инвалидом в пространстве физической культуры и спорта: факторы поддержки и барьеры на уровне макросистемы // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки, 2021. №9. С. 34-39.
2. Домрачева Т.В., Низова Л.М. Семья как субъект социализации детей-инвалидов // Детская и подростковая реабилитация. 2017. № 3(31). С.48 – 51.
3. Kotzampopoulou I. Quality of life in families having children with disabilities: The parents perspective. Master thesis, University of Oslo, 2015. 72 p. DUO Research Archive. URL:<https://www.duo.uio.no/handle/10852/49453> (дата обращения 20.06.2022).
4. Bronfenbrenner U. Ecological systems theory // Annals of Child Development. 1989. N 6. P.227.
5. Курникова М.В. Взаимодействие социального поля физкультурного движения инвалидов с экосистемой семьи, воспитывающей ребенка-инвалида // Вестник Сургутского государственного педагогического университета 2020. № 5 (68). С. 173-181.
6. Jaarsma E.A., Dijkstra P.U., de Blécourt A.C., Geertzen J.H., Dekker R. Barriers and facilitators of sports in children with physical disabilities: a mixed-method study. Disabil Rehabil. 2015;37(18): P.1617-23. DOI: 10.3109/09638288.2014.972587

REFERENCES

1. Didur M.D., Kurnikova M.V. Family with a disabled child in the space of physical culture and sports: support factors and barriers at the macrosystem level. Gumanitarnye, sotsial'no-ekonomicheskie i obshchestvennye nauki. 2021;9:34-39 (in Russ.).
2. Domracheva T.V., Nizova L. M. Family as a subject of socialization of children with disabilities. Detskaya i podrostkovaya reabilitatsiya. 2017; 3(31):48 – 51 (in Russ.).
3. Kotzampopoulou I. Quality of life in families having children with disabilities: The parents perspective. Master thesis, University of Oslo, 2015. 72 p. DUO Research Archive. URL: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/49453> (Accessed June 20, 2022).
4. Bronfenbrenner U. Ecological systems theory. Annals of Child Development. 1989; 6:227.
5. Kurnikova M.V. The athletic cultural movement social field interaction of disabled people with exosystem of a family raising a disabled child. Vestnik Surgutskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta 2020; 5 (68):173-181. (in Russ.) DOI 10.26105/SSPU.2020.68.5.015
6. Jaarsma E.A., Dijkstra P.U., de Blécourt A.C., Geertzen J.H., Dekker R. Barriers and facilitators of sports in children with physical disabilities: a mixed-method study. Disabil Rehabil. 2015;37(18): P.1617-23. DOI: 10.3109/09638288.2014.972587

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЫШЦ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ I УРОВНЯ ПО GMFCS

Трофимов А.О.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Курган, Россия

Аннотация

Введение. Мышечная слабость является основным компонентом церебрального паралича (ДЦП), который способствует функциональной инвалидности.

Цель. Сравнение показателей динамометрии в сочетании с сонографией мышц нижних конечностей у детей с ДЦП I уровня по GMFCS.

Материалы и методы. Обследована группа детей (10 человек, 20 конечностей), 10,8±0,9 года (от 9 до 13 лет) с гемиплегической формой ДЦП GMFCS I, с выделением конечности – акцент патологии и контралатеральной. Методом исследования является динамометрия (стенды для тестирования мышц бедра и голени, разработанные в Центре Илизарова), ультрасонография.

Результаты. У пациентов детским церебральным параличом GMFCS I угол наклона пучка m. Gastrocnemius достоверно не отличался от значений нормы, как на стороне акцента, так и на контралатеральной конечности. Функциональная проба с произвольным напряжением мышцы выявила достоверное снижение расчётного показателя контрактильности на обеих конечностях. На контралатеральной конечности не выявлено достоверного снижения абсолютного и относительного моментов силы сгибателей/разгибателей голени и стопы в сочетании с сонографическими признаками сохранности мышечного объема. На конечности акцент – патологии относительно нормы уменьшена площадь поперечного сечения мышц тыльных и подошвенных сгибателей стопы, в среднем на 37,0%. Относительно здоровых сверстников (по данным литературы) абсолютные и относительные силовые параметры мышц сгибателей/разгибателей стопы снижены на 45% – 65%.

Заключение. При гемиплегической форме церебрального паралича I уровня GMFCS данные динамометрии в сочетании с сонографическими признаками свидетельствуют о структурно-функциональном нарушении моторного аппарата только дистальных сегментов. Определяется снижения относительно нормы абсолютных и относительных параметров силы мышц сгибателей/разгибателей стопы только на конечности – акцент патологии.

Ключевые слова: сила мышц, УЗИ мышц, динамометрия, ДЦП.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Трофимов Анатолий Олегович, аспирант ФГБУ «НМИЦ ТО им. акад. Г.А. Илизарова»; адрес: 640026 г. Курган, ул. Криволапова, д. 19; телефон: 8 (922) 57-57-57-7; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3455-4530>; eLibrary SPIN: 1386-6678; e-mail: trofimov.doc@bk.ru

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием людей: На проведение исследований было получено разрешение комитета по этике при ФГБУ «НМИЦ ТО им. акад. Г.А. Илизарова». № № 2(70) от 21.10.2021. Исследования проводились в соответствии с этическими стандартами Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000 года, «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденной Приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 года № 266.». Родители детей, участвовавших в исследовании, присутствовали при его проведении, подтверждали информированное согласие на его проведение и публикацию результатов исследований без идентификации личности.

Наличие идентифицируемых данных людей: Родители детей, участвовавших в исследовании, присутствовали при его проведении, подтверждали информированное согласие на его проведение и публикацию результатов исследований без идентификации личности.

STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF THE LOWER MUSCLES OF LIMB IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY GMFCS I

Trofimov A.O.

Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center for Traumatology and Orthopedics named after Academician G.A. Ilizarov" of the Ministry of Health of the Russian Federation
Kurgan, Russia

Abstract

Background. Muscle weakness is a major component of cerebral palsy (CP) that contributes to functional disability.

Aim. Of the study was to compare the indicators of dynamometry in combination with sonography of the muscles of the lower extremities in children with cerebral palsy of the GMFCS I.

Materials and methods. A group of children (10 people, 20 limbs), 10.8±0.9 years old (from 9 to 13 years old) with hemiplegic form of cerebral palsy GMFCS I, with limb isolation - emphasis on pathology and contralateral, was examined. The research method is dynamometry (test stands for thigh and lower leg muscles developed at the Ilizarov Center), ultrasonography.

Results. In patients with cerebral palsy GMFCS I beam angle m. Gastrocnemius did not differ significantly from the normal values, both on the accent side and on the contralateral limb. A functional test with voluntary muscle tension revealed a significant decrease in the calculated index of contractility in both limbs. On the contralateral limb, there was no significant decrease in the absolute and relative moments of force of the flexors/extensors of the lower leg and foot in combination with sonographic signs of the preservation of muscle volume. Emphasis on the extremity - pathology relative to the norm - the cross-sectional area of the muscles of the dorsal and plantar flexors of the foot was reduced, on average by 37.0%. Relative to healthy peers (according to the literature), the absolute and relative strength parameters of the muscles of the flexors/extensors of the foot are reduced by 45% - 65%.

Conclusion. In the hemiplegic form of cerebral palsy, level I GMFCS, dynamometry data in combination with sonographic signs indicate a structural and functional impairment of the motor apparatus only in the distal segments. The decrease relative to the norm of the absolute and relative parameters of the strength of the muscles of the flexors / extensors of the foot is determined only on the limbs - the emphasis of the pathology.

Key words: muscle strength, muscle ultrasound, dynamometry.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Anatolii O. Trofimov, postgraduate of FSBI *NIMRC TO* of the RF Ministry of Health, Kurgan, the Russian Federation. Address: M. Ulianova Street, 6. Kurgan, 640014 mobile phone 8 (922) 57-57-57-7; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3455-4530>; eLibrary SPIN: 1386-6678; e-mail: trofimov.doc@bk.ru

Author contribution statement: The authors evenly participated in the design of the research, data collection, analysis and writing of the article.

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: The research was approved by the Ethics Committee of the Federal State Budgetary Institution "National Ilizarov Centre for Traumatology and Orthopedics" No. 2(70) dated 10/21/2021. The research was performed in accordance with the ethical standards of the Helsinki Declaration of the World Medical Association "Ethical Principles for Conducting Scientific Medical Research in Humans" as amended in 2000, "Rules of Clinical Practice in the Russian Federation", approved by the Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated June 19, 2003 No. 266.". The parents of the children participating in the research were present during the researching, confirmed their informed consent to conduct it and to publish the results of the research without identifying the individual.

Inclusion of identifiable human data: The parents of the children participating in the research were present during the researching, confirmed their informed consent to conduct it and to publish the results of the research without identifying the individual.

Введение. Мышца при церебральном параличе структурно, биологически и механически отличается от мышц нормально развивающихся детей того же возраста. Основные причины снижения потенциала активной силы спастических скелетных мышц у детей с ДЦП– это уменьшение размера мышц за счет её сократительной ткани, чрезмерно растянутые саркомеры и

потеря саркомерного белка –Титин [1]. Сила мышц нижних конечностей определяет степень выраженности патологических паттернов походки [2].

У детей со спастической формой церебрального паралича ДЦП I- II уровня по GMFCS размер мышц, относительно здоровых сверстников, уменьшен, в среднем, от 27,9% до 43% [3]. Уменьшение числа саркомеров влияет на степень снижения контрактильности мышцы, и её способности генерировать силу. Показатель максимальной силовой способности мышц определяется физиологической площадью её поперечного сечения, а не объемом. [4].

Цель исследования. Сравнение показателей динамометрии в сочетании с сонографией мышц нижних конечностей у детей с ДЦП I уровня по GMFCS.

Материалы и методы исследования. Обследована группа детей (10 человек, 20 конечностей) со спастическими формами церебрального паралича, с двигательными нарушениями, соответствовавшими уровню I по GMFCS, с выделением конечности – акцент патологии и контралатеральной, ранее не лечившиеся консервативными и хирургическими методами. Средний возраст составил 11,5±0,6 года (от 9 до 14 лет)

Для оценки функционального состояния мышц сгибателей и разгибателей бедра, голени и стопы использованы методики исследования: динамометрия, на разработанных в Центре Илизарова стендах [5-6], ультрасонография.

Результаты исследования. Результаты обследований представлены в таблице 1.

Таблица 1- Функциональное состояние мышц нижних конечностей у больных ДЦП (GMFCS I).

	контралатеральная конечность n=10	конечность – акцент n=10
Тыльные сгибатели стопы		
Площадь поперечного сечения мышц, см ²	12,8 (11,6÷13,9)	12,5 (10,6÷13,2)
MF, Н*м	18,8 (15,4÷19,7)	15,9 (12,7÷18,7)
MF/кг, Н*м/кг	0,49 (0,41÷0,57)	0,33 (0,28÷0,45)
оMF, Н*м/см ²	1,29 (1,02÷1,48)	0,97 (0,75÷1,25)
Подошвенные сгибатели стопы		
Угол (°) наклона волокон m. Soleus	21,1 (19,0÷23,4)	19,2 (14,4÷21,9)
Контрактильность, % m. gastrocnemius	16,8 (16,1÷24,1)	15,8 (14,1÷19,5)
Площадь поперечного сечения мышц, см ²	26,9 (22,1÷27,9)	23,1 (20,4÷26,2)
MF, Н*м	23,4 (17,8÷30,2)	11,9 (9,9÷29,5)
MF/кг, Н*м/кг	0,62 (0,55÷0,74)	0,32 (0,28÷0,72)
оMF, Н*м/см ²	0,86 (0,72÷1,15)	0,52 (0,42÷1,14)
Индекс мышц - антагонистов голени, отн.ед	1,68 (1,13÷2,03)	1,52 (1,15÷1,89)
Разгибатели голени		
Площадь поперечного сечения мышц, см ²	26,7 (21,2÷35,7)	23,5 (19,4÷31,3)
MF, Н*м	37,1 (32,2÷42,9)	35,1 (27,8÷42,9)
MF/кг, Н*м/кг	1,07 (0,81÷1,31)	0,97 (0,84÷1,19)
оMF, Н*м/см ²	1,27 (1,06÷1,69)	1,21 (1,01÷1,37)
Сгибатели голени		
Площадь поперечного сечения мышц, см ²	36,5 (33,9÷47,4)	30,9 (27,9÷40,4)
MF, Н*м	25,7(17,0÷31,7)	24,1 (23,1÷30,2)
MF/кг, Н*м/кг	0,81 (0,48÷0,97)	0,70 (0,54÷0,89)
оMF, Н*м/см ²	0,52 (0,41÷0,93)	0,78 (0,51÷0,95)
Индекс мышц - антагонистов бедра, отн.ед	1,51 (1,18÷1,80)	1,39 (1,10÷1,75)

Анализовались: максимальный (MF, Н*м) и относительный веса (MF, Н*м/кг) момент силы мышц в изометрическом режиме с расчетом индекса мышц – антагонистов. По данным сонографии определялась площадь поперечного сечения (S см²) передней и задней групп мышц

бедро и голени и относительный площади мышц момент силы (оMF).

Статистическая обработка данных производилась программами непараметрической статистики AtteStat. Учитывая, количество наблюдений в группах, для обработки результатов использована непараметрическая статистика с принятием уровня значимости $p \leq 0,05$. Количественные характеристики выборочных совокупностей представлены в таблице в виде медианы с уровнем распределения процентилей 25% ÷ 75% и числа наблюдений (n), равного числу конечностей. Статистическую значимость различий определяли с использованием парного критерия Вилкоксона.

У пациентов с гемиплегической формой ДЦП I уровня по GMFCS не выявлено статистической разницы показателей динамометрии между конечностями. Преобладание эхопозитивного сигнала на обеих конечностях делало затрудненным дифференцировку мышечных слоев, при этом мышечный рисунок сохранен как на контралатеральной, так и на конечности акцент патологии. Угол наклона соединительно тканной прослойки на обеих конечностях соответствовал значениям нормы, но проведение функциональной пробы выявило (табл. 1) снижение расчётного показателя контрактильности на обеих конечностях [7].

При GMFCS I не выявлено статистической разницы показателей динамометрии всех исследованных групп мышц между конечностями. Относительно нормы на контралатеральной конечности снижение на 10% - 30% мышц бедра и голени не имело статистической значимости. На акцент – конечности относительно нормы были снижены на 45% - 65% силовые параметры мышц сгибателей/разгибателей стопы, и отсутствует значимое различие мышц сгибателей/разгибателей голени. [8]. Относительный момент силы с учетом площади поперечного сечения мышц и силовой индекс антагонистов мышцы бедра и голени уменьшался как на контралатеральной, так и на акцент -конечности у пациентов, но не имел различий от значений нормы в связи с выраженной неоднородностью показателя в малой группе выборки. Проявляется закономерность увеличения дисбаланса мышечной силы между мышцами-антагонистами на менее пораженной и более пораженной конечностях с уменьшением индекса мышц-антагонистов бедра и голени.

Заключение. При гемиплегической форме церебрального паралича I уровня GMFCS данные динамометрии в сочетании с сонографическими признаками свидетельствуют о структурно-функциональном нарушении моторного аппарата только дистальных сегментов. Определяется достоверное значение снижения относительно нормы абсолютных и относительных параметров силы мышц сгибателей/разгибателей стопы только на конечности – акцент патологии.

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Jason J. Howard, Walter Herzog. Skeletal Muscle in Cerebral Palsy: From Belly to Myofibril: Front Neurol. 2021; 12: 620852. Published online 2021 Feb 18. [https://doi: 10.3389/fneur.2021.620852](https://doi.org/10.3389/fneur.2021.620852)
2. Darras N, Nikaina E, Tziomaki M, Gkrimas G, Papavasiliou A and Pasparakis D (2021) Development of Lower Extremity Strength in Ambulatory Children With Bilateral Spastic Cerebral Palsy in Comparison With Typically Developing Controls Using Absolute and Normalized to Body Weight Force Values. Front. Neurol. 12:617971. [https://doi: 10.3389/fneur.2021.617971](https://doi.org/10.3389/fneur.2021.617971)
3. Matthiassdottir S, Hahn M, Yaraskavitch M, Herzog W. Muscle and fascicle excursion in children with cerebral palsy. Clin Biomech. (2014) 29:458–62. [https://doi: 10.1016/j.clinbiomech.2014.01.002](https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2014.01.002)
4. Biewener AA. Locomotion as an emergent property of muscle contractile dynamics. J Exp Biol. 2016 Jan;219(Pt 2):285-94. [https://doi: 10.1242/jeb.123935](https://doi.org/10.1242/jeb.123935). PMID: 26792341; PMCID: PMC6514473.
5. Щуров В.А., Долганова Т.И., Долганов Д.В. Установка для измерения силы мышц бедра //Медицинская техника, 2014 - №1 – стр. 27-30. [Shchurov V.A., Dolganova T.I., Dolganov D.V. *Ustanovka dlya izmereniya sily myshts bedra* //Meditinskaya tekhnika. 2014 - №1 – str. 27-30(In Russ.).]
6. Щуров В.А., Долганова Т.И., Долганов Д.В. Установка для измерения силы мышц голени / Медицинская техника, 2016. - №2. – с.37-39 [Shchurov V.A., Dolganova T.I., Dolganov D.V. *Ustanovka dlya izmereniya sily myshts goleni* / Meditsinskaya tekhnika. 2016. - №2. – s.37-39 (In Russ.).]
7. Eugene G McNally Practical Musculoskeletal Ultrasound / Per. s angl. A.N. Khitrovoy pod red. G.I. Nazarenko I.B. Geroyevoy. — М.: Izdatelskiy dom Vidar M. 2007. – 400s / s273-275.

8. Щурова Е.Н., Сайфутдинов М.С., Долганова Т.И., Ахмедова М.А., Горбач А.П. Анализ степени вовлечённости мышц нижних конечностей в патологический процесс у подростков с идиопатическим сколиозом. *Acta biomedica scientifica*. 2021; 6(2): 154-165. [https://doi: 10.29413/ABS.2021-6.2.18](https://doi.org/10.29413/ABS.2021-6.2.18). [Shchurova E.N., Sayfutdinov M.S., Dolganova T.I., Akhmedova M.A., Gorbach A.P. Analiz stepeni vovlechenosti myshts nizhnikh konechnostey v patologicheskiy protsess u podrostkov s idiopaticheskim skoliozom. *Acta biomedica scientifica*. 2021; 6(2): 154-165. (In Russ.)]

УДК: 616.831-009.11:615.825.4

АДАПТИВНОЕ СКАЛОЛАЗАНИЕ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Шейко Г.Е.¹, Белова А.Н.¹, Кавинов М.А.²

¹ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

²Региональная Общественная Организация «Федерация скалолазания Нижегородской области»
Нижний Новгород, Россия

Аннотация

Введение. В системе комплексной реабилитации пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП) всё чаще находит место так называемая адаптивная физическая культура, одной из форм которой является адаптивное скалолазание (АС). Несмотря на высокую актуальность и интерес самих пациентов к адаптивной физической культуре, в отечественной и мировой литературе имеется не так много данных, посвященных изучению применения АС в комплексной реабилитации пациентов с ДЦП.

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности АС, применяемого в дополнение к стандартной медицинской реабилитации детей и подростков со спастическими формами ДЦП.

Материалы и методы. В исследование включено 30 пациентов от 5 до 18 лет со спастическими формами ДЦП, которые распределялись в одну из двух групп: 1-ая, основная группа (n=15) – пациенты, которым проводилась стандартная медицинская реабилитация в сочетании с занятиями АС; 2-ая. группа сравнения (n=15) – участники, получавшие только медицинскую реабилитацию. Выполнена комплексная оценка эффективности и безопасности реабилитационных мероприятий до начала занятий АС и через 3 месяца с использованием клинично-неврологического и инструментального обследований, включая биомеханическое исследование (электроподография, видеоанализ ходьбы и стабилография).

Результаты. Через 3 месяца после включения в исследование у пациентов группы 1 выявлено статистически значимое улучшение общих моторных функций по шкале GMFM-88 (p=0,0001), снижение уровня спастичности по модифицированной шкале Эшворта (p=0,0051) и улучшение мануальных способностей по шкале MACS (p=0,0431). По данным электроподографического исследования в группе 1 отмечалась положительная динамика в виде нарастания симметрии времени шага (p=0,0063), длины шага (p=0,0083) и скорости ходьбы (p=0,0409). По данным видеоанализа ходьбы, в группе 1 было выявлено статистически значимое нарастание диапазона движения в тазобедренном (p=0,0038) и коленных суставах (p=0,0076). В группе 2 не отмечалось существенного изменения показателей, за исключением выраженности спастичности по модифицированной шкале Эшворта (p=0,0180). Выявлена положительная корреляционная связь между показателями «длина шага» и «скорость ходьбы» (r=0,605, p=0,0168). Отрицательная корреляционная связь была выявлена между показателем «скорость ходьбы» и оценкой по GMFCS (r= - 0,832, p=0,0372). Зарегистрировано всего 2 нежелательных явления в исследуемой группе: острая респираторная вирусная инфекция и ушиб запястья в ходе занятия АС.

Заключение. АС в дополнение к традиционным методикам медицинской реабилитации приводит к снижению спастичности, повышению подвижности суставов и контролю произвольных движений, улучшению поддержания положения тела, ходьбы и точных движений кисти, а также обладает благоприятным профилем безопасности. АС является эффективным и безопасным мотивирующим методом физической культуры, способным изменить взгляд пациента на традиционную терапию.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, адаптивная физкультура, адаптивное скалолазание, биомеханика, электроподография, видеоанализ ходьбы, стабилография, реабилитация, физическая реабилитация.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Шейко Геннадий Евгеньевич, кандидат медицинских наук; адрес: 603950, БОКС-470, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д.10/1; ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-0402-7430>; elibrary SPIN: 8575-1319; e-mail: sheikogennadii@yandex.ru

Белова Анна Наумовна, доктор медицинских наук, профессор, ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-9719-6772>; elibrary SPIN: 3084-3096; e-mail: anelova@mail.ru

Кавинов Максим Александрович, телефон 8 (910) 790 00 02; ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-2450-2470>; e-mail: zmeuigor@inbox.ru

Вклад авторов: Шейко Г.Е. – разработка концепции и дизайна исследования, отбор и клиническое обследование пациентов, статистическая обработка, написание текста; Белова А.Н. – разработка концепции и дизайна исследования, научная редакция текста рукописи; Кавинов М.А. – разработка концепции и дизайна исследования, проведение занятий адаптивным скалолазанием

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Наличие идентифицируемых данных людей: настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объектов исследований.

ADAPTIVE CLIMBING IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH CEREBRAL PALSY

Sheiko G.E.¹, Belova A.N.¹, Kavinov M.A.²

¹Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Privolzhsky Research Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation

²Regional Public Organization «Climbing Federation»
Nizhny Novgorod, Russia

Abstract

Background. The use of adaptive physical culture in the system of complex rehabilitation of patients with cerebral palsy (CP) is becoming more popular. Adaptive climbing (AC) is one of these types of physical culture and sports activities. Currently, there is not much data in the domestic and world literature devoted to the study of the use of AC in the complex rehabilitation of patients with CP.

Background. Evaluation of the effectiveness and safety of AC in the rehabilitation of children and adolescents with spastic forms of CP in addition to conventional medical rehabilitation.

Materials and methods. 30 participants from 5 to 18 years old with spastic forms of CP were included in the study. The participants were divided into one of the groups: the 1st group, the study group (n=15) – patients who underwent standard medical rehabilitation and AC classes; the 2nd group, the control group (n=15) - participants who underwent only medical rehabilitation. A comprehensive assessment of the effectiveness and safety of rehabilitation measures was performed before the start of AC classes and after 3 months using clinical neurological and instrumental examinations, including biomechanical examination (electropodography, video analysis of walking and stabilography).

Results. Group 1 patients showed a statistically significant improvement in general motor functions on the GMFM-88 scale ($p < 0,0001$), a decrease in the level of spasticity on the modified Ashworth scale ($p = 0,0051$) and an improvement in manual abilities on the MACS scale ($p = 0,0431$) 3 months after inclusion in the study. Positive dynamics in the form of an increase in the symmetry of step time ($p = 0,0063$), step length ($p = 0,0083$) and step velocity ($p = 0,0409$) were noted according to the electropodographic study in group 1. A statistically significant increase in the range of motion in the hip ($p = 0,0038$) and knee joints ($p = 0,0076$) was detected in group 1 according to video analysis of walking. There was no significant change in the indicators in group 2, except for the severity of spasticity on the modified Ashworth scale ($p = 0,0180$). A positive correlation was found between the indicators "step length" and "step velocity" ($r = 0,605$, $p = 0,0168$). A negative correlation was found between the "step velocity" indicator and the GMFCS score ($r = - 0.832$, $p = 0,0372$). Only 2 adverse events were registered in the study group: acute respiratory viral infection and wrist injury during AC.

Conclusion. AC, in addition to traditional methods of medical rehabilitation, leads to a decrease

in spasticity, increased joint mobility and control of voluntary movements, improved maintenance of body position, walking and precise hand movements, and also has a favorable safety profile. AC is an effective and safe motivating method of physical culture that can change the patient's view of traditional therapy.

Key words: cerebral palsy, adaptive physical education, adaptive climbing, biomechanics, electropodography, video analysis of walking, stabilography, rehabilitation, physical rehabilitation.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Sheiko G.E. - development of the concept and design of the study, selection and clinical examination of patients, statistical processing, text writing;

Belova A.N. - development of the concept and design of the study, scientific revision of the text of the manuscript;

Kavinov M.A. - development of the concept and design of the study, conducting adaptive climbing classes.

Author contribution statement: исследование не имело спонсорской поддержки

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: No human studies are presented in this manuscript.

Введение. Одной из самых частых причин ограничений жизнедеятельности у детей и подростков является детский церебральный паралич (ДЦП) [1,2]. В Российской Федерации распространенность ДЦП соответствует общемировой эпидемиологической обстановке и колеблется по разным данным от 2,2 до 3,3 случаев на 1000 новорожденных [1,3]. Традиционно медицинская реабилитация с целью улучшения двигательных и координаторных функций пациентов с ДЦП реализуется в основном за счет методик, непосредственно связанных с движением, т.е. за счет лечебной гимнастики, аппаратной кинезитерапии, роботизированной механотерапии с использованием специализированных тренажеров, в том числе, основанных на принципе биологической обратной связи [3,4]. В последнее время в системе комплексной реабилитации пациентов с ДЦП всё более популярным становится применение так называемой адаптивной физической культуры, действие которой направлено на коррекцию последствий вынужденной малоподвижности, активизацию и улучшение деятельности всех сохранных функций, систем и адаптационных возможностей организма человека [4,5]. Одним из таких видов физкультурно-спортивной деятельности является адаптивное скалолазание (англ. adaptive climbing, therapeutic climbing, paraclimbing) [5]. Адаптивное скалолазание (АС) - вид спорта и вид активного отдыха, для людей с ограниченными возможностями, который заключается в лазании по естественному (скалы) или искусственному (скалодром) рельефу [6,7]. Лазание для детей является одним из способов познания окружающего мира и одной из базовых локомоций [8]. АС для детей с ДЦП носит прежде всего оздоровительный и развивающий характер, а не состязательный [9]. Несмотря на высокую актуальность и интерес самих пациентов к адаптивной физической культуре, в настоящее время в отечественной и мировой литературе можно найти не так много данных посвященных изучению применения АС в комплексной реабилитации пациентов с ДЦП [5,6,10,11]. В связи с этим нами был разработан протокол и проведено одноцентровое проспективное рандомизированное сравнительное исследование с целью оценки эффективности и безопасности АС, применяемого в дополнение к стандартной медицинской реабилитации детей и подростков со спастическими формами ДЦП.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе Университетской клиники ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России совместно с ННГУ им. Н.И. Лобачевского и Нижегородским центром скалолазания «ЛадЪ». Рандомизация, согласно протоколу, осуществлялась с использованием метода конвертов в одну из групп: 1-ая группа, исследуемая (n=15) – пациенты, которым проводилась медицинская реабилитация и занятия АС; 2-ая, группа сравнения (n=15) – участники, которые получали только традиционную медицинскую реабилитацию. В исследование были включены пациенты с спастическими формами ДЦП в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра: спастическая диплегия - G80.1, гемиплегия - G80.2.

Критериями включения являлись: диагноз ДЦП, возраст от 5 до 18 лет и уровень глобальных моторных функций по шкале GMFCS (Gross Motor Function Classification System, или

Система классификации больших моторных функций) - I и II.

Критерии исключения: любой другой диагноз, связанный с нарушением движения и поддержания позы, отличный от ДЦП; сопутствующее заболевание, которое может повлиять на качество жизни по мнению врача-исследователя; серьезное психическое расстройство, например, биполярное расстройство.

Исследование было одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России. Участники получили подробную информацию об исследовании и о том, что оно было добровольным. Согласие было подписано родителями детей с ДЦП и врачом-исследователем.

Клиническая оценка эффективности реабилитационных мероприятий, согласно протоколу, в обеих группах проводилась до начала занятий АС и через 3 месяца с использованием анализа жалоб и анамнестических данных, общесоматического, клинико-неврологического и инструментального обследований. Для оценки уровня спастичности использовалась модифицированная шкала спастичности Эшворта. Количественная оценка общих моторных функций производилась с помощью шкалы GMFM-88 (Gross motor function measure 88, или Шкала оценки крупных моторных функций) с вычислением среднего итогового балла по всем параметрам [1]. Оценка моторики рук пациентов осуществлялась с использованием шкалы MACS (Manual Ability Classification System, или Система классификации мануальных способностей для детей с церебральным параличом). Инструментальная оценка ходьбы и поддержания равновесия включала следующее биомеханическое обследование: электроподография (оцениваемые временные и пространственные параметры: скорость ходьбы, время шага, длина шага, коэффициент максимальной силы и коэффициент ритмичности ходьбы), 2D видеоанализ ходьбы (оцениваемые параметры: углы сгибания тазобедренного, коленного и голеностопного суставов во время ходьбы) и стабиллография (оцениваемые параметры: положение центра давления, длина и площадь стакинезиограммы, скорость перемещения центра давления, энергоэффективность поддержания вертикальной позы). Показатели электроподографии представлены в виде индекса симметрии (наименьшее значение параметра/наибольшее значение параметра $\times 100$). При анализе показателей 2D видеоанализа ходьбы у пациентов с диплегией (G80.1) рассчитывался средний показатель по обеим нижним конечностям; в группе с гемиплегией (G80.2) использовались показатели пораженной конечности. Исследование ходьбы (электроподография и 2D видеоанализ) выполнялись на электроподографической дорожке Walkway производства Tek-Scan (США) и на системе видеоанализа движений Simi Aktisys (Германия); стабиллография – на стабиллоплатформе ST – 150 (Россия).

Занятия по АС проводились на базе Нижегородского центра скалолазания «ЛадЪ» 2 раза в неделю по 80 минут в течение 3 месяцев с использованием скалодрома общей площадью 350 м². На подготовительном этапе обучения (первые 2-3 занятия) упражнения на скалодроме отработывались на высоте 20-30 см от уровня поверхности гимнастического мата с продвижением в горизонтальном направлении, с использованием зацепов большого размера, которые предварительно маркировались. При совершенствовании навыков лазания по скалодрому, постепенно увеличивалась высота подъема и выполнение упражнений, так же вводились мелкие зацепы. В процессе занятий АС детьми и подростками с ДЦП осваивались следующие основные элементы: траверс, трудность и скорость [6]. Помимо изучения элементов скалолазания на занятиях в большом объеме присутствовали общеразвивающие упражнения, упражнения на гибкость и расслабление, на укрепление основных групп мышц, подвижные игры и игровые задания. При обучении технике преодоления вертикальных трасс участники занимались с верхней страховкой индивидуально с инструктором-методистом по адаптивному скалолазанию или с волонтером, прошедшим подготовку по использованию страховочных систем в скалолазании.

Комплекс стандартных реабилитационных мероприятий, которые получали дети в обеих группах в амбулаторных условиях, включал лечебную физкультуру, механотерапию, массаж, по мере необходимости – фармакотерапию, занятия с логопедом и дефектологом. Реабилитация в домашних условиях осуществлялась путем ежедневного выполнения физических упражнений, рекомендованных врачом.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы MedCalc Statistical Software и Microsoft Office Excel, 2010.

Результаты. В исследование были включены 30 пациентов с ДЦП (23 мальчика и 7 девочек), из них 15 детей со спастической диплегией (G80.1) и 15 с гемиплегией (G80.2). Различий по основным клинико-демографическим признакам у пациентов с ДЦП на момент включения в

исследование не отмечалось.

Клиническая оценка эффективности реабилитации

Через 3 месяца после включения в исследование у пациентов группы 1 выявлено статистически значимое улучшение общих моторных функций по шкале GMFM-88 ($p < 0,0001$), снижение уровня спастичности по модифицированной шкале Эшворта ($p = 0,0051$) и улучшение мануальных способностей по шкале MACS ($p = 0,0431$). В группе 2 не отмечалось существенного изменения показателей по вышеперечисленным шкалам, за исключением выраженности спастичности по модифицированной шкале Эшворта ($p = 0,0180$). При сравнении между разными группами показателей шкал и опросников, полученных через 3 месяца после включения участников в исследование, были выявлены статистически значимые различия только по шкале GMFM-88 ($p = 0,0001$). Уровень моторных функций по шкале GMFCS остался прежним у участников обеих групп.

По данным электроподографии через 3 месяца после включения участников в исследование в группе 1 отмечалась положительная динамика в виде снижения времени шага ($p = 0,0063$), увеличения длины шага ($p = 0,0083$) и скорости ходьбы ($p = 0,0409$) в сравнении с исходными показателями. Не было выявлено статистически значимых различий при сравнении показателей внутри контрольной группы.

При сравнении показателей видеоанализа ходьбы внутри групп до и через 3 месяца было выявлено статистически значимое нарастание диапазона движений в тазобедренном ($p = 0,0038$) и коленных суставах ($p = 0,0076$) в группе 1. Статистически значимых различий внутри группы 2, а также при сравнении показателей между группами выявлено не было.

По данным стабиллографического исследования статистически значимого улучшения внутри исследуемой и контрольной группы выявлено не было. Также не наблюдались различия при сравнении показателей между группами.

Корреляционный анализ результатов обследований, проведенных через 3 месяца с момента включения участников в исследование, продемонстрировал положительную корреляционную связь между показателями электроподографического исследования «длина шага» и «скорость ходьбы» ($r = 0,605$, $p = 0,0168$). Отрицательная корреляционная связь была выявлена между электроподографическим показателем «скорость ходьбы» и уровнем глобальным моторных функций по шкале GMFCS ($r = -0,832$, $p = 0,0372$). Статистически значимой взаимосвязи между различными комбинациями показателей клинического и биомеханического обследований выявлено не было.

Заключение. Показано, что адаптивное скалолазание в дополнение к традиционным методикам медицинской реабилитации у пациентов с детским церебральным параличом приводит к снижению спастичности, повышению подвижности суставов и контролю произвольных движений, улучшению поддержания положения тела, ходьбы и точных движений кисти, а также обладает благоприятным профилем безопасности. Выявлена положительная корреляционная связь между показателями электроподографического исследования, а также отрицательная корреляционная связь между уровнем глобальных моторных функций и скоростью ходьбы. Адаптивное скалолазание является эффективным и безопасным мотивирующим методом физической культуры, способным изменить взгляд пациента на традиционную терапию. Тем не менее, остаётся актуальным проведение рандомизированных сравнительных исследований с включением большего числа участников, анализом отдаленных результатов и оценкой как двигательных, так и когнитивных и психологических функций.

Источники финансирования: Фонд президентских грантов в рамках проекта «Нет недостижимых высот»

Acknowledgments: Presidential grants fund within the framework of the project "There are no unattainable heights"

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

ЛИТЕРАТУРА

1. Семёнова Е.В., Клочкова Е.В., Коршикова-Морозова А.Е., Трухачёва А.В., Заблоцкис Е.Ю. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным

центрам. Москва, Лепта книга. 2018: 584 с.

2. Heinen F., Desloovere K., Schroeder A.S., Berweck S., Borggraefe I., Campenhout A., Andersen G.L., Aydin R., Becher J.G., Bernert G., Caballero I.M., Carr L., Valayer E.C., Desiato M.T., Fairhurst C., Filipetti P., Hassink R.I., Hustedt U., Jozwiak M., Kocer S.I., Kolanowski E., Krägeloh-Mann I., Kutlay S., Mäenpää H., Mall V., McArthur P., Morel E., Papavassiliou A., Pascual-Pascual I., Pedersen S.A., Plasschaert F.S., van der Ploeg I., Remy-Neris O., Renders A., Di Rosa G., Steinlin M., Tedroff K., Valls J.V., Viehweger E., Molenaers G. The updated European Consensus 2009 on the use of Botulinum toxin for children with cerebral palsy. *European Journal of Paediatric Neurology*. 2010; 14(1): 45-66. DOI: 10.1016/j.ejpn.2009.09.005

3. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Кузенкова Л.М., Куренков А.Л., Клочкова О.А., Мамедьяров А.М., Каримова Х.М., Бурсагова Б.И., Вишнева Е.А. Детский церебральный паралич у детей: клинические рекомендации. Москва, Министерство здравоохранения Российской Федерации. 2016: 36 с.

4. Волкова Е.А., Жуковская А.В., Кукушкина Е.А., Федорова П.С. Адаптивная физическая реабилитация для лиц с ДЦП: методические материалы. Ярославль, 2016: 68 с.

5. Koch H.G.B., Peixoto G.O., Labronici R.H.D.D., Silva N.C.O.V., Alfieri F.M., Portes L.A. Therapeutic climbing: a possibility of intervention for children with cerebral palsy. *Acta Fisiátrica*. 2015; 22(1): 35-38. DOI: 10.5935/0104-7795.20150008

6. Шейко Г.Е., Белова А.Н., Баландина О.В., Кавинов М.А., Оринчук В.А. Адаптивное скалолазание в реабилитации пациентов с детским церебральным параличом. *Адаптивная физическая культура*. 2021; 87(3): 32-35.

7. Оринчук В.А., Оринчук А.В., Иосько Н.В., Кожеков С.О. Организация соревнований по адаптивному скалолазанию для детей и подростков с нарушением интеллекта. *Адаптивная физическая культура*. 2021; 86(2): 48-50.

8. Скриплева Е.В., Андреева В.Ю. Физическая культура – часть культуры общества и личности. *Инновационная экономика: перспективы развития и совершенствования*. 2018; 30(4): 141-145.

9. Смолина О.Ю. Параклаймбинг – адаптивное скалолазание для детей с ОВЗ. Методические рекомендации. Тюмень, 2019: 33 с.

10. Christensen M.C., Jensen T., Voigt C.B., Nielsen J.B., Lorentzen J. To be active through indoor-climbing: an exploratory feasibility study in a group of children with cerebral palsy and typically developing children. *BMC Neurology*. 2017; 17(1): 112. DOI:10.1186/s12883-017-0889-z

11. Оринчук В.А., Курникова М.В. Эффективность занятий по адаптивному скалолазанию в развитии физических качеств детей и подростков с инвалидностью. *Культура физическая и здоровье*. 2020; 76(4): 181-184.

REFERENCES

1. Semyonova E.V., Klochkova E.V., Korshikova-Morozova A.E., Truhachyova A.V., Zablockis E.Y. Reabilitaciya detej s DCP: obzor sovremennyh podhodoj v pomoshch' reabilitacionnym centram [Rehabilitation of children with cerebral palsy: an overview of modern approaches to help rehabilitation centers]. Moscow, Lepta Kniga. 2018: 584 p. (In Russ.).

2. Heinen F., Desloovere K., Schroeder A.S., Berweck S., Borggraefe I., Campenhout A., Andersen G.L., Aydin R., Becher J.G., Bernert G., Caballero I.M., Carr L., Valayer E.C., Desiato M.T., Fairhurst C., Filipetti P., Hassink R.I., Hustedt U., Jozwiak M., Kocer S.I., Kolanowski E., Krägeloh-Mann I., Kutlay S., Mäenpää H., Mall V., McArthur P., Morel E., Papavassiliou A., Pascual-Pascual I., Pedersen S.A., Plasschaert F.S., van der Ploeg I., Remy-Neris O., Renders A., Di Rosa G., Steinlin M., Tedroff K., Valls J.V., Viehweger E., Molenaers G. The updated European Consensus 2009 on the use of Botulinum toxin for children with cerebral palsy. *European Journal of Paediatric Neurology*. 2010; 14(1): 45-66. DOI: 10.1016/j.ejpn.2009.09.005

3. Baranov A.A., Namazova-Baranova L.S., Kuzenkova L.M., Kurenkov A.L., Klochkova O.A., Mamed'yarov A.M., Karimova H.M., Bursagova B.I., Vishneva E.A. Detskij cerebral'nyj paralich u detej: klinicheskie rekomendacii [Cerebral palsy in children: clinical recommendations]. Moscow, Union of Pediatricians of Russia. 2016: 36 p. (In Russ.).

4. Volkova E.A., Zhukovskaya A.V., Kukushkina E.A., Fedorova P.S. Adaptivnaya fizicheskaya reabilitaciya dlya lic s DCP: metodicheskie materialy [Adaptive physical rehabilitation for people with cerebral palsy: methodological materials]. Yaroslavl, 2016: 68 p. (In Russ.).

5. Koch H.G.B., Peixoto G.O., Labronici R.H.D.D., Silva N.C.O.V., Alfieri F.M., Portes L.A. Therapeutic climbing: a possibility of intervention for children with cerebral palsy. *Acta Fisiátrica*.

2015; 22(1): 35-38. DOI: 10.5935/0104-7795.20150008

6. Sheiko G.E., Belova A.N., Balandina O.V., Kavinov M.A., Orinchuk V.A. Adaptivnoe skalolazanie v reabilitacii pacientov s detskim cerebral'nym paralichom [Adaptive rock climbing in rehabilitation of patients with cerebral palsy]. *Adaptive physical education*. 2021; 87(3): 32-35. (In Russ.).

7. Orinchuk V.A., Orinchuk A.V., Iosko N.V., Kozhekov S.O. Organizaciya sorevnovanij po adaptivnomu skalolazaniyu dlya detej i podrostkov s narusheniem intellekta [Organization of adaptive climbing competitions for children and adolescents with intellectual disabilities]. *Adaptive physical education*. 2021; 86(2): 48-50. (In Russ.).

8. Skripleva E.V., Andreeva V.Yu. Fizicheskaya kul'tura – chast' kul'tury obshchestva i lichnosti [Physical culture is a part of the culture of society and personality]. *Innovative economy: prospects for development and improvement*. 2018; 30(4): 141-145. (In Russ.).

9. Smolina O.Y. Paraklajmbing – adaptivnoe skalolazanie dlya detej s OVZ [Paracimbing - adaptive climbing for children with disabilities]. Methodological recommendations. Tyumen, 2019: 33 p. (In Russ.).

10. Christensen M.C., Jensen T., Voigt C.B., Nielsen J.B., Lorentzen J. To be active through indoor-climbing: an exploratory feasibility study in a group of children with cerebral palsy and typically developing children. *BMC Neurology*. 2017; 17(1): 112. (In Russ.). DOI:10.1186/s12883-017-0889-z

11. Orinchuk V.A., Kournikova M.V. Effektivnost' zanyatij po adaptivnomu skalolazaniyu v razvitii fizicheskikh kachestv detej i podrostkov s invalidnost'yu [Effectiveness of adaptive climbing classes in the development of physical qualities of children and adolescents with disabilities]. *Physical culture and health*. 2020; 76(4): 181-184. (In Russ.).

УДК: 616-073.178:617.586-007.5-053.2-089.227.84

КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМОПЛАНТОГРАММ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ МНОГОКОМПОНЕНТНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОПЫ ПО МЕТОДУ Г.А. ИЛИЗАРОВА

Долганова Т.И., Смолькова Л.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. акад. Г.А. Илизарова»
Курган, Россия

Аннотация

Введение. Восстановление опороспособности пораженной конечности является первым шагом в реабилитации пациентов при врожденной многокомпонентной патологии стоп, которая, представляет собой сочетанный порок развития костной, мышечной и сосудистой систем на фоне нарушения деятельности центральной и периферической нервной системы.

Цель исследования. Количественный анализ динамоплантограмм у пациентов 8-16 лет с многокомпонентной деформацией стоп до и после лечения по методу Г.А. Илизарова.

Материалы и методы. В амбулаторных условиях обследовано 22 пациента 8 -16 лет (13,6±2,8 лет) с врожденной рецидивирующей косолапостью до и после лечения методом чрескостного остеосинтеза по Илизарову. Группа контроля 20 детей того же возраста без ортопедической патологии стоп.

Для анализа количественной оценки динамоплантограммы (диагностический комплекс "ДиаСлед-Скан", г. С-Петербург) учитывались показатели автоматического заключения постпроцессорной обработки динамоплантограмм: Передне-задний коэффициент опоры ($K_{Fn/3}$), медио-латеральный коэффициент опоры ($K_{F \text{ м/л (область)}}$), парциальная нагрузка (F') на область стопы.

Результаты. В таблицах представлены расчетные показатели динамоплантограмм здоровых детей и пациентов по доминирующему компоненту деформации. При эквино-приведенной деформации стопы в статике и в динамике регистрируем увеличение $K_{Fn/3}$, снижен медио-латеральный коэффициент стопы и её отделов, зона перегрузки - область свода и плюсневых костей. При эквино-варусной деформации увеличение $K_{Fn/3}$, снижен медио-латеральный коэффициент стопы и её отделов, зона перегрузки - область плюсневых костей. Через 1 год после лечения в статике все основные расчетные показатели динамоплантограммы

соответствуют норме, отсутствуют критерии перегрузки отделов стоп. При ходьбе сохраняется повышенным передне-задний коэффициент (на 30-40%) с уменьшением нагрузки на 1 палец.

Заключение. Применение метода чрескостного остеосинтеза по Илизарову позволяет селективно подойти к оперативной коррекции у детей в зависимости от возрастных особенностей скелета стопы и степени деформации, что способствует достижению хорошего результата лечения, тем самым способствуя социальной адаптации ребенка.

Одним из объективных критериев результата лечения является отсутствие биомеханических условий перегрузки отделов стопы по данным динамоплантограмм.

Ключевые слова: подография, динамоплантография, стопа, аппарат Илизарова.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Долганова Тамара Игоревна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник научной лаборатории клиники нейроортопедии и системных заболеваний ФБГУ «НМИЦ ТО» им. акад. Г.А.Илизарова; адрес: 640014, улица М. Ульяновой, 6, Курган, Россия; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0117-3451>; eLibrary SPIN: 9221-3900; e-mail: rjik532007@rambler.ru

Смолькова Лидия Владимировна – аспирант ФГБУ «НМИЦ ТО им. акад. Г.А.Илизарова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; адрес: 640014, улица М. Ульяновой, 6, Курган, Россия; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9665-0427>; e-mail: slv@odb45.ru

Вклад авторов: Авторы равномерно принимали участие в разработке дизайна исследования, сборе данных, анализе и написании статьи.)

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: не было

Исследования с участием людей: получено заключение местного этического комитета на проведение исследования с участием людей, всеми законными представителями обследуемых подписано информированное согласие на проведение обследования, публикацию данных, полученных в результате исследований без идентификации личности.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

QUANTITATIVE ANALYSIS OF DYNAMOPLANTOGRAMS IN SCHOOLCHILDREN BEFORE AND AFTER TREATMENT OF MULTICOMPONENT FOOT DEFORMITY ACCORDING TO THE METHOD OF G.A. ILIZAROV

Dolganova T.I., Smolkova L.V.

FSBI «National Ilizarov Medical Research Centre for Traumatology and Orthopedics»

Kurgan, Russia

Abstract

Background. Restoration of the weight bearing of the affected limb is the first step in the rehabilitation of patients with congenital multicomponent foot pathology, which is a combined malformation of the bone, muscle and vascular systems against the background of disordering the central and peripheral nervous system.

Aim. Quantitative analysis of dynamoplantograms in patients 8-16 years old with multicomponent foot deformity before and after treatment according to the method of G.A. Ilizarov.

Materials and Methods. 22 patients 8-16 years old (13.6 ± 2.8) with congenital recurrent clubfoot were examined on an outpatient basis before and after treatment according to the Ilizarov method of transosseous osteosynthesis. Control group included 20 children of the same age without the orthopedic foot pathology. To analyze the quantitative assessment of the dynamoplantogram ("DiaSled-Scan" diagnostic complex, St. Petersburg), the indicants of the automatic conclusion of the post-processor processing of dynamoplantograms were taken into account: Anteroposterior support coefficient ($C_{Fa/p}$), mediolateral support coefficient ($C_{Fm/l (area)}$), partial load (F') on the foot area.

Results. The calculated indicants of dynamoplantograms of healthy children and patients on the dominant component of the deformity are presented in the tables.

In case of the foot equino-adducted deformity: an increase in $C_{Fa/p}$ is registered in statics and dynamics, the mediolateral coefficient of the foot and its parts is reduced, the overload zone is the area of the foot arch and metatarsal bones. In case of equino-varus deformity, an increase in $C_{Fa/p}$ is registered, the mediolateral coefficient of the foot and its parts is reduced, an overload zone is the area of the metatarsal bones. All the main calculated indicants of the dynamoplantogram correspond to the norm,

there are no criteria of overloading the foot parts. When walking, the anteroposterior coefficient remains elevated (by 30-40%) with a decrease in the load on the first toe.

Conclusions. The use of the transosseous osteosynthesis method according to Ilizarov allows to approach selectively to surgical correction in children, depending on the age characteristics of the foot skeleton and the degree of deformity, that promotes the achieving a good treatment result, thereby contributing to the social adaptation of the child. The absence of biomechanical conditions for overloading the foot parts by the data of dynamoplantograms is one of the objective criteria for the result of treatment.

Key words: podography, dynamoplantography, foot, the Ilizarov fixator

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Tamara Igorevna Dolganova – M.D., Ph.D., leading researcher of the Scientific Laboratory of the Clinics for neuroorthopedics and systemic diseases of FSBI NIMRC TO of the RF Ministry of Health, Kurgan, the Russian Federation; address: M. Ulianova Street, 6, 640014 Kurgan, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0117-3451>; eLibrary SPIN:9221-3900; e-mail: rjik532007@rambler.ru

Lidiia Vladimirovna Smolkova – postgraduate of FSBI NIMRC TO of the RF Ministry of Health, Kurgan, the Russian Federation; address: M. Ulianova Street, 6, 640014 Kurgan, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9665-0427>; e-mail: slv@odb45.ru

Author contribution statement: The authors evenly participated in the development of the study design, data collection, analysis and writing of the article.

Ethical statements.

Studies involving animal subjects: : No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: the conclusion of the local ethics committee for conducting research with the participation of people was obtained, all legal representatives of the surveyed signed an informed consent to conduct the survey, publication of data obtained as a result of research without identification.

Inclusion of identifiable human data: This article does not contain potentially identifiable images or human data.

Введение. Восстановление опороспособности пораженной конечности является первым шагом в реабилитации пациентов при врожденной многокомпонентной патологии стоп, которая представляет собой сочетанный порок развития костной, мышечной и сосудистой систем на фоне нарушения деятельности центральной и периферической нервной системы. Традиционные методики консервативного лечения рецидивирующих форм эквино-плоско-вальгусных деформаций стоп в группе пациентов школьного возраста и старше являются малоэффективными и на первый план выходят оперативные вмешательства на костях стопы и голени [1, 2, 3]. Трудности лечения этих пациентов обусловлены особенностями изменений анатомического строения, а исходы лечения оцениваются нагрузкой на стопу и различные её отделы.

Динамоплантограмма – одна из основных биомеханических методик, используемая для оценки функционального состояния стопы по анализу распределения нагрузки подошвенной поверхности [4].

Цель исследования. Количественный и качественный анализ динамоплантограмм у пациентов 8-18 лет с многокомпонентной деформацией стоп до и после лечения по методу Г.А. Илизарова.

Материалы и методы исследования. В амбулаторных условиях было проведено исследование динамоплантограмм у 22 пациентов 8-16 лет (31 стопа) с многокомпонентной деформацией стоп до и после лечения методом чрескостного остеосинтеза по Илизарову. Средний возраст обследуемых детей составил $13,6 \pm 3,8$ лет.

Все обследованные пациенты получали лечение по методу Илизарова. Методики включали в себя дозированную коррекцию деформации стопы аппаратом Илизарова после вмешательства на мягких тканях (ахилло-, плантотомия) и (или) выполнения остеотомии костей стопы (средний отдел стопы и пяточная кость) [5] и (или) после стабилизирующей операции (трехсуставной артродез) и фиксации сегмента аппаратом Илизарова.

Для контроля использованы данные обследования 20 здоровых детей того же возраста без ортопедической патологии стоп (40 стоп). Количественная и качественная оценка динамоплантограмм производилась с помощью комплекса "ДиаСлед-Скан", г. С-Петербург.

Для анализа количественной оценки динамоплантограммы учитывались показатели автоматического заключения постпроцессорной обработки динамоплантограмм [6]:

1. Передне-задний коэффициент опоры ($K_{F_{п/з}}$).
2. Медио-латеральный коэффициент опоры ($K_{F_{м/л}}$ (область)).
3. Парциальная нагрузка ($F^?$) на область стопы – отношение суммарного давления, которое приходится на отдельную область стопы, к давлению, воспринимаемому всей стопой, выраженное в процентах относительно нагрузки на всю стопу.

Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета анализа данных Microsoft Excel-2010 и AtteStat [7]. Количественные характеристики выборочных совокупностей представлять в таблице в виде $M \pm m$ и число наблюдений $n =$ количеству стоп. Учитывая количество наблюдений в группах, статистическую значимость различий определяли с использованием непарного критерия Вилкоксона для независимых переменных. Степень достоверности указывалась по критерию «р» при $p < 0,05$.

Результаты исследования.

Расчетные коэффициенты динамоплантограмм здоровых детей представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Показатели динамоплантограммы в норме ($M \pm m$, n – число наблюдений)

<i>В статике</i>		
показатели	8-12 лет, $n=18$	13-18 лет, $n=22$
Передне-задний коэффициент опоры		
$K_{F_{п/з}}$	$1,22 \pm 0,11$	$1,15 \pm 0,12$
Медио-латеральный коэффициент		
$K_{F_{м/л}}$ пятка	$1,05 \pm 0,06$	$0,99 \pm 0,07$
$K_{F_{м/л}}$ свод	$0,59 \pm 0,07$	$0,57 \pm 0,09$
$K_{F_{м/л}}$ плюсна.	$1,00 \pm 0,10$	$0,99 \pm 0,08$
$K_{F_{м/л}}$ пальцы	$1,09 \pm 0,12$	$0,99 \pm 0,13$
$K_{F_{м/л}}$ вся стопа	$0,88 \pm 0,066$	$0,87 \pm 0,058$
Парциальная нагрузка на область стопы		
$F^?$ пятка	$33,1 \pm 2,9$	$36,8 \pm 2,4$
$F^?$ свод	$14,4 \pm 1,7$	$13,1 \pm 1,6$
$F^?$ плюсна.	$39,30 \pm 2,8$	$38,5 \pm 2,7$
$F^?$ пальцы	$8,2 \pm 0,9$	$6,4 \pm 0,7$
<i>В динамике</i>		
Переднезадний коэффициент опоры		
$K_{F_{п/з}}$	$1,46 \pm 0,21$	$1,72 \pm 0,22$
Медио-латеральный коэффициент		
$K_{F_{м/л}}$ пятка	$1,02 \pm 0,047$	$0,98 \pm 0,046$
$K_{F_{м/л}}$ свод	$0,61 \pm 0,052$	$0,66 \pm 0,054$
$K_{F_{м/л}}$ плюсна.	$1,00 \pm 0,12$	$1,11 \pm 0,17$
$K_{F_{м/л}}$ пальцы	$2,11 \pm 0,11$	$2,13 \pm 0,12$
$K_{F_{м/л}}$ вся стопа	$1,18 \pm 0,061$	$1,16 \pm 0,064$
Парциальная нагрузка на область стопы		
$F^?$ пятка	$33,3 \pm 4,1$	$34,8 \pm 4,2$
$F^?$ свод	$13,5 \pm 1,4$	$11,9 \pm 1,4$
$F^?$ плюсна.	$33,9 \pm 1,9$	$37,6 \pm 1,8$
$F^?$ пальцы	$17,8 \pm 1,2$	$17,7 \pm 1,4$

В таблице 2 представлены расчетные показатели динамоплантограмм по наличию компонентов деформации, которые были доминирующими и не устранялись при ручной релаксации до гиперкоррекции.

Таблица 2 - Показатели динамоплантограммы по доминирующему компоненту деформации ($M \pm m$, n – число стоп)

Показатели	Супинация + приведение (n=6)	Эквинус + приведение (n=6)	Эквинус + Супинация (n=7)	Супинация (n=6)	Приведение (n=6)
Статика					
Передне-задний коэффициент опоры					
$K_{F_{п/з}}$	$1,73 \pm 0,39$	$3,44 \pm 0,58^*$	$3,18 \pm 0,66^*$	$1,85 \pm 0,35$	$1,01 \pm 0,31$
Медио-латеральный коэффициент					
$K_{F_{м/л}}$ пятка	$0,83 \pm 0,19$	$0,87 \pm 0,21$	$0,84 \pm 0,22$	$0,78 \pm 0,23$	$0,49 \pm 0,13^*$
$K_{F_{м/л}}$ свод	$0,52 \pm 0,09^*$	$0,16 \pm 0,08^*$	$0,41 \pm 0,15^*$	$0,36 \pm 0,11^*$	$0,31 \pm 0,12^*$
$K_{F_{м/л}}$ плюсна.	$0,53 \pm 0,20^*$	$0,86 \pm 0,24$	$0,68 \pm 0,19^*$	$0,52 \pm 0,21^*$	$0,40 \pm 0,12^*$
$K_{F_{м/л}}$ пальцы	$0,77 \pm 0,31$	$0,25 \pm 0,09^*$	$0,47 \pm 0,11^*$	$0,54 \pm 0,18^*$	$0,19 \pm 0,08^*$
$K_{F_{м/л}}$ вся стопа	$0,71 \pm 0,11$	$0,52 \pm 0,12^*$	$0,66 \pm 0,21$	$0,54 \pm 0,21^*$	$0,44 \pm 0,22^*$
Парциальная нагрузка на область стопы					
F' пятка	$29,1 \pm 4,1$	$8,0 \pm 1,9^*$	$14,0 \pm 3,4^*$	$25,0 \pm 0,11$	$0,29 \pm 0,12$
F' свод	$19,0 \pm 2,9$	$31,9 \pm 3,9^*$	$26,8 \pm 3,8^*$	$23,4 \pm 4,1^*$	$27,8 \pm 4,2^*$
F' плюсна.	$45,2 \pm 4,0$	$52,1 \pm 4,7$	$53,4 \pm 5,1$	$52,5 \pm 4,6$	$31,0 \pm 3,1^*$
F' пальцы	$7,0 \pm 0,61$	$10,0 \pm 0,81$	$4,0 \pm 0,11$	$6,0 \pm 0,21$	$3,0 \pm 0,03$
При ходьбе					
Переднезадний коэффициент опоры					
$K_{F_{п/з}}$	$3,01 \pm 0,44$	$6,11 \pm 1,01^*$	$4,89 \pm 0,99$	$4,09 \pm 0,84$	$2,79 \pm 0,54$
Медио-латеральный коэффициент					
$K_{F_{м/л}}$ пятка	$0,84 \pm 0,29$	$0,88 \pm 0,28$	$0,79 \pm 0,31$	$0,69 \pm 0,37$	$0,20 \pm 0,11^*$
$K_{F_{м/л}}$ свод	$0,49 \pm 0,11^*$	$0,16 \pm 0,04^*$	$0,23 \pm 0,11^*$	$0,24 \pm 0,11^*$	$0,12 \pm 0,08^*$
$K_{F_{м/л}}$ плюсна.	$0,58 \pm 0,20^*$	$0,88 \pm 0,19$	$0,54 \pm 0,14^*$	$0,52 \pm 0,14^*$	$1,01 \pm 0,29$
$K_{F_{м/л}}$ пальцы	$0,75 \pm 0,29^*$	$0,41 \pm 0,11^*$	$0,48 \pm 0,09^*$	$0,72 \pm 0,31^*$	$0,11 \pm 0,001^*$
$K_{F_{м/л}}$ вся стопа	$0,64 \pm 0,11^*$	$0,62 \pm 0,24^*$	$0,57 \pm 0,21^*$	$0,57 \pm 0,19^*$	$0,73 \pm 0,12^*$
Парциальная нагрузка на область стопы					
F' пятка	$16,0 \pm 3,1^*$	$10,0 \pm 1,9^*$	$14,1 \pm 1,4^*$	$16,1 \pm 1,6^*$	$32,0 \pm 2,0$
F' свод	$13,0 \pm 3,1$	$26,2 \pm 2,9^*$	$18,0 \pm 0,94$	$17,2 \pm 0,9$	$24,5 \pm 1,1^*$
F' плюсна.	$57,9 \pm 3,1$	$62,1 \pm 2,8$	$58,2 \pm 1,7$	$58,4 \pm 1,3$	$43,2 \pm 1,8$
F' пальцы	$10,0 \pm 0,9$	$3,0 \pm 0,09$	$9,0 \pm 0,9$	$8,2 \pm 0,7$	$1,0 \pm 0,058$
Примечание: * показана достоверность различий $P \leq 0,05$ относительно значений возрастной нормы					

При супинации (варуса) и приведения переднего отдела стопы больной нагружал больше передне-наружный отдел стопы при сохранении нагрузки на задний отдел сегмента. В статике передне-задний коэффициент стопы достоверно не отличается от значений нормы, но при ходьбе за счет смещения нагрузки кпереди и увеличения опоры на передний отдел стопы регистрируем увеличение $K_{F_{п/з}}$. Вследствие увеличения нагрузки на латеральные отделы стопы снижен медио-латеральный коэффициент отделов стопы: свода, плюсневого, пальцев. Показатель парциальной нагрузки на отделы стопы указывает на наиболее перегруженную точку – это область плюсневых костей.

При эквино-приведенной деформации стопы клинически пациент нагружал передний край стопы без нагрузки на задний отдел сегмента. У данных больных отмечалось выраженное напряжение ахиллова сухожилия, что потребовало соответствующего хирургического вмешательства на данном элементе. В статике и в динамике за счет увеличения опоры на передний отдел стопы регистрируем увеличение $K_{F_{п/з}}$, снижен медио-латеральный коэффициент стопы и её отделов: свода, пальцев. У данной группы пациентов наиболее перегруженная точка стопы – это область свода и плюсневых костей.

При эквино-варусной деформации стопы клинически пациент перегружал передне-наружный край стопы, при этом задний отдел стопы оставался без нагрузки. В статике и в динамике за счет увеличения опоры на передний отдел стопы регистрируем увеличение $K_{F_{п/з}}$, снижен медио-латеральный коэффициент стопы и её отделов: свода, плюсневых костей, пальцев. У данной группы пациентов наиболее перегруженная точка стопы – это область плюсневых костей.

Клинически при **варусном компоненте** деформации стопы больной нагружал наружный отдел стопы, как передний, так и задний. В статике передне-задний коэффициент стопы достоверно не отличается от значений нормы, но при ходьбе за счет смещения нагрузки кпереди и увеличения опоры на передний отдел стопы регистрируем увеличение $K_{Fn/3}$. В статике и при ходьбе вследствие увеличения нагрузки на латеральные отделы стопы, снижен медио-латеральный коэффициент отделов стопы: свода, плюсневого отдела, пальцев. У данной группы пациентов наиболее перегруженная точка стопы – это область плюсневых костей.

Клинически при **приведении переднего** отдела стопы пациент перегружал передний отдел стопы. В статике передне-задний коэффициент стопы достоверно не отличается от значений нормы, но при ходьбе за счет смещения нагрузки кпереди и увеличения опоры на передний отдел стопы регистрируем увеличение $K_{Fn/3}$. В статике и при ходьбе вследствие увеличения нагрузки на латеральные отделы стопы снижен медио-латеральный коэффициент отделов стопы: пятки, свода, плюсневого, пальцев. У данной группы пациентов наиболее перегруженная точка стопы – это область свода и плюсневых костей.

Через 1 год после лечения аппаратами Илизарова в статике все основные расчетные показатели динамоплантограммы соответствуют норме, отсутствуют критерии перегрузки отделов стоп, что является одним из объективных критериев результата лечения [8], но при ходьбе может сохраняться повышенным передне-задний коэффициент (на 30-40%) с уменьшением нагрузки на 1 палец.

Заключение. Применение метода чрескостного остеосинтеза по Илизарову при лечении больных с многокомпонентной деформацией стопы позволяет селективно подойти к оперативной коррекции у детей в зависимости от возрастных особенностей скелета стопы и степени деформации, что в сочетании с оптимальным послеоперационным ведением способствует достижению хорошего результата лечения и минимизирует вероятность рецидива деформации, тем самым способствуя социальной адаптации ребенка.

Одним из объективных критериев результата лечения является отсутствие биомеханических условий перегрузки отделов стопы по данным динамоплантограмм - в статике и при ходьбе передне-задний, медиально-латеральный коэффициент стопы и расчетные показатели парциальной нагрузки на области стопы соответствуют значениям нормы.

Источник финансирования: средства федерального бюджета.

Конфликт интересов. Авторы подтверждают отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Леончук С.С., Чибиров Г.М. Коррекция тяжелой посттравматической деформации стопы. *Российский медицинский журнал*. 2020;26(2):119-124. [Leonchuk S.S., Chibirov G.M. Korrektsiya tyazheloi posttravmaticheskoi deformatsii stopy. *Rossiiskii Meditsinskii Zhurnal*, 2020;26(2):119-124.(in Russ.)] <https://doi.org/10.18821/0869-2106-2020-26-2-119-124>
2. Meyer Z., Zide J.R., Cherkashin A., Samchukov M., Bohl D.D., Riccio A.I. Narrative review of ring fixator management of recurrent club foot deformity. *Ann Transl Med*. 2021;9(13):1104. <https://doi.org/10.21037/atm-20-7621>
3. Boquan Q., Yi R., Tingjiang G., Xi L., Hui Z. Complex foot deformities associated with lower limb deformities: a new therapeutic strategy for simultaneous correction using Ilizarov procedure together with osteotomy and soft tissue release. *J Orthop Surg Res*. 2020;15(1):492. <https://doi.org/10.1186/s13018-020-02021-w>
4. Веденина А.С., Ткачук И.В., Смирнова Л.М., Мартынов В.Б., Петрова Н.С. Скрининг функциональных нарушений стоп с помощью компьютерной плантографии и подометрии. *Мед техника*. 2015;2:21-14. [Vedenina A.S., Tkachuk I.V., Smirnova L.M., Martynov V.B., Petrova N.S. Skrinig funktsionalnykh narushenii stop s pomoshchyu kompyuternoï plantografii i podometrii. *Med Tekhnika*. 2015; 2: 21-14. (in Russ.)]
5. Andreacchio A., Alberghina F., Monforte S., Dimeglio A., Canavese F. Косолапость: современная концепция лечения. *Гений ортопедии*. 2021;27(4):431-434. [Andreacchio A., Alberghina F., Monforte S., Dimeglio A., Canavese F. Clubfoot: current concept of treatment. *Genij Ortopedii*. 2021;27(4):431-434. (in Russ.)] <https://doi.org/10.18019/1028-4427-2021-27-4-431-434>
6. Л. М. Смирнова, Е. Е. Аржанникова, С. В. Карапетян, О. Э. Гаевская. Методика использования комплексов серии «Скан» при диагностике состояния стопы и назначении

ортопедических стелек: метод. пособие. СПб.: ООО «ЦИАЦАН», 2015. 75 стр.[Smirnova L.M., Arzhannikova E.E., Karapetian S.V., Gaevskaia O.E. Metodika ispolzovaniia kompleksov serii «Skan» pri diagnostike sostoiianiia stopy i naznachenii ortopedicheskikh stelek: metod.. SPb.: ООО «TsIATsAN», 2015. 75 p. (in Russ.).]

7. Гайдышев И.П. Решение научных и инженерных задач средствами Excel, VBA и C/C++. Санкт-Петербург: ВХВ-Петербург, 2004. 512 с.[Gaidyshev I.P. Reshenie nauchnykh i inzhenernykh zadach sredstvami Excel, VBA i S/S++. SPb., VKhV-Peterburg, 2004, 512 p. (in Russ.).]

8. Никитюк И.Е., Виссарионов С.В. Особенности опорной функции стоп у детей с тяжелыми формами идиопатического сколиоза до и после хирургического лечения. *Гений ортопедии*. 2021;27(6):758-766. [Nikityuk I.E., Vissarionov S.V. Supporting function of the feet in children with severe forms of idiopathic scoliosis before and after surgical treatment. *Genij Ortopedii*. 2021;27(6):758-766.(in Russ.).] <https://doi.org/10.18019/1028-4427-2021-27-6-758-7>

УДК 376.33-616.21

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ПО СЛУХУ

Пудов В.И.¹, Пудов Н.В.², Зонтова О.В.¹, Попова Е.Е.²

¹ФГБУ "СПб НИИ ЛОР" Минздрава России

²Родительское объединение "Я слышу мир"

Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Реабилитационные мероприятия для детей с ОВЗ по слуху оказываются в основном в специализированных образовательных учреждениях по месту жительства. При этом в силу целого ряда объективных причин, многие родители, воспитывающих детей с ОВЗ по слуху, не имеют возможности для проведения полноценных реабилитационных мероприятий по месту жительства, как в системе образования, так и в системе медицинской (сурдологической) помощи.

Материалы и методы. В исследование вошли 50 семей, воспитывающих детей с ОВЗ по слуху. Возраст детей с ОВЗ по слуху от 2,5 до 5 лет. Из них 78% после кохlearной имплантации и 22% со слуховыми аппаратами

Результаты. По результатам сравнительного анализа начальной и завершающей анкеты «Эффективность реабилитации» проведенные реабилитационные мероприятия были эффективны для 69% детей с ОВЗ по слуху. У 8% детей с ОВЗ по слуху не было отмечено изменений в показателях и у 23% детей были отрицательные изменения в показателях.

Заключение: В условиях дефицита полноценной реабилитационной помощи для детей с ограниченными возможностями здоровья по слуху по месту жительства существенно возрастает роль дистанционных технологий в реабилитации этих детей. Внедрение дистанционных технологий в реабилитационный процесс позволит эффективно и в кратчайшие сроки обеспечить доступность в получении комплекса реабилитационных мероприятий для всех детей с ограниченными возможностями здоровья по слуху.

Ключевые слова: комплексная реабилитация и абилитация; дистанционное консультирование; электронное здравоохранение; дистанционная реабилитация, кохlearная имплантация.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Пудов Виктор Иванович, канд. биол. наук; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5550-2276>; eLibrary SPIN: 5601-931; e-mail: v_pudov@mail.ru

Пудов Николай Викторович; eLibrary SPIN: 2494-7233; e-mail: npudov@yandex.ru

Зонтова Ольга Викторовна; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7057-0939>; eLibrary SPIN: 7481-8662; e-mail: ozontova@yandex.ru

Попова Елена Ефимовна; e-mail: info@rodsi.ru

Вклад авторов: Авторы равномерно принимали участие в разработке дизайна исследования, сборе данных, анализе и написании статьи.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объектов исследований.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE INTRODUCTION OF REMOTE TECHNOLOGIES IN THE REHABILITATION OF CHILDREN WITH HEARING DISABILITIES

Pudov V.I.¹, Pudov N.V.², Zontova O.V.¹, Popova E.E.²

¹Saint-Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech

²Parent association «I hear the world»

St. Petersburg, Russia

Abstract

Background. Rehabilitation activities for children with hearing impairments are mainly in specialized educational institutions at the place of residence. At the same time, due to a number of objective reasons, many parents raising children with hearing impairments do not have the opportunity to carry out full-fledged rehabilitation measures at their place of residence, both in the education system and in the system of medical (auditory) care

Aim. To assess the effectiveness of the use of remote technologies for the provision of rehabilitation measures for children with hearing disabilities at home

Materials and methods. The study included 50 families raising children with hearing impairments. The age of children with disabilities according to hearing is from 2.5 to 5 years. Of these, 78% after cochlear implantation and 22% with hearing aids

Results. According to the results of a comparative analysis of the initial and final questionnaire "Effectiveness of Rehabilitation", the rehabilitation measures carried out were effective for 69% of children with hearing impairments. In 8% of children with disabilities, according to hearing, there were no changes in indicators and in 23% of children there were negative changes in indicators.

Conclusion. In the context of a shortage of full-fledged rehabilitation assistance for children with hearing disabilities at the place of residence, the role of remote technologies in the rehabilitation of these children is significantly increasing. The introduction of remote technologies in the rehabilitation process will effectively and in the shortest possible time ensure the availability of a complex of rehabilitation measures for all children with hearing disabilities.

Key words: comprehensive rehabilitation and habilitation; remote consulting; e-health, cochlear implant

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Viktor I. Pudov, PhD; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5550-2276>; eLibrary SPIN: 5601-931; e-mail: v_pudov@mail.ru

Nikolai V. Pudov; eLibrary SPIN: 2494-7233; e-mail: npudov@yandex.ru

Olga V. Zontova; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7057-0939>; eLibrary SPIN: 7481-8662; e-mail: ozontova@yandex.ru

Elena E. Popova; e-mail: info@rodsi.ru

Author contribution statement: The authors evenly participated in the design of the research, data collection, analysis and writing of the article.

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: No human studies are presented in this manuscript.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение. Ребенку с ограниченными возможностями здоровья по слуху (далее ОВЗ по слуху) для эффективной социализации в слышащее общество, а также для успешного освоения в дальнейшем образовательной программы помимо компенсации потери слуха с использованием современных технических средств реабилитации, необходимо прежде всего в полной мере развивать его слухоречевые навыки. Реабилитационные мероприятия для детей с ОВЗ по слуху оказываются в основном в специализированных образовательных учреждениях по месту жительства, а также в реабилитационных отделениях федеральных медицинских учреждений здравоохранения (Москва и Санкт-Петербург) [1].

При этом в силу целого ряда объективных причин, многие родители, воспитывающие детей с ОВЗ по слуху, не имеют возможности для проведения полноценных реабилитационных мероприятий по месту жительства, как в системе образования, так и в системе здравоохранения (сурдологической помощи).

В такой ситуации вся работа по реабилитации и обучению ребенка с ОВЗ по слуху ложится на плечи самих родителей, воспитывающих детей с ОВЗ по слуху. При этом значительно возрастает роль домашних занятий и специально организованного общения ребенка с родителями. Однако большинство родителей, воспитывающих детей-инвалидов по слуху, не обладают достаточным объемом знаний для проведения самостоятельных занятий на должном уровне. Повышение уровня знаний родителей и привлечение их к активному участию в реабилитации собственного ребенка становится одной из важнейших задач в современных условиях. [1, 2, 3]

Внедрение дистанционных услуг в реабилитационный процесс позволит эффективно и в кратчайшие сроки решить следующие проблемы:

- обеспечить доступность для всех детей с ОВЗ по слуху в получении комплекса реабилитационных мероприятий;
- сформировать у родителей, воспитывающих детей с ОВЗ по слуху мотивации к взаимодействию с ребенком-инвалидом по слуху.
- обучить родителей, воспитывающих детей-инвалидов по слуху методам коррекционно-педагогической реабилитации для проведения дополнительных самостоятельных занятий с ребенком.

Цель. Провести оценку эффективности применения дистанционных технологий для оказания реабилитационных мероприятий детям с ограниченными возможностями здоровья по слуху в домашних условиях.

Материалы и методы. В рамках проекта Фонда Президентского Гранта «Дистанционная коррекционная социально-педагогическая реабилитация "Я слышу мир!", в том числе в условиях пандемии коронавируса» была сформирована целевая программа дистанционной реабилитации детей с ограниченными возможностями по слуху, включающая широкий комплекс реабилитационных мероприятий.

Основной формой дистанционной работы являлось:

- проведение индивидуальных занятий с ребенком при участии матери и семьи в целом посредством видеосвязи с использованием информационной системы «Ушарики».
- проведение дистанционных мероприятий направленных на обучение родителей, воспитывающих детей с ОВЗ по слуху, методам коррекционной социально-педагогической помощи для проведения дополнительных самостоятельных занятий в домашних условиях

Задача настоящей работы - проведение оценки эффективности дистанционных технологий реабилитационном процессе. В исследование вошли 50 семей, воспитывающих детей с ОВЗ по слуху. Возраст детей с ОВЗ по слуху от 2,5 до 5 лет. Из них 78% после кохлеарной имплантации и 22% со слуховыми аппаратами.

Как проводилась работа: для всех пациентов в информационной системе «Ушарики» был сформирован личный кабинет. В личном кабинете ребенку с ОВЗ по слуху назначался последовательный индивидуальный план реабилитационных мероприятий. План рассчитан на 60 дней. Все мероприятия плана регламентировались временным интервалом и выполнялись пациентом строго в назначенный срок. За соблюдением сроков выполнения реабилитационных мероприятий следил координатор программы. Согласно реабилитационному плану, родитель, воспитывающий ребенка с ОВЗ по слуху, производил запись на консультацию к специалисту.

В рамках дистанционной реабилитации каждому ребенку с ОВЗ по слуху предоставлялись 12 онлайн консультаций с сурдопедагогом, направленных на развитие у ребенка с ОВЗ по слуху слухоречевых навыков.

Перед проведением консультации со специалистом представители ребенка с ОВЗ по слуху заполнили в информационной системе анкету по профилю специалиста. В день назначенной консультации специалист по видеосвязи проводил консультацию. Время каждой консультации 30 минут. По завершении консультации специалист-сурдопедагог оформлял заключение о проведенной консультации и давал необходимые рекомендации, а также домашнее задание. Заключение хранится в информационной системе и доступны пациенту в личном кабинете пользователя.

Для закрепления слухоречевых навыков ребенка с ОВЗ по слуху в программу включены 12 игровых упражнений, направленных на развитие слуха. Игровая форма упражнений

способствует развитию слуха и речи у ребенка с ОВЗ по слуху, а система оценки каждого игрового упражнения позволяет сурдопедагогу контролировать обучающий процесс и своевременно вносить в него коррективы для максимальной эффективности процесса реабилитации.

В рамках дистанционной реабилитации было организовано и проведено обучение родителей методам коррекционно-педагогической реабилитации для проведения ими дополнительных самостоятельных занятий с ребенком с ОВЗ по слуху. Обучающий материал для родителей детей-инвалидов по слуху состоял из 20 видео уроков по развитию слуха и речи у ребенка. Видео уроки сгруппированы таким образом, чтобы родители получили комплексные знания по развитию естественного слухоречевого поведения и смогли применить эти навыки для проведения самостоятельных занятий. В информационной системе происходила фиксация изучения обучающего материала.

Результаты исследования. Для оценки эффективности применения дистанционных технологий для оказания реабилитации детям с ограниченными возможностями здоровья по слуху была использована разработанная ранее О.В.Зонтовой анкета «Эффективность реабилитации» [4]. Анкета затрагивает следующие аспекты: условия получаемой коррекционно-педагогической помощи; развитие слухового восприятия; развитие речи – речевая деятельность; развитие речи – языковая способность; общее развитие ребенка. Каждый аспект анкеты оценивается в измеримых показателях – баллах.

Эксперты в информационной системе провели оценку сведений, содержащихся в анкетах, заполненных в информационной системе родителями детей с ОВЗ по слуху (либо их законными представителями). На основании заполненной начальной анкеты эксперты провели изучение состояния ребенка с ОВЗ по слуху до начала реабилитационных мероприятий и составили в информационной системе заключение, содержащее, в том числе сведения о состоянии ребенка с ОВЗ по слуху до начала реабилитационных мероприятий и аспекты развития ребенка-инвалида по слуху на которые необходимо обратить особое внимание для повышения эффективности проведения реабилитации.

На основании завершающей анкеты эксперты провели изучение состояния ребенка с ОВЗ по слуху после окончания курса реабилитации и составили в информационной системе заключение об эффективности проведенной реабилитации.

По результатам сравнительного анализа начальной и завершающей анкеты «Эффективность реабилитации» проведенные реабилитационные мероприятия были эффективны для 69% детей с ОВЗ по слуху. У 8% детей с ОВЗ по слуху не было отмечено изменений в показателях и у 23% детей были отрицательные изменения в показателях.

Мы считаем, что отрицательные значения, полученные в результате сравнительного анализа начальной и завершающей анкеты «Эффективность реабилитации» связаны с тем, что родители, воспитывающие ребенка с ОВЗ по слуху при заполнении первичной анкеты, изначально завысили реабилитационные показатели у своего ребёнка.

Мы провели анализ данных из анкеты «Эффективность реабилитации» для группы пациентов, не достигших положительного изменения в показателях. Были получены следующие данные: родители, воспитывающие детей с ОВЗ по слуху, значительно завысили параметр «языковая способность» и «общее развитие». При более детальном рассмотрении результатов анкеты «Эффективность реабилитации» было выявлено, что родители в разделе анкеты «языковая способность» завысили параметр лексика. Указав, что до проведения реабилитационных мероприятий дистанционно словарный запас у ребенка с ОВЗ по слуху хорошо пополняется, а после курса реабилитации ответили, что словарный запаса у ребенка почти нет.

Также в разделе анкеты «общее развитие» родители завысили параметр моторика и координация. По показателям моторика и координация движений до начала проведения мероприятий дистанционной реабилитации родители считали, что у ребенка хорошо развита моторика и координация движений, а после отметили, что она развита на среднем уровне. По этой причине мы считаем, что при первичной оценке реабилитационные показатели ребенка были завышены и результат реабилитации у этих детей можно рассматривать как положительный.

Заключение. В условиях дефицита полноценной реабилитационной помощи для детей с ограниченными возможностями здоровья по слуху по месту жительства существенно возрастает роль дистанционных технологий в реабилитации этих детей.

Внедрение дистанционных технологий в реабилитационный процесс позволит эффективно и в кратчайшие сроки обеспечить доступность в получении комплекса реабилитационных

мероприятий для всех детей с ограниченными возможностями здоровья по слуху [5].

Полученные данные позволяют говорить, что применение дистанционных технологий для оказания реабилитации детям с ограниченными возможностями здоровья по слуху является эффективным для большинства детей и позволяют получать качественную реабилитационную помощь с использованием доступных коммуникационных технологий.

Вовлечение родителей в реабилитационный процесс позволяет повысить ответственность за своего ребенка и улучшить качество реабилитационной помощи.

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Дворянчиков В. В., Зонтова О. В., Гребенюк И. Э., Черная Н. В. Дистанционные технологии медико-педагогического консультирования и сопровождения пациентов со сниженным слухом как перспективное направление в условиях современной действительности. Российская оториноларингология 2021;20;3(12) С15-19 [V. V. Dvoryanchikov, O. V. Zontova, I. E. Grebenyuk, N. V. Chernaya Distantcionnye tekhnologii mediko-pedagogicheskogo konsul'tirovaniya i soprovozhdeniya patsientov so snizhennym slukhom kak perspektivnoe napravlenie v usloviyakh sovremennoi deistvitel'nosti. Rossiiskaya otorinolaringologiya 2021;20;3(12) С15-19 (*In Russ.*)]

2. Пудов Н. В., Пудов В. И., Зонтова О. В. Телемедицина в реабилитации лиц с нарушенным слухом и после кохlearной имплантации. Инновационная наука № 3/2020 С. 86-87. ISSN 2410-6070 [Pudov N. V., Pudov V. I., Zontova O. V. Telemeditsina v reabilitatsii lits s narushennym slukhom i posle kokhlearnoi implantatsii. Innovatsionnaya nauka № 3/2020 С. 86-87. ISSN 240-6070 (*In Russ.*)]

3. Дмитриева Е.С., Левин С.В., Кузовков В.Е., Чекановская В.Д., Левина Е.А., Пудов Н.В., Воронов В.А. Применение дистанционной поддержки у пациентов после операции кохlearной имплантации. В книге: Материалы IX Международного Петербургского форума оториноларингологов России. Министерство здравоохранения Российской Федерации, Комитет здравоохранения Санкт-Петербург, ФГБУ "Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи" Минздрава РФ и др., 2020. С. 135-136. [Dmitrieva E.S., Levin S.V., Kuzovkov V.E., Chekanovskaya V.D., Levina E.A., Pudov N.V., Voronov V.A. Primenenie distantcionnoi podderzhki u patsientov posle operatsii kokhlearnoi implantatsii. V knige: Materialy IX Mezhdunarodnogo Peterburgskogo foruma otorinolaringologov Rossii. Ministerstvo zdravookhraneniya Rossiiskoi Federatsii, Komitet zdravookhraneniya Sankt-Peterburg, FGBU "Sankt-Peterburgskii NII ukha, gorla, nosa i rechi" Minzdrava RF i dr., 2020. S. 135-136. (*In Russ.*)]

4. Пудов В.И., Пудов Н.В., Зонтова О.В. Повышение качества реабилитации после кохlearной имплантации при использовании дистанционных технологий. В сборнике: Сурдопедагог: историко-дидактические аспекты и перспективы профессиональной подготовки. Сборник научных статей по материалам Всероссийской научно-практической конференции. Составители: Н.Е. Граш, Е.Ю. Мамедова. 2020. С. 73-75. [Pudov V.I., Pudov N.V., Zontova O.V. Povyshenie kachestva reabilitatsii posle kokhlearnoi implantatsii pri ispol'zovanii distantcionnykh tekhnologii. V sbornike: Surdopedagog: istoriko-didakticheskie aspekty i perspektivy professional'noi podgotovki. Sbornik nauchnykh statei po materialam Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii. Sostaviteli: N.E. Grash, E.Yu. Mamedova. 2020. S. 73-75. (*In Russ.*)]

5. Зонтова О.В., Орлова О.С., Пудов Н.В. Дистанционная поддержка в реабилитации после кохlearной имплантации. В сборнике: Образование лиц с нарушением слуха: достижения и актуальные проблемы. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Под редакцией Е.Г. Речицкой, В.В. Линькова. 2019. С. 44-47. [Zontova O.V., Orlova O.S., Pudov N.V. Distantcionnaya podderzhka v reabilitatsii posle kokhlearnoi implantatsii. V sbornike: Obrazovanie lits s narusheniem slukha: dostizheniya i aktual'nye problemy. Materialy Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii. Pod redaktsiei E.G. Rechitskoi, V.V. Lin'kova. 2019. S. 44-47 (*In Russ.*)]

ФОНЕТИЧЕСКАЯ РИТМИКА, КАК СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕННЫМ СЛУХОМ И ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Зонтова О.В., Пудов В.И.
ФГБУ СПб НИИ ЛОР
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Метод фонетической ритмики представлен в качестве приема работы по активации и активизации устной речи у детей с нарушенным слухом и после кохлеарной имплантации. Используется преимущественно для детей старшего возраста. Для детей более младшего возраста, для детей с дополнительными особенностями развития использование фонетической ритмики на занятиях достаточно затруднительно из-за особенностей подражательной деятельности и отсутствия самоконтроля.

Цель. Определить эффективные способы внедрения приемов фонетической ритмики для детей с нарушенным слухом более младшего возраста с целью повышения результатов реабилитации детей с нарушенным слухом, их реабилитационного потенциала, слухоречевых навыков.

Материалы и методы. Нами определена структура занятий по фонетической ритмике при использовании опорных предметов и подобран примерный материал, используемый в работе.

Результаты работы позволили определить группу основных задач занятий по фонетической ритмике и основное содержание занятий на первоначальном этапе реабилитации детей с нарушенным слухом и после кохлеарной имплантации.

Заключение. Использование фонетической ритмики с опорными предметами на занятиях для детей раннего и младшего дошкольного возраста, а также для детей с дополнительными особенностями развития рекомендуется проводить с использованием вспомогательных дополнительных средств обучения, что ускоряет процесс реабилитации, повышая реабилитационный потенциал ребенка.

Ключевые слова: нарушение слуха, слухоречевая реабилитация, слуховые аппараты, кохлеарная имплантация, развитие слухового восприятия, интеграция, инклюзия, фонетическая ритмика.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Зонтова Ольга Викторовна, младший научный сотрудник; 190013, Санкт-Петербург, Бронницкая ул, 9, каб. 418; <http://orcid.org/0000-0001-7057-0939>; eLibrary SPIN: 7481-8662; e-mail: ozontova@yandex.ru

Виктор Иванович Пудов, канд. биол. наук, старший научный сотрудник; e-mail: v_pudov@mail.ru

Вклад авторов: Авторы равномерно принимали участие в разработке дизайна исследования, сборе данных, анализе и написании статьи.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объектов исследований.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

PHONETIC RHYTHMICS AS A MEANS OF REHABILITATION OF CHILDREN WITH IMPAIRED HEARING AND AFTER COCHLEAR IMPLANTATION

Zontova O.V., Pudov V.I.
St. Petersburg ENT Institute
St. Petersburg, Russia

Annotation

Background. The method of phonetic rhythmic is presented as a method of work on the activation and activation of oral speech in children with impaired hearing and after cochlear implantation. It is used mainly for older children. For younger children, for children with additional developmental features, the use of phonetic rhythmic in the classroom is quite difficult due to the peculiarities of imitative activity and lack of self-control.

The aim is to identify effective ways to introduce phonetic rhythmic techniques for children with hearing impairment at a younger age in order to improve the results of rehabilitation of children with hearing impairment, their rehabilitation potential, auditory-speech skills.

Materials and methods. We have determined the structure of phonetic rhythm classes when using reference subjects and selected an approximate material used in the work.

The results of the work made it possible to determine the group of main tasks of phonetic rhythm classes and the main content of classes at the initial stage of rehabilitation of children with impaired hearing and after cochlear implantation.

Conclusion. The use of phonetic rhythmic with reference subjects in classes for children of early and younger preschool age, as well as for children with additional developmental features, is recommended to be carried out using auxiliary additional learning tools, which accelerates the rehabilitation process, increasing the rehabilitation potential of the child.

Key words: hearing impairment, auditory-speech rehabilitation, hearing aids, cochlear implantation, development of auditory perception, integration, inclusion, phonetic rhythmic.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Olga Zontova, phone: +79818928647; <http://orcid.org/0000-0001-7057-0939> ; eLibrary SPIN: 7481-8662; e-mail: ozontova@yandex.ru

Viktor Ivanovich Pudov, PhD, Senior Researcher; phone: +79112506520; e-mail: v_pudov@mail.ru

Author contribution statement: The authors evenly participated in the design of the research, data collection, analysis and writing of the article.

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: No human studies are presented in this manuscript.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение. Принцип филогенетической связи между развитием движений и активизацией устной речи отражается в использовании сурдопедагогами в своей практике с детьми с нарушенным слухом фонетической ритмики - система двигательных упражнений, в которых различные движения (корпуса, головы, рук, ног) сочетаются с произнесением определённого речевого материала (фраз, слов, слогов, звуков). Кроме того, совокупность движений тела и речевых органов способствуют снятию напряженности и монотонности речи [1,3].

В данной публикации метод фонетической ритмики представлен в качестве приема работы по активации и активизации устной речи у детей с нарушенным слухом и после кохлеарной имплантации. Важно учитывать, что наряду с фонетической ритмикой рекомендуется использовать другие известные в сурдопедагогике приемы и методы работы в этой области.

В основном фонетическая ритмика используется для детей среднего, старшего дошкольного возраста, предшкольного и младшего школьного возраста. При этом ребенок должен владеть подражательной способностью на более высоком уровне, чтобы четко повторять движения за взрослым, которые сопровождаются вокализациями. Также у ребенка должен быть сформирован навык самоконтроля за собственными движениями и вокализациями. Для детей более младшего возраста, для детей с дополнительными особенностями развития использование фонетической ритмики на занятиях достаточно затруднительно из-за особенностей подражательной деятельности и отсутствия самоконтроля.

Для наиболее эффективного использования фонетической ритмики на занятиях для детей более младшего возраста и для детей с дополнительными особенностями развития рекомендуется использовать дополнительные средства обучения – опорные предметы. Нами впервые предложено использовать вспомогательные игровые средства и пиктограммы для повышения мотивации к подражанию за действиями и зеркало для формирования и развития самоконтроля за собственными движениями и вокализациями.

Цель. Определить эффективные способы внедрения приемов фонетической ритмики с целью повышения результатов реабилитации детей с нарушенным слухом, их реабилитационного потенциала, слухоречевых навыков.

Материалы и методы. В примерную структуру занятий по фонетической ритмике на первоначальном этапе реабилитации входит:

- ритмическая разминка;

- дыхательная гимнастика;
 - упражнения на развитие мелкой моторики (пальчиковая гимнастика);
 - артикуляционная и мимическая гимнастика, массаж и самомассаж;
 - произнесение звука с движением, визуальным подкреплением (картинкой-образом - пиктограмма) и опорными предметами;
 - произнесение звука и проговаривание в игровой ситуации, интонированное произнесение, изменение темпа и ритма;
 - произнесение звуков в слогах, с возможным последующим прочтением;
 - проговаривание с помощью ритмических движений слов и возможным прочтением их.
- Примерный материал, используемый в работе, например звук и буква А.

- Движение
- Визуальное подкрепление (опорный предмет, пиктограмма и изображение буквы).
- Игровые ситуации для закрепления звука
- "Скажи так". Скажи так: мама качает малыша, малыш плачет, поет певец, на приеме у врача осмотр горла, не расслышал, несешь горячее, встретил друга и др.
- "Пошепчу -покричу ", произнести звук шепотом, тихо, громко и наоборот; работа в парах (один спрашивает тихо, второй отвечает громко и наоборот).
- Условнорефлекторная двигательная реакция речевая - "Звукоброс".
- "Ленточки" (протянуть звук как можно дальше, тянув ленточку разной длины).
- "Высоко-низко, или Три медведя", произнести звук низким, средним по высоте и высоким голосом.
- "Сигнальная машина", просигналить звуком, изменяя высоту голоса.
- "Задушевный разговор", работа в парах: один спрашивает звуком, второй отвечает.
- "Поем вместе", спеть песню вместе с детьми одним звуком.

Результаты работы позволили определить группу основных задач занятий по фонетической ритмике:

- соединить работу речедвигательного и слухового анализаторов с развитием общей моторики и координации движений;
- способствовать формированию у детей естественной речи с выраженной интонационной и ритмической стороной в процессе перехода общей моторики к речедвигательной;
- развивать слуховое восприятие детей и использовать его в ходе формирования, развития и коррекции устной речи.

При определении содержания занятий важно также учитывать двигательные возможности детей, при необходимости дополнительно заниматься развитием моторики и координации движений и/или получить консультацию и лечение невролога.

В содержание упражнений по фонетической ритмике включаются следующие виды, сопровождающиеся движением и устной речью:

- физиологическое и речевое дыхание;
- изменение силы и высоты голоса;
- работа над изолированными звуками речи и в слогах;
- использование слов и фраз;
- воспроизведение речевого материала в заданном темпе;
- Работа над слитностью речи;
- восприятие, различение и воспроизведение различных ритмов;
- использование разнообразных интонационных средств.

Все эти разделы одинаково важны в работе с фонетической ритмикой над речью, тесно связаны между собой.

В работе также используются музыкально-ритмические задания. Такие упражнения помогают лучшей координации крупной моторики, слуховой системы и органов речи. Музыкально-ритмические задания представляют собой сочетания двигательных упражнений с элементами танца. При выборе музыкального сопровождения предпочтение отдается танцевальной, музыке, в которой дети без труда различают ритмические удары. Она должна быть веселой, зажигательной, так как именно такая музыка дает возможность детям выражать движениями ее ритмический характер. Кроме того, музыкальное сопровождение является одним

из стимуляторов развития слухового восприятия. Через музыку (на основе слуха) легче передать детям различные ритмы и темп звучаний, а также выработать у них умение двигаться синхронно. Характер движений, выполняемых под музыку, различен. При выполнении упражнений для нормализации дыхания преобладают плавные движения. При работе над ритмом в движения включаются танцевальные элементы, ритмическая ходьба, которые в сочетании с различными движениями рук, хлопками соответствуют характеру предлагаемого ритма [1,2].

Перед занятиями по фонетической ритмике обязательно проверка технического состояния слуховых аппаратов и процессоров кохлеарных имплантов и их настройки. Важно не напугать ребенка громкими звуками и организовать занятия так, чтобы все звуки были в возможности восприятия ребенком. Также важно учитывать особенности занятия в свободной деятельности и локализацию источника звука в пространстве. Поэтому важно использовать билатеральный слух и возможности шумоподавления аппаратами. На основе слуха выполняется большое количество упражнений как двигательных (ходьба, бег, остановки, прыжки), так и речевых (чтение стихов, скороговорок, ответы на вопросы, произнесение слов, слогов). На слух предлагается большой материал по различению, восприятию и воспроизведению различных ритмов, логического ударения, интонации. Рекомендуется использовать условнодвигательную реакцию на звуки различной частоты и громкости, как слуховую, так и речевую с обратным ответом ребенка.

Материалом упражнений служат слова, слоги, слогосочетания, отдельные звуки, а также словосочетания, фразы, скороговорки, считалки, короткие тексты и стихотворения. Речевой материал знаком детям и доступен в лексическом отношении, отвечает фонетическим задачам занятия. Речевой материал, который проговаривается в сопровождении движений, занимает часть занятия по фонетической ритмике. Остальное время отводится для закрепления этого материала поэтапно — сначала с движениями, затем без них. Цель последнего этапа состоит в автоматизации приобретенных навыков в условиях, приближенных к самостоятельной речи. Весь речевой материал используется как для коррекции произношения, так и для тренировки слухового восприятия. Все упражнения проводятся по подражанию. Речевой материал предварительно не выучивается. Во время занятия дети вместе с педагогом стоят по кругу. Они хорошо видят педагога, двигаются и проговаривают речевой материал синхронно, так постепенно речевой материал запоминается детьми. Наглядный показ и многократные повторения стимулируют ребенка к правильному естественному подражанию. Если в ходе занятий отдельные элементы не получаются у некоторых детей, то работа над этими элементами переносится на индивидуальное занятие. Таким образом, часть неусвоенного речевого материала фронтальных занятий по фонетической ритмике переходит на индивидуальные занятия для более тщательной отработки [1, 3].

Первоначальный этап работы сурдопедагога при использовании фонетической ритмики заключается в использовании спонтанных вокализаций ребенка младшего возраста, вызыванию звуков речи, использованию слогов и первых простых слов и соотнесенного лепета. В ходе этой работы дети овладевают артикуляцией ряда звуков раннего онтогенеза (А, О, У, Э, П, Б, М, Ф, В, Т, Д, Н). Характер движения, сопровождающего произнесение, обуславливается общим для ряда звуков способом артикуляции. Важно отметить, что работа над тем или иным звуком не заканчивается его вызыванием. Каждый звук должен быть автоматизирован в речи с помощью целой системой упражнений. Для этого используются слоги, слова и фразы. Это является следующим этапом работы и использования заданий по фонетической ритмике. При закреплении звука, слоги произносятся однократно и многократно, долго и кратко, слитно и нет, с изменением темпа произнесения, силы и высоты голоса, а по возможности, с разной интонацией.

Дополнительно для детей более старшего возраста можно использовать работу, связанную с развитием навыков чтения и письма (аналитико-синтетический метод и метод глобального чтения). Работа в данном направлении обеспечивает возможность слить воедино творческое овладение детьми навыками чтения и достижения психологического комфорта.

Заключение. Формирование и развитие речи у детей с нарушенным слухом происходит на базе их развивающегося слуха и при участии зрения (т.е. при слухозрительном восприятии), что принципиально расширяет возможности детей в усвоении речи при активном подражании речи взрослых. Этому также способствует широкое использование фонетической ритмики. Детям предлагают для подражания различные виды движений, сочетающиеся с произнесением фраз, словосочетаний, слов, слогов и звуков.

Использование фонетической ритмики с опорными предметами на занятиях для детей раннего и младшего дошкольного возраста, а также для детей с дополнительными особенностями

развития рекомендуется проводить с использованием вспомогательных дополнительных средства обучения, например: предметы и игрушки, пиктограммы - для повышения мотивации к подражанию за действиями и зеркало для формирования и развития самоконтроля за собственными движениями и вокализациями. Использование заданий по фонетической ритмике естественным образом помогает активировать и активизировать устную речь у детей с нарушенным слухом и после кохлеарной имплантации. Так оптимизируется и ускоряется процесс реабилитации, повышая реабилитационный потенциал ребенка.

Данный подход в занятиях по фонетической ритмике с использованием опорных предметов и вспомогательных средств обучения можно использовать для разных категорий детей с ограниченными возможностями здоровья, особенно на этапе активации речи для ее эффективного формирования и скорейшего продуктивного развития.

Наличие или отсутствие конфликта интересов: Конфликта интересов нет.

Конфликт интересов: авторы подтверждают отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Власова Т.М., Пфафенродт А.Н. Фонетическая ритмика: Пособие для учителя. — М.: Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 1996 [Vlasova T.M., Pfafenrodt A.N. Phonetic rhythmic: A teacher's manual. — M.: Humanit. publishing center "VLADOS", 1996]

2. Пельмская Т.В., Шматко Н.Д. «Формирование устной речи дошкольников с нарушенным слухом. Пособие для учителя-дефектолога» М., Владос, 2008 [Pelymskaya T.V., Shmatko N.D. "Formation of oral speech of preschoolers with impaired hearing. Manual for a teacher-defectologist" M., Vlados, 2008]

3. Шматко Н.Д. «Использование фонетической ритмики в работе над произношением дошкольников с нарушением слуха» Дефектология 1995 №1 8. Рау Ф.Ф., Слезина Н.Ф. «Методика обучения произношению в школе глухих» М., Просвещение, 1981 [Shmatko N.D. "The use of phonetic rhythmic in the pronunciation of preschoolers with hearing impairment" Defectology 1995 No. 1 8. Rau F.F., Slezina N.F. "Methods of teaching pronunciation in the school of the deaf" M., Enlightenment, 1981]

РАЗДЕЛ 3 СОЦИАЛЬНАЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ

SECTION 3 SOCIAL, PSYCHOLOGICAL AND PROFESSIONAL REHABILITATION AND HABILITATION OF DISABLED

УДК 364.23

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ В СИСТЕМЕ ВСЕРОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА СЛЕПЫХ

Астанин А.А., Миронова И.А.

Общероссийская общественная организация инвалидов
«Всероссийское ордена Трудового Красного Знамени общество слепых»
Москва, Россия

Аннотация

Введение. В статье приведен обзор деятельности Всероссийского общества слепых по организации и осуществлению профессиональной реабилитации лиц с инвалидностью по зрению, по зрению и слуху (слепоглухих) и их дальнейшему их трудоустройству на производственных предприятиях и в организациях общества.

Цель. Поиск незадействованных резервов в системе профессиональной реабилитации инвалидов путем обобщения и систематизации опыта обеспечения занятости инвалидов в общероссийских общественных организациях инвалидов.

Материалы и методы. В целях решения задач исследования использованы методы классификации и обобщения. Теоретической и методологической основой исследования послужили работы отечественных авторов в области комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

Результаты. В работе обобщен опыт Всероссийского общества слепых по построению системы профессиональной реабилитации инвалидов, выявлены факторы, обуславливающие низкий уровень занятости инвалидов в нашей стране, предложены механизмы, на основе которых возможно построение преемственной системы профессиональной реабилитации людей с инвалидностью.

Заключение. Результаты исследования могут быть использованы для определения направления дальнейших исследований по проблемам профессиональной реабилитации, занятости и производственной адаптации инвалидов.

Ключевые слова: профессиональная реабилитация, инвалиды по зрению, реабилитация слепых, трудоустройство инвалидов по зрению.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Астанин Артем Анатольевич, адрес: 143921, Московская область, г. Балашиха, д. Черное, ул. Проектная, д. 66; SPIN-код: 2924-6743; e-mail: artem-astanin@mail.ru.

Миронова Ирина Александровна, 109012, г. Москва, Большой Черкасский пер., д.13, стр.4; e-mail: ir-mil@mail.ru.

Вклад авторов: Авторы равномерно принимали участие в разработке дизайна исследования, сборе данных, анализе и написании статьи.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объектов исследований.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

VOCATIONAL REHABILITATION OF ADULT BLIND IN THE ALL-RUSSIAN ASSOCIATION OF THE BLIND

Astanin A.A.¹, Mironova I.A.²
All-Russian association of the blind
Moscow, Russia

Abstract

Background. The article provides an overview of the activities of the All-Russian Association of the Blind in organizing and implementing the professional rehabilitation of persons with visual, visual and hearing disabilities and their further employment at manufacturing enterprises and in society organizations.

Aim. Generalization and systematization of the experience of ensuring the employment of disabled people in all-Russian public organizations of disabled people in order to search for unused reserves in the system of vocational rehabilitation of disabled people.

Materials and methods. In order to solve the research problems, methods of classification and generalization were used. The theoretical and methodological basis of the study was the work of domestic authors in the field of complex rehabilitation and habilitation of disabled people.

Results. The article summarizes the experience of the All-Russian Association of the Blind in building a system of vocational rehabilitation of people with disabilities, identifies factors that determine the low level of employment of people with disabilities in our country, and proposes mechanisms on the basis of which it is possible to build a successive system of vocational rehabilitation of people with disabilities.

Conclusion. The results of the study can be used to determine the direction of further research on the problems of vocational rehabilitation, employment and industrial adaptation of disabled people.

Key words: vocational rehabilitation, visually impaired, rehabilitation of the blind, employment of the visually impaired.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Artem A. Astanin; 66 Proektnaya str., Balashiha, 143921; e-mail: artem-astanin@mail.ru;

Irina A. Mironova; 13/4 Bolshoy Cherkasskiy av. 109012; e-mail: ir-mil@mail.ru.

Author contribution statement: The authors evenly participated in the design of the research, data collection, analysis and writing of the article.

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: No human studies are presented in this manuscript.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение. Проблема трудоустройства инвалидов в нашей стране стоит сегодня достаточно остро. Создана и функционирует целая система взаимоувязанных мероприятий, направленных на профессиональную ориентацию и подготовку, обеспечение занятости и производственной адаптации инвалидов. При этом по данным Федерального реестра инвалидов из почти 4 миллионов инвалидов трудоспособного возраста трудоустроены в нашей стране лишь чуть более 26%. Столь низкие показатели занятости инвалидов в нашей стране по сравнению с западными странами, где трудовая занятость инвалидов достигает 50% [1], может определяться многими факторами: преимущественное использование мер государственного принуждения к обеспечению занятости инвалидов; отсутствие системы мотивации хозяйствующих субъектов с целью обеспечения занятости инвалидов; недостаточное количество специалистов по профессиональной реабилитации и производственной адаптации инвалидов; отсутствие отечественных исследований по проблемам качественного и рационального трудоустройства инвалидов. Функционирующий сегодня механизм обеспечения занятости людей с инвалидностью не вполне эффективен, что признает и Минтруд России [4]. Анализ эффективности мероприятий по стимулированию работодателей к созданию и оснащению рабочих мест для инвалидов, проведенный Федеральным бюро МСЭ, показал, что число трудоустроенных инвалидов трудоспособного возраста первой группы составляет лишь 2,8% от общего их количества, второй группы – 30,6%, третьей группы – 66,6%, то есть инвалиды первой и второй группы оказываются наименее трудоустроенными [6, 55]. Таким образом, эффективного решения проблемы трудоустройства и сохранения занятости инвалидов первой и второй группы, зачастую относящихся к тяжелой категории инвалидности, до сих пор не найдено. Из всех инструментов стимулирования работодателей к созданию рабочих

мест для инвалидов только в 10 субъектах РФ реализуются мероприятия по стимулированию обеспечения социальной занятости инвалидов путем субсидирования затрат работодателей на сохранение рабочих мест инвалидов [7, 63]. Между тем в нашей стране имеется опыт решения вопроса трудоустройства инвалидов в системе организаций и производственных предприятий общероссийских общественных организаций инвалидов (Всероссийское общество глухих, Всероссийское общество слепых, Всероссийское общество инвалидов).

Цель исследования. Считаем, что обобщение и систематизация опыта обеспечения занятости этих организаций, смогут пролить свет на незадействованные резервы в функционирующей сегодня системе обеспечения занятости инвалидов.

Результаты исследования. Всероссийское общество слепых (далее - ВОС) уже более 95 лет ведет работу по защите прав и интересов инвалидов по зрению, их социальной поддержке, реабилитации, социальной интеграции и содействию в обеспечении равных возможностей. С первых дней своего существования Общество приступило к решению проблем безграмотности и обучению незрячих чтению и письму по системе Брайля, трудовому устройству и культурно-просветительному воспитанию слепых. В 1927 году были созданы первые артели, в 1929 - первое производственное предприятие, а с 1940 года ВОС открывает учебно-производственные предприятия по всей стране.

В начале 60-х и до конца 70-х годов в ВОС формируется целостная система реабилитационной работы с инвалидами по зрению: появляются реабилитационные учреждения – школы восстановления трудоспособности слепых; организуются постоянно действующие курсы по подготовке инструкторов по пространственной ориентации, повышению квалификации специалистов территориальных организаций ВОС по вопросам социальной реабилитации; на производственных предприятиях учреждается служба социальной реабилитации, а в их штат вводятся инженеры по реабилитации; в рамках сотрудничества с Ленинградским государственным педагогическим институтом им. А.И. Герцена и Московским государственным педагогическим институтом им. В.И. Ленина получают научное обоснование и доказательство эффективности учебные программы и учебно-методические разработки реабилитационных учреждений ВОС [6]. Усилиями ВОС к 1975 году проблема трудоустройства инвалидов по зрению была полностью решена [5].

Необходимость перестройки подходов к профессиональной самореализации инвалидов по зрению, обострившаяся в 90-х годах прошлого века, стала причиной становления в реабилитационных учреждениях ВОС направлений профессиональной подготовки незрячих. В этот период было необходимо обеспечить устойчивое и динамичное развитие системы реабилитации инвалидов по зрению, заложить основу для продуктивной работы в условиях формирования рыночных отношений. Для этого проводилась работа по подготовке кадров, модернизации материально-технической базы, осуществлялась разработка программ реабилитации и обучения инвалидов по зрению и слепоглухих, соответствующих новым социально-экономическим условиям.

Сегодня во Всероссийском обществе слепых выстроена эффективная система реабилитационного менеджмента, которая позволяет организовать работу с человеком, потерявшим зрение, с первых дней получения им инвалидности и постановки его на учет в ВОС, и в течение всей его жизни, начиная с планирования реабилитационного маршрута и организации реабилитационного сопровождения, социальной реабилитации в реабилитационных центрах ВОС, профессиональной реабилитации и подготовки, в том числе в образовательных учреждениях ВОС, последующего трудоустройства и производственной адаптации на предприятиях ВОС, и заканчивая мероприятиями по социокультурной реабилитации и реабилитации средствами физической культуры и спорта [2, 170].

Потеря зрения в зрелом возрасте, как правило, не позволяет человеку вернуться к своей прежней профессии или профессии, схожей с ней. В связи с этим остро встает вопрос о профессиональной подготовке таких людей и о создании условий для их профессиональной самореализации в будущем. В системе ВОС профессиональная подготовка по профессиям рабочих и должностям служащих, профессиональная переподготовка и повышение квалификации инвалидов по зрению осуществляется путем реализации основных адаптированных программ профессионального обучения и программ дополнительного профессионального образования (программ профессиональной переподготовки и повышения квалификации) на базе образовательных учреждений ВОС: Института профессиональной реабилитации и подготовки персонала ВОС «Реакомп», Культурно-спортивного реабилитационного комплекса и Центра

реабилитации слепых ВОС.

Заключение. Значительный рост инвалидности населения среди взрослых, отмечаемый во всем мире, приводит к обострению социальных проблем, связанных с этим, и требует поиска новых путей их решений. Цифровизация экономики, развитие региональной системы комплексной реабилитации и абилитации, увеличение роли общественных объединений и инициативных групп ставят перед реабилитационными и образовательными учреждениями ВОС новые задачи, среди которых наиболее значимыми, на наш взгляд, являются расширение предлагаемых к освоению направлений профессиональной подготовки, по которым инвалиды по зрению смогут реализовать себя в профессиональном плане как на открытом рынке труда, так и с помощью государственных механизмов обеспечения занятости, и подготовка специалистов организаций и учреждений ВОС, осуществляющих реабилитационное сопровождение инвалидов по зрению.

Опыт Всероссийского общества слепых по организации специализированных производственных предприятий, основной уставной целью которых является обеспечение занятости инвалидов, свидетельствует о возможности решения вопроса занятости инвалидов путем организации специализированных производств, обеспечивающих трудовую и социальную занятость инвалидов. Однако обязательным условием успешного функционирования таких предприятий должно стать создание со стороны федеральных и региональных органов государственной власти системы поддержки таких работодателей. Такими мерами могут стать реформирование системы государственных закупок продукции таких предприятий, разработка целевых программ поддержки работодателей, обеспечивающих занятость инвалидов, включая социальную занятость и сопровождаемую трудовую деятельность.

Многолетний отечественный и мировой опыт обеспечения занятости инвалидов тяжелых категорий свидетельствует, что массовый доступ к труду для данной категории населения может обеспечить только защищенная занятость – особая форма занятости, гарантируемая для граждан с инвалидностью тяжелых категорий, которая предполагает, в том числе создание, модернизацию и сохранение защищенных рабочих мест, то есть рабочих мест, созданных и субсидируемых государством для инвалидов тяжелых категорий, с особым статусом, особой схемой налоговых отчислений, законодательно защищенных от трудоустройства на них граждан, не имеющих инвалидности, или граждан с инвалидностью более легких категорий [3, 272].

Трудоустройство инвалидов первой и второй группы должно сопровождаться реализацией специальных мероприятий по производственной адаптации. Эти мероприятия не должны ограничиваться лишь адаптацией рабочего места. Работодателю необходимо проводить комплексную работу по адаптации инвалида к рабочему месту и производственным процессам, коллективу и корпоративной культуре, формированию у него коммуникативных навыков эффективного взаимодействия. В связи с этим встает вопрос о необходимости подготовки достаточного количества специалистов по профессиональной адаптации инвалидов и созданию в организационной структуре работодателей, на системном уровне использующих труд инвалидов, специальных служб производственной адаптации инвалидов.

Опыт Всероссийского общества слепых свидетельствует о возможности создания в нашей стране преемственной системы профессиональной реабилитации людей с инвалидностью. Но создание такой системы возможно только совместными усилиями органов государственной власти, образовательных учреждений, работодателей и общественных объединений инвалидов, с учетом передовых научных достижений и переосмысления накопленного опыта.

Конфликт интересов: авторы подтверждают отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулаева З.З., Магомедова П.И. Зарубежный опыт трудовой реабилитации инвалидов в целях содействия их занятости и возможности его адаптации к российской практике / З.З. Абдулаева, П.И. Магомедова. - Текст : электронный // Региональные проблемы преобразования экономики. Ежемесячный научный журнал. – 2020. №8. – С. 141 - 148.

2. Астанин А.А. Система социальной и профессиональной реабилитации взрослых слепых в Центре реабилитации слепых Всероссийского общества слепых / А.А. Астанин. – Текст : электронный // Преемственная система инклюзивного образования: теоретические и практические аспекты: материалы IX Международной научно-практической конференции. 13 марта 2020 г. – Казань : Издательство «Познание» Казанского инновационного университета, 2020. – С. 167 – 170.

3. Лапшин К.А. Особенности трудовой и профессиональной реабилитации инвалидов по зрению в современных условиях / К.А. Лапшин. – Текст : непосредственный // Состояние и перспективы системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации – 2020. II Межрегиональная конференция (Москва, 18 ноября 2020 г.): Сборник материалов и докладов ; под общей редакцией д. м. н. М.А. Дымочка – Москва : ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2020. – С. 271 -277.

4. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. – Москва – URL: <https://mintrud.gov.ru/employment/resettlement/13/> (дата обращения: 11.10.2021). – Текст: электронный.

5. Официальный сайт ВОС. – Москва – URL : https://vos.org.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=572&Itemid=120 (дата обращения: 10.03.2022). – Текст: электронный.

6. Постановление президиума Центрального правления ВОС от 17.01.1979 г. № 95-4.

7. Струкова О.Г. Морозова Е.В. Жукова Е.В. Анализ мониторинга субъектов Российской Федерации по стимулированию работодателей к созданию и оснащению рабочих мест для трудоустройства инвалидов с учетом принципа «разумного приспособления» / О.Г. Струкова, Е.В. Морозова, Е.В. Жукова Текст : непосредственный // Состояние и перспективы системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации – 2020. II Межрегиональная конференция (Москва, 18 ноября 2020 г.): Сборник материалов и докладов ; под общей редакцией д. м. н. М.А. Дымочка – Москва : ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2020. – С. 54 - 66.

REFERENCES

1. Abduloeva Z.Z., Magomedova P.I. Zarubezhnyy opyt trudovoy reabilitatsii invalidov v tselyakh sodeystviya ikh zanyatosti i vozmozhnosti yego adaptatsii k rossiyskoy praktike / Z.Z. Abdulayeva, P.I. Magomedova. - Tekst : elektronnyy // Regional'nyye problemy preobrazovaniya ekonomiki. Yezhemesyachnyy nauchnyy zhurnal. – 2020. №8. – S. 141 - 148.

2. Astanin A.A. Sistema sotsial'noy i professional'noy reabilitatsii vzroslykh slepykh v Tsentre reabilitatsii slepykh Vserossiyskogo obshchestva slepykh / A.A. Astanin. – Tekst : elektronnyy // Preyemstvennaya sistema inklyuzivnogo obrazovaniya: teoreticheskiye i prakticheskiye aspekty: materialy IX Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii. 13 marta 2020 g. – Kazan' : Izdatel'stvo «Poznaniye» Kazanskogo innovatsionnogo universiteta, 2020. – S. 167 – 170.

3. Lapshin K.A. Osobennosti trudovoy i professional'noy reabilitatsii invalidov po zreniyu v sovremennykh usloviyakh / K.A. Lapshin. – Tekst : neposredstvennyy // Sostoyaniye i perspektivy sistemy kompleksnoy reabilitatsii i abilitatsii invalidov i detey-invalidov v Rossiyskoy Federatsii – 2020. II Mezhhregional'naya konferentsiya (Moskva, 18 noyabrya 2020 g.): Sbornik materialov i dokladov ; pod obshchey redaktsiyey d. m. n. M.A. Dymochka – Moskva : FGBU FB MSE Mintruda Rossii, 2020. – S. 271 -277.

4. Ministerstvo truda i sotsial'noy zashchity Rossiyskoy Federatsii. – Moskva – URL: <https://mintrud.gov.ru/employment/resettlement/13/> (data obrashcheniya: 11.10.2021). – Tekst: elektronnyy.

5. Ofitsial'nyy sayt VOS. – Moskva – URL : https://vos.org.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=572&Itemid=120 (data obrashcheniya: 10.03.2022). – Tekst: elektronnyy.

6. Postanovleniye prezidiuma Tsentral'nogo pravleniya VOS ot 17.01.1979 g. № 95-4.

7. Strukova O.G. Morozova Ye.V. Zhukova Ye.V. Analiz monitoringa sub"yektov Rossiyskoy Federatsii po stimulirovaniyu rabotodateley k sozdaniyu i osnashcheniyu rabochikh mest dlya trudoustroystva invalidov s uchetom printsipa «razumnogo prisposobleniya» / O.G. Strukova, Ye.V. Morozova, Ye.V. Zhukova Tekst : neposredstvennyy // Sostoyaniye i perspektivy sistemy kompleksnoy reabilitatsii i abilitatsii invalidov i detey-invalidov v Rossiyskoy Federatsii – 2020. II Mezhhregional'naya konferentsiya (Moskva, 18 noyabrya 2020 g.): Sbornik materialov i dokladov ; pod obshchey redaktsiyey d. m. n. M.A. Dymochka – Moskva : FGBU FB MSE Mintruda Rossii, 2020. – S. 54 - 66.

О КАДРОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРОЦЕССА ЖИЗНЕУСТРОЙСТВА И СОПРОВОЖДЕНИЯ ГРАЖДАН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Старобина Е.М., Гордиевская Е.О., Рябцев М.В.
ФБГУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Актуальность работы обусловлена необходимостью обеспечения квалифицированными кадрами процесса жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами.

Цель. Исследование проблемы кадрового обеспечения процесса жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами.

Материалы и методы. Методология проведения исследования включала осуществление информационного поиска и анализ содержательной части информационных источников в отношении компетенций и повышения квалификационного уровня специалистов, занятых в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами.

Результаты. Авторами на основе анализа опыта организаций, реализующих технологии сопровождаемого проживания инвалидов, сформирован перечень специалистов, участвующих в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами, сформулирован перечень актуальных компетенций для каждого из специалистов и на основе проделанной работы разработаны предложения для внесения изменений в соответствующие профессиональные стандарты с целью последующей разработки программ дополнительного профессионального образования данных специалистов.

Заключение. Результаты данного исследования вносят актуальный вклад в реализацию положений Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года в части кадрового обеспечения процесса жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами, посредством пересмотра соответствующих профессиональных стандартов и разработки программ повышения квалификации данных специалистов с учетом актуальных компетенций их деятельности в данном направлении.

Ключевые слова: граждане с психическими расстройствами, профессиональные стандарты, жизнеустройство, сопровождение.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Гордиевская Елена Олеговна - старший научный сотрудник. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. E-mail: elena.gord@bk.ru, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, д. 50, 195067. Телефон: 543-99-74. eLibrary SPIN-код: 3628-1726, AuthorID: 667497 ORCID 0000-0002-7617-298X.

Старобина Елена Михайловна - Главный научный сотрудник. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. E-mail: estarobina@yandex.ru, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, д. 50, 195067, Телефон: 543-99-74.

Рябцев Михаил Викторович - Руководитель отдела. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. E-mail: ryabtcev@ya.ru, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, д. 50, 195067, Телефон: 543-99-74.

Вклад авторов: Авторы равномерно принимали участие в разработке дизайна исследования, сборе данных, анализе и написании статьи.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объектов исследований.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

ABOUT THE STAFFING OF THE PROCESS OF LIFE MANAGEMENT AND SUPPORT OF CITIZENS WITH MENTAL DISORDERS

Starobina E.M., Gordievskaya E.O., Ryabtsev M.V.
Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
St. Petersburg, Russia

Abstract

Background. The relevance of the work is due to the need to provide qualified personnel for the process of life management and support of citizens with mental disorders.

Aim. The purpose of the work was to study the problem of staffing the process of life management and support of citizens with mental disorders.

Materials and methods. The methodology of the study included the implementation of information search and analysis of the content of information sources regarding the competencies and professional development of specialists engaged in the process of life management and support of citizens with mental disorders.

Results. The authors, based on the analysis of the experience of organizations implementing assisted living technologies for the disabled, have formed a list of specialists involved in the process of life management and support of citizens with mental disorders, formulated a list of relevant competencies for each of the specialists and, based on the work done, developed proposals for making changes to the relevant professional standards for the subsequent development of additional professional education programs for these specialists.

Conclusion. The results of this study make an actual contribution to the implementation of the provisions of the Concept of development in the Russian Federation of a system of comprehensive rehabilitation and habilitation of persons with disabilities, including children with disabilities, for the period up to 2025 in terms of staffing the process of life management and support of citizens with mental disorders, through the revision of relevant professional standards and the development of professional development programs for these specialists taking into account the actual competencies of their activities in this direction.

Key words: citizens with mental disorders, professional standards, lifestyle, support.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Gordievskaya Elena Olegovna - senior researcher, Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, E-mail: elena.gord@bk.ru, St. Petersburg, Russia, 50 Bestuzhevskaya Street, 195067, eLibrary SPIN-код: 3628-1726, AuthorID: 667497, ORCID 0000-0002-7617-298X.

Starobina Elena Mikhailovna - Chief Researcher, Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled. E-mail: estarobina@yandex.ru, St. Petersburg, Russia, 50 Bestuzhevskaya Street, 195067. eLibrary SPIN-код: 7199-0037, AuthorID: 442318. ORCID <http://orcid.org/0000-0003-1820-9307>

Ryabtsev Mikhail Viktorovich - Head of department, Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled. E-mail: ryabtcev@ya.ru. St. Petersburg, Russia, 50 Bestuzhevskaya Street, 195067. SPIN-код автора: 2490-5403, AuthorID: 889361. ORCID <http://orcid.org/0000-0001-5564-6093>

Author contribution statement: The authors evenly participated in the design of the research, data collection, analysis and writing of the article.

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: No human studies are presented in this manuscript.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение. Проблема жизнеустройства и сопровождения инвалидов с нарушениями психических функций относительно новой, востребованной и актуальной, но получившей еще недостаточный уровень внедрения на практике, что связано, в том числе, с недостаточностью кадрового обеспечения данного направления.

Инвалиды с нарушениями психических функций имеют существенную специфику, определяющую особенность подходов к их жизнеустройству и сопровождению и соответствующие требования к специалистам, осуществляющим мероприятия по целевым направлениям. На данную специфичность указывается в Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том

числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года (далее - Концепция) [1], в которой подчеркивается, что технологии и подходы к реабилитации и абилитации, социальному сопровождению инвалидов, в том числе детей-инвалидов, вследствие психических расстройств имеют существенные особенности. Также в Концепции указывается, что для лиц с инвалидностью с нарушениями, значимо затрудняющими ведение самостоятельного образа жизни (психическими расстройствами и расстройствами поведения, нарушениями функций слуха, зрения и речи, двигательных и других функций, сочетанными и тяжелыми множественными нарушениями), особое значение имеют вопросы сопровождения, как при предоставлении реабилитационных услуг, особенно в вопросах трудоустройства и занятости, так и услуг при организации жизнеустройства в целом, создания по месту их жительства, обучения, работы, досуга постоянной реабилитационной среды, в том числе в рамках реализации технологий домашнего (семейного) микрореабилитационного центра [1].

Собственно же процесс жизнеустройства и сопровождения является многосторонним и комплексным. Данный процесс предусматривает содействие в предоставлении инвалидам социальных услуг, услуг по реабилитации и абилитации, образовательных, социокультурных услуг, услуг в сфере физической культуры и спорта, занятости и проведения мероприятий по социальному сопровождению инвалидов (содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам) [1, 2]. Соответственно, реализация реабилитационных мероприятий в данном контексте подразумевает участие широкого круга разнопрофильных специалистов, предъявляя к ним особые требования в плане имеющихся компетенций.

В качестве инструмента, обеспечивающего квалифицированным кадровым составом процесс жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами необходимыми профессиональными компетенциями, выступает дополнительное профессиональное образование с учетом вида профессиональной деятельности специалистов и их специальных компетенций по целевым направлениям деятельности.

Согласно «Методическим рекомендациям по разработке основных профессиональных образовательных программ и дополнительных профессиональных программ с учетом соответствующих профессиональных стандартов», программы профессионального обучения разрабатываются на основе установленных квалификационных требований (профессиональных стандартов) (ч.8 ст.73) [3]. То есть, профессиональные стандарты выступают, в том числе, в качестве основы для организации обучения, повышения квалификации, профессиональной переподготовки кадрового состава. Отсутствие наличия актуальных компетенций в области сопровождения и жизнеустройства граждан с нарушениями психических функций в профессиональные стандарты может явиться причиной недооценки значимости получения актуальных и востребованных компетенций соответствующими специалистами в том числе в ходе повышения их квалификации. Соответственно, данные документы должны быть составлены с учетом современных требований и подходов, отражающих наиболее эффективные и результативные практики профессиональной деятельности, с учетом профильной специализации специалистов, задействованных в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с нарушениями психических функций.

В части особенностей организации процесса жизнеустройства лиц с инвалидностью с психическими расстройствами и расстройствами поведения в Концепции в отношении кадрового состава, реализующего данный процесс, подчеркивается необходимость решения задачи обеспечения квалифицированными кадрами в социальной сфере, в том числе включение трудовых функций по сопровождению лиц с ментальной инвалидностью и соответствующих требований к знаниям и умениям в профессиональные стандарты работников сферы социального обслуживания или разработка отдельных профессиональных стандартов [1].

Цель исследования. Исследование проблемы кадрового обеспечения процесса жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами с последующей разработкой перечня компетенций специалистов, занятых в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами; подготовкой предложений по изменению действующих профессиональных стандартов соответствующих специалистов.

Материалы и методы исследования. Методология проведения исследования включала осуществление информационного поиска и анализ:

- требований к компетенциям специалистов, занятых в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами на основе информационного поиска и

анализа опыта реабилитационных организаций;

- содержательной части профессиональных стандартов специалистов, занятых в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами;

- анализ и обобщение информационных источников в отношении целевой направленности содержания дополнительных образовательных программ согласно целям научного исследования.

Результаты исследования. Авторами на основе анализа опыта организаций, реализующих технологии сопровождаемого проживания инвалидов, сформирован перечень специалистов, участвующих в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами, сформулирован перечень актуальных компетенций для каждого из специалистов и на основе проделанной работы разработаны предложения для внесения изменений в соответствующие профессиональные стандарты с целью последующей разработки программ дополнительного профессионального образования данных специалистов.

С учетом содержания понятий «жизнеустройство» и «сопровождение» граждан с психическими расстройствами, следует подчеркнуть, что данные понятия шире, чем сопровождаемое проживание, рассматриваемое в анализируемом опыте. Жизнеустройство граждан с психическими расстройствами это процесс нормализации их жизни, включения их в независимую жизнь.

В услуги по сопровождению при организации жизнеустройства лиц с ментальной инвалидностью в соответствии с концепцией предлагается включить:

а) содействие лицам с ментальной инвалидностью в получении различных услуг (социальных, медицинских, реабилитационных, образовательных, досуговых, услуг в области адаптивной физической культуры и адаптивного спорта, услуг содействия занятости и др. услуг) и координацию их предоставления, в том числе мониторинг жизненной ситуации лиц с ментальной инвалидностью и оказание содействия при решении существующих проблем в органах и организациях различной ведомственной принадлежности, а также сопровождение к месту получения услуг и в процессе их получения;

б) содействие лицам с ментальной инвалидностью в удовлетворении их основных жизненных потребностей в бытовой и социальной жизни посредством поддержания самостоятельных действий и помощи в их совершении и замещения действий, которые они не могут совершить самостоятельно[1].

Услуги по сопровождению относятся к вспомогательным услугам – услугам по оказанию индивидуальной (персональной) помощи инвалидам, детям-инвалидам, с учетом потребностей (ограничений жизнедеятельности) и возрастных характеристик при получении основных услуг на приоритетных объектах в приоритетных сферах жизнедеятельности и на базе местного сообщества (на дому, по месту жительства), для обеспечения их жизнеустройства, повышения уровня их участия в повседневной жизни (в домашних делах, проведении досуга, трудовой деятельности, образовании в политической и культурной жизни, обеспечение доступа наравне с другими к транспорту, информации и связи, услугам и объектам коллективного пользования, предназначенным для населения в целом).

Поэтому и перечень специалистов расширяется и включает кроме специалиста по социальной работе, социального педагога, психолога и социального работника, которые реализуют мероприятия по сопровождаемому проживанию, еще и сопровождающего инвалидов, тьютора, которые заняты в процессе сопровождения граждан с психическими расстройствами.

Соответственно, специалисты, занятые в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами, должны обладать набором специальных знаний, навыков и умений или компетенций, определяющих возможность ориентации как в широком спектре вышеназванных услуг, специфики их оказания для целевой группы, так и в перечне организаций, учреждений, на базе которых реализуются основные услуги, осуществляется обеспечение их жизнеустройства и повышение уровня их участия в повседневной жизни. Они должны обладать компетенциями, позволяющими осуществлять информационные, организационные, координационные функции, определяющие в итоге эффективность и результативность процесса жизнеустройства граждан целевой группы. Данные специалисты должны ориентироваться в актуальных потребностях инвалидов с ментальными нарушениями, что также требует владения специфическими знаниями и умениями, включая знания об особенностях инвалидизирующей патологии целевой группы, о специфике процесса их жизнеустройства, включая специфику стационарозамещающих технологий, технологий сопровождения, в том числе в процессе проведения реабилитационных мероприятий, осуществления трудовой деятельности на

открытом рынке труда, социальной занятости, а также об особенностях социального взаимодействия с ними.

Таким образом, перечень общепрофессиональных компетенций, характерных для всех специалистов, участвующих в организации жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами должен включать: - готовность применять знания нормативно-правовых основ жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами, в ходе реализации этих процессов;

- наличие представлений о спектре услуг, связанных с жизнеустройством и сопровождением лиц с психическими расстройствами, и их особенностями для данной целевой группы граждан;

- готовность к социальному взаимодействию и командной работе, включая этический аспект взаимодействия в мультидисциплинарной команде в ходе реализации процесса жизнеустройства и сопровождения лиц с психическими расстройствами;

- способность к осознанию социальных, экономических, экологических последствий своей деятельности и возможных ошибок (значимость «цены» ошибок).

Эти специалисты должны быть готовы:

- к посреднической, социально-профилактической, консультационной и информационной деятельности по проблемам жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами;

- к обеспечению помощи и поддержки, предоставлению вспомогательных услуг и услуг сопровождения;

- к созданию социально и психологически благоприятной среды жизнедеятельности лиц с психическими расстройствами;

- к решению проблем лиц с психическими расстройствами путем привлечения соответствующих специалистов, мобилизации собственных сил, физических, психических и социальных ресурсов клиента;

- к предупреждению и профилактике личной профессиональной деформации, профессиональной усталости, профессионального “выгорания” в ходе реализации процесса жизнеустройства и сопровождения лиц с психическими расстройствами;

- к осуществлению оценки качества предоставляемых услуг с учетом потребностей лиц с психическими расстройствами и их удовлетворенности качеством этих услуг;

- к соблюдению профессионально-этических требований в процессе осуществления профессиональной деятельности в ходе реализации процесса жизнеустройства и сопровождения лиц с психическими расстройствами.

В ходе реализации научного исследования авторами были проанализированы профессиональные стандарты соответствующих специалистов:

- специалист по социальной работе [4],

- социальный работник [5],

- психолог в социальной сфере [6],

- сопровождающий инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья и несовершеннолетних [7],

- ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья [8],

- специалист в области воспитания (социальный педагог, тьютор) [9].

Анализ данных профессиональных стандартов показал, что не все из них содержат компетенции, необходимые при оказании услуг по содействию жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами. Во многих стандартах данные компетенции редуцированы и не учитывают отдельные важнейшие аспекты, значимые при реализации процесса жизнеустройства и сопровождения, или отсутствуют вовсе.

Отсутствие включения данных аспектов в профессиональные стандарты может стать причиной недооценки необходимости и важности обретения актуальных и востребованных компетенций соответствующими специалистами, в том числе в ходе повышения их квалификации.

Заключение. В итоге авторами были определены перечни общепрофессиональных, личностных, специальных компетенций, характерных для специалистов, участвующих в организации процесса жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами. Сформированный перечень компетенций явился основой для конкретизации формулировок для внесения изменений в профессиональные стандарты соответствующих

специалистов.

Сформированные предложения по корректировке профессиональных стандартов позволят научно обоснованно подойти к совершенствованию программ повышения квалификации данной категории специалистов, что будет способствовать росту квалификационного уровня кадрового потенциала и, в итоге – к повышению эффективности и результативности процесса жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами.

Результаты данного исследования вносят актуальный вклад в реализацию положений Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года в части кадрового обеспечения процесса жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами.

Внедрение результатов работы позволит осуществлять эффективную образовательную деятельность по повышению квалификации и переподготовки кадров с учетом актуальных направлений их деятельности на основании требований, сформулированных в профессиональных стандартах.

Конфликт интересов: авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года. – URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/kontceptsia> (дата обращения 05.07.22).

2. Приказ Минтруда России от 14.12.2017 г. № 847 «Об утверждении Методических рекомендаций по организации различных технологий сопровождаемого проживания инвалидов, в том числе такой технологии, как сопровождаемое совместное проживание малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях». – URL: <https://docs.cntd.ru/document/556115542> (дата обращения 25.07.22).

3. Методические рекомендации по разработке основных профессиональных образовательных программ и дополнительных профессиональных программ с учетом соответствующих профессиональных стандартов" (утв. Минобрнауки России 22.01.2015 N ДЛ-1/05вн). – URL: https://www.spo.mosmetod.ru/docs/borderless/min_obr_22.01.2015.pdf (дата обращения 04.07.22).

4. Профстандарт: 03.001 Специалист по социальной работе. – URL: <https://classinform.ru/profstandarty/03.001-spetsialist-po-sotcialnoi-rabote.html> (дата обращения 05.07.2022).

5. Профстандарт: 03.002 Социальный работник. – URL: <https://classinform.ru/profstandarty/03.002-sotcialnyi-rabotnik.html> (дата обращения 05.05.2022).

6. Профстандарт: 03.008 Психолог в социальной сфере. – URL: <https://classinform.ru/profstandarty/03.008-psiholog-v-sotcialnoi-sfere.html> (дата обращения 05.07.2022).

7. Профстандарт: 05.006 Сопровождающий инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья и несовершеннолетних. – URL: <https://classinform.ru/profstandarty/05.006-soprovozhdaiushchii-invalidov-litc-s-ogranichennymi-vozmozhnostiami-zdorovia-i-nesovershennoletneykh.html> (дата обращения 05.07.2022).

8. Профстандарт: 03.012 Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья. – URL: <https://classinform.ru/profstandarty/03.012-assistent-pomoshchnik-po-okazaniu-tekhnicheskoi-pomoshchi-invalidam-i-litcam-s-ogranichennymi-vozmozhnostiami-zdorovia.html> (дата обращения 05.07.2022).

9. Профстандарт: 01.005 Специалист в области воспитания. – URL: <https://classinform.ru/profstandarty/01.005-spetsialist-v-oblasti-vospitaniia.html> (дата обращения 05.07.2022).

REFERENCES

1. *Konceptsiya razvitiya v Rossijskoj Federacii sistemy kompleksnoj rehabilitacii i abilitacii lic s invalidnost'yu, v tom chisle detej s invalidnost'yu, na period do 2025 goda* [The concept of development in the Russian Federation of a system of comprehensive rehabilitation and habilitation of

persons with disabilities, including children with disabilities, for the period up to 2025]. Available at: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/kontcepsia> (Accessed 05.07.22).(In Russian)

2. Prikaz Mintruda Rossii ot 14.12.2017 g. № 847 «Ob utverzhdenii Metodicheskikh rekomendacij po organizacii razlichnyh tekhnologij soprovozhdaemogo prozhivaniya invalidov, v tom chisle takoj tekhnologii, kak soprovozhdaemoe sovmestnoe prozhivanie malyh grupp invalidov v otdel'nyh zhilyh pomeshcheniyah» [Order of the Ministry of Labor of the Russian Federation No. 847 dated December 14, 2017 "On approval of Methodological recommendations on the organization of various technologies for accompanied accommodation of disabled people, including such technology as accompanied cohabitation of small groups of disabled people in separate residential premises"] Available at: <https://docs.cntd.ru/document/556115542> (Accessed 25.07.22).(In Russian)

3. Metodicheskie rekomendacii po razrabotke osnovnykh professional'nykh obrazovatel'nykh programm i dopolnitel'nykh professional'nykh programm s uchetom sootvetstvuyushchih professional'nykh standartov" (utv. Minobrnauki Rossii 22.01.2015 N DL-1/05vn) [Methodological recommendations for the development of basic professional educational programs and additional professional programs taking into account relevant professional standards" (approved by the Ministry of Education and Science of the Russian Federation on 22.01.2015 N DL-1/05vn)] Available at: https://www.spo.mosmetod.ru/docs/borderless/min_obr_22.01.2015.pdf (Accessed 04.07.22).(In Russian)

4. Profstandart: 03.001 Specialist po social'noj rabote [Professional standard: 03.001 Social Work Specialist] Available at: <https://classinform.ru/profstandarty/03.001-spetcialist-po-sotcialnoi-rabote.html> (Accessed 05.07.22).(In Russian)

5. Profstandart: 03.002 Social'nyj rabotnik [Professional standard: 03.002 Social worker] Available at: <https://classinform.ru/profstandarty/03.002-sotcialnyi-rabotnik.html> (Accessed 05.07.22).(In Russian)

6. Profstandart: 03.008 Psiholog v social'noj sfere [Professional standard: 03.008 Psychologist in the social sphere] Available at: <https://classinform.ru/profstandarty/03.008-psiholog-v-sotcialnoi-sfere.html> (Accessed 05.07.22).(In Russian)

7. Profstandart: 05.006 Soprovozhdayushchij invalidov, lic s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya i nesovershennoletnih [Professional standard: 05.006 Accompanying persons with disabilities, persons with disabilities and minors] Available at: <https://classinform.ru/profstandarty/05.006-soprovozhdaiushchii-invalidov-litc-s-ogranichennymi-vozmozhnostiami-zdorovia-i-nesovershennoletneykh.html> (Accessed 05.07.22).(In Russian)

8. Profstandart: 03.012 Assistent (pomoshchnik) po okazaniyu tekhnicheskoi pomoshchi invalidam i licam s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya [Professional standard: 03.012 Assistant (assistant) for the provision of technical assistance to persons with disabilities and persons with disabilities] Available at: <https://classinform.ru/profstandarty/03.012-assistent-pomoshchnik-po-okazaniyu-tekhnicheskoi-pomoshchi-invalidam-i-litcam-s-ogranichennymi-vozmozhnostiami-zdorovia.html> (Accessed 05.07.22).(In Russian)

9. Profstandart: 01.005 Specialist v oblasti vospitaniya [Professional standard: 01.005 Specialist in the field of education] Available at: <https://classinform.ru/profstandarty/01.005-spetcialist-v-oblasti-vospitaniia>

**РАЗДЕЛ 4 МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ,
ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19. САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ.**

**SECTION 4 MEDICAL REHABILITATION. REHABILITATION OF PATIENTS AFTER
COVID-19. SANATORIUM AND RESORT REHABILITATION**

УДК 613.98:616.5-007.23-053.9:616.5-083.4:616-084

**ИННОВАЦИОННЫЕ GERONTOТЕХНОЛОГИИ В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ СО СТАРЧЕСКИМ КСЕРОЗОМ**

Колосова Г.В.¹, Башкирёва А.С.², Баранова Н.П.^{2,3}, Шишко А.В.^{2,3,4}, Бондаренко Т.В.⁵,
Севастьянов М.А.⁶, Богданова Д.Ю.², Асатрян А.Г.⁷, Аникеев П.П.²

¹Комитет по социальной политике Санкт-Петербурга

²Научно-инновационный центр «Профессиональное долголетие»

³АНО «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии»

⁴Правительство Приморского края

⁵СПб ГКУ «Центр организации социального обслуживания»

⁶СПб ГБУСО «Дом-интернат для престарелых и инвалидов № 1»

⁷ООО «Стомамедсервис», Стационар сестринского ухода «Родные люди»
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. В рамках развития типовой модели системы долговременного ухода (СДУ) и внедрения инновационных геронтологических технологий в качестве передовых социальных практик для дальнейшей оптимизации социально-медицинского обслуживания пациентов пожилого и старческого возраста с 2018 г. по настоящее время на территории Санкт-Петербурга и Ленинградской области (ЛО) реализуется социальный научно-практический проект «Старшему поколению – забота и уход!».

Цель. В статье представлены: результаты внедрения инновационных геронтологических технологий в качестве передовых социальных практик в систему долговременного ухода за гражданами старших возрастных групп; итоги сравнительного анализа эффективности применения эмоленов дерматопротекторного действия для ранней реабилитации и повышения качества жизни пациентов гериатрического профиля с возраст-ассоциированным ксерозом (ВАК); изучены клинические проявления данного заболевания до и после применения дерматопротекторов.

Материалы и методы. В когорту обследованных вошли пациенты гериатрического профиля со старческой астенией 12 учреждений социальной защиты населения СПб и ЛО. В зарубежной литературе таких пациентов называют «хрупкими» (frailty).

Результаты. Полученные данные свидетельствуют о том, что ВАК как проявление «хрупкости» кожи при старении может рассматриваться в качестве составной части гериатрического синдрома старческой астении у пациентов старших возрастных групп.

Заключение. Развитие «хрупкости» кожи существенно снижает качество жизни пациентов гериатрического профиля и требует своевременной профилактики и коррекции адекватно подобранными дерматопротекторами.

Ключевые слова: пациенты гериатрического профиля, старческий ксероз, «хрупкость» кожи, качество жизни, инновационные геронтологические технологии, дерматопротекторы

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Башкирёва Анжелика Сергеевна, д.м.н., доцент; адрес: 199106, Санкт-Петербург, ул. Гаванская, д.11/16, пом.78; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2896-8414>; eLibrary SPIN: 1621-0683; e-mail: angel_darina@mail.ru;

Колосова Галина Владимировна, адрес: 191144, Санкт-Петербург, ул. Новгородская, д. 20, лит. А;

Баранова Надежда Петровна, адрес: 199106, г. Санкт-Петербург, ул. Гаванская, д.11/16, пом.78; e-mail: prof-longevity@mail.ru;

Бондаренко Тамара Викторовна, адрес: 191119, Санкт-Петербург, ул. Звенигородская, д. 22;

Богданова Дарина Юрьевна, eLibrary SPIN: 4465-6443; адрес: 199106, г. Санкт-Петербург, ул. Гаванская, д.11/16, пом.78; e-mail: prof-longevity@mail.ru;

Севастьянов Михаил Александрович, д.м.н., доцент; адрес: 197341, Санкт-Петербург, ул. Поклонногорская, д. 52;

Асатрян Асмик Георгиевна, адрес: 188300, Ленинградская область, г. Гатчина, ул. Достоевского, д. 8, лит. Б;

Аникеев Павел Петрович, адрес: 199106, г. Санкт-Петербург, ул. Гаванская, д.11/16, пом.78; e-mail: prof-longevity@mail.ru;

Шишко Александр Владимирович, адрес: 199106, г. Санкт-Петербург, ул. Гаванская, д.11/16, пом.78; e-mail: prof-longevity@mail.ru

Вклад авторов: Статья подготовлена коллективом авторов.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит результатов исследований с участием животных.

Исследования с участием людей: По результатам проведения полноценной этической экспертизы документов НИР реализация научно-практического проекта «Повышение качества жизни пациентов гериатрического профиля с возраст-ассоциированным ксерозом» с точки зрения соблюдения прав и достоинства участников исследования была полностью одобрена локальным этическим комитетом (ЛЭК), протокол заседания ЛЭК ООО «Стомамедсервис» от 03.02.2020 г. № 13 (исх. от 03.02.2020 г. № 10). Настоящее научное исследование проводилось при строгом соблюдении требований Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации по биомедицинским технологиям. Протоколы добровольного информированного согласия пациентов на проведение исследования с последующим назначением эмоленов дерматопротекторного действия – бальзамов Ehomega Control® A-DERMA и XeraCalm A.D® Avène получены.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит результатов исследований с наличием идентифицируемых данных людей.

INNOVATIVE GERONTOTECHNOLOGIES IN THE EARLY REHABILITATION OF GERIATRIC PATIENTS WITH AGE-ASSOCIATED XEROSIS

Kolosova G.V.¹, Bashkireva A.S.², Baranova N.P.^{2,3}, Shishko A.V.^{2,3,4}, Bondarenko T.V.⁵, Sevastyanov M.A.⁶, Bogdanova D.Yu.², Asatryan A.G.⁷, Anikeev P.P.²

¹Committee for Social Policy of St. Petersburg

²Scientific and Innovation Center "Professional Longevity"

³ANO "St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology"

⁴Government of Primorsky Krai

⁵St. Petersburg GKU "Center for the organization of social services"

⁶St. Petersburg GBSUSO "House for the elderly and disabled people No. 1"

⁷Stomamedservice LLC, Hospital for nursing care "Relative people"

St. Petersburg, Russia

Abstract

Background. From 2018 to the present a scientific project «The use of dermatoprotectors to improve the quality of life of geriatric patients with age-associated xerosis» has been realized as part of a typical model of a long-term care system in order to introduce the innovative gerontotechnologies as advanced social practices in further optimization of social and medical care for elderly and senile patients in St. Petersburg and Leningrad Region.

Aim. The article presents the results of a comparative analysis of the effectiveness of dermatoprotective emollients application for early rehabilitation and quality of life improvement among geriatric patients with age-associated xerosis. The clinical manifestations of this disease have been studied before and after the use of dermatoprotectors.

Materials and methods. The surveyed cohort included geriatric patients with senile asthenia from 12 institutions of social protection of St. Petersburg and Leningrad Region population. In the foreign literature, such patients are called "fragile".

Results. The data thus obtained indicate that age-associated xerosis as a manifestation of skin "fragility" during aging can be considered as a component of the geriatric syndrome of senile asthenia in patients of older age groups.

Conclusion. The development of skin "fragility" significantly reduces the quality of life of geriatric patients and requires timely prophylaxis and correction with adequately selected dermatoprotectors.

Key words: geriatric patients, senile xerosis, fragility of the skin, quality of life, innovative gerontotechnologies, dermatoprotectors.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Bashkireva Anzhelika Sergeevna, MD, DSc; adress:199106, St. Petersburg, st. Gavanskaya, 11/16-78; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2896-8414>; eLibrary SPIN: 1621-0683; e-mail: angel_darina@mail.ru;

Kolosova G.V.; adress: 191144, St. Petersburg, st. Novgorodskaya, 20, lit. A;

Baranova Nadezhda Petrovna, 199106, St. Petersburg, st. Gavanskaya, 11/16-78; e-mail: prof-longevity@mail.ru;

Bondarenko T.V. ; adress: 191119, St. Petersburg, st. Zvenigorodskaya, 22;

Bogdanova Darina Yurievna, eLibrary SPIN: 4465-6443; adress:199106, St. Petersburg, st. Gavanskaya, 11/16-78; e-mail: prof-longevity@mail.ru;

Sevastyanov M.A.; adress: MD, DSc; 197341, St. Petersburg, st. Poklonnogorskaya, 52;

Asatryan A.G.; adress: 188300, Leningrad region, Gatchina, st. Dostoevsky, d. 8, lit. B;

Anikeev Pavel Petrovich; adress: 199106, St. Petersburg, st. Gavanskaya, 11/16-78; e-mail: prof-longevity@mail.ru;

Shishko Alexander Vladimirovich; adress: 199106, St. Petersburg, st. Gavanskaya, 11/16-78; e-mail: prof-longevity@mail.ru

Author contribution statement: The article was prepared by a team of authors

Ethics statements

Studies involving animal subjects: This article does not contain the results of studies involving animals.

Studies involving human subjects: Based on the results of a full-fledged ethical examination of R&D documents, the implementation of the scientific and practical project "Improving the quality of life of geriatric patients with age-associated xerosis" from the point of view of observing the rights and dignity of the study participants was fully approved by the Local Ethical Committee (LEC), the minutes of the meeting of LEC Stomamedservice Ltd., dated 03.02.2020, No. 13 (out. dated 03.02.2020, No. 10). This scientific study was carried out in strict compliance with the requirements of the Declaration of Helsinki by the World Medical Association for Biomedical Technologies. Protocols of voluntary informed consent of patients to conduct a study followed by the appointment of emollients of dermatoprotective action - balms Exomega Control[®] A-DERMA and XeraCalm A.D[®] Avène have been obtained.

Inclusion of identifiable human data: This article does not contain research results with identifiable human data.

Введение. Поиски оптимальной модели сопровождения и оказания помощи стареющему населению ведутся во всех странах мира. В настоящее время особая роль должна принадлежать тем социально-медицинским технологиям, которые способны дать комплексное решение для устранения трудностей и проблем в жизни граждан пожилого и старческого возраста. Пациенты старших возрастных групп составляют особую категорию граждан, для которых характерен потенциально высокий уровень коморбидности, снижающий качество жизни, оказывающий влияние на формирование старческой астении и других гериатрических синдромов. Пожилые люди с полиморбидной патологией часто имеют низкую функциональную активность, когнитивные нарушения, депрессию. Это хрупкие пациенты со снижением качества жизни и частыми госпитализациями.

В целях реализации с 2021 г. в рамках федерального проекта «Старшее поколение» национального проекта «Демография» в отдельных субъектах РФ пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе, приказом Минтруда России от 29.09.2020 г. № 667 утверждена типовая модель СДУ как составная часть мероприятий, направленных на развитие и поддержание функциональных способностей граждан, включающая сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также поддержку семейного ухода.

В рамках развития типовой модели СДУ и внедрения инновационных геронтологических технологий для дальнейшего расширения спектра услуг в системе социально-медицинского обслуживания пациентов гериатрического профиля с 2018 г. по настоящее время на территории Санкт-Петербурга и Ленинградской области реализуется социальный научно-практический проект «Старшему поколению – забота и уход!».

На сегодняшний день в мире более 75% людей старше 70 лет отмечают у себя сухую кожу, которая приводит к формированию микротрещин на кистях рук, голених, других частях тела, появлению сенильного зуда, развитию экзематозного процесса (сухой экземы, при которой кожа напоминает старый растрескавшийся фарфор). Причиной возникновения сенильной сухости кожных покровов является снижение уровня половых гормонов, стимулирующих сальные железы, а также инволютивные дистрофические процессы, происходящие в коже. Возраст-ассоциированный ксероз, являясь патологическим состоянием, существенно ухудшающим качество жизни пациентов гериатрического профиля, в отсутствие коррекции может завершиться формированием более выраженных манифестаций, привести к усугублению имеющейся симптоматики, а у маломобильных граждан, нуждающихся в постороннем уходе, и к появлению пролежней.

Цель. Цель исследования – оценка эффективности внедрения передовых социальных практик на основе инновационных геронтологических с использованием эмоленов дерматопротекторного действия в систему ранней реабилитации пациентов гериатрического профиля с возраст-ассоциированным ксерозом.

Материалы и методы. В когорту обследованных вошли пациенты гериатрического профиля 12 учреждений социальной защиты населения СПб и ЛО: 880 женщин пожилого и старческого возраста со старческой астенией по результатам проведения комплексной гериатрической оценки, являвшихся получателями социально-медицинских услуг в указанных организациях. Средний возраст обследованных составил $76,9 \pm 2,1$ лет, из них: 405 женщин в возрасте от 60 до 74 лет; 475 женщин в возрасте от 75 до 89 лет. Критерии включения в исследование: - диагноз «старческая астения» (R54 по МКБ-10), выставленный комиссией в составе врача-гериатра, гериатрической медсестры и специалиста по социальной работе по результатам КГО; - женский пол; - возраст от 60 до 74 лет и от 75 до 89 лет; - наличие жалоб и клинических признаков сухости кожи; - подтвержденный возраст-ассоциированный ксероз; - информированное согласие пациента на участие в исследовании. Критерии исключения из исследования: - возраст менее 60 и более 89 лет; - наличие дерматологической патологии в настоящее время и в анамнезе; - наличие заболеваний, способных повлиять на результаты исследования; - отягощенный аллергологический анамнез; - наличие вредных привычек; - прием антикоагулянтов, нестероидных противовоспалительных препаратов, пероральных ретиноидов.

Все обследованные были распределены с применением принципов рандомизации на 4 группы:

– I основная группа (изучали действие бальзама Ehomega Control[®] A-DERMA) – 220 женщин в возрасте от 60 до 89 лет (из них 102 в возрасте от 60 до 74 лет и 118 – в возрасте от 75 до 89 лет);

– II основная группа (изучали действие бальзама XeraCalm A.D[®] Avène) – 220 женщин в возрасте от 60 до 89 лет (из них 98 в возрасте от 60 до 74 лет и 122 – в возрасте от 75 до 89 лет);

– I контрольная группа (применяли плацебо-препарат – смесь paraffinum liquidum и glycerin в соотношении 1,5:1) – 220 женщин в возрасте от 60 до 89 лет (из них 104 в возрасте от 60 до 74 лет и 116 – в возрасте от 75 до 89 лет);

– II контрольная группа (препараты не применялись) – 220 женщин в возрасте от 60 до 89 лет (из них 101 в возрасте от 60 до 74 лет и 119 – в возрасте от 75 до 89 лет).

По результатам проведения полноценной этической экспертизы документов НИР реализация научно-практического проекта «Повышение качества жизни пациентов гериатрического профиля с возраст-ассоциированным ксерозом» с точки зрения соблюдения прав и достоинства участников исследования была полностью одобрена локальным этическим комитетом, протокол заседания ЛЭК ООО «Стомамедсервис» от 03.02.2020 г. № 13 (исх. от 03.02.2020 г. № 10). Настоящее научное исследование проводилось при строгом соблюдении требований Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации по биомедицинским технологиям. Протоколы добровольного информированного согласия пациентов на проведение исследования с последующим назначением эмоленов дерматопротекторного действия – бальзамов Ehomega Control[®] A-DERMA и XeraCalm A.D[®] Avène получены.

Клинические методы исследования включали: визуальный осмотр пациента; комплексную гериатрическую оценку; дифференциальную диагностику ксероза по этиологическому фактору; оценку степени выраженности клинических признаков возраст-ассоциированного ксероза; заполнение анкеты, разработанной для оценки эффективности дерматопротекторных косметических средств для профилактики и коррекции возраст-ассоциированного ксероза у

пациентов гериатрического профиля [1]. Курс лечения составлял 60 дней, космецевтические средства и плацебо-препарат наносились на поражённые ксерозом участки кожи ежедневно, утром и вечером, на предварительно очищенную кожу. Результаты оценки степени выраженности клинических признаков ВАК обследованных фиксировались в специально разработанных анкетах, включавших данные о степени выраженности клинических проявлений возраст-ассоциированного ксероза (сухость, шелушение, чешуйчатость, зуд, расчесы, трещины) на дату начала наблюдательных исследований и по завершении курса применения эмоленов дерматопротекторного действия и плацебо-препарата.

Результаты исследования. Сравнительный анализ состояния кожи у лиц с возраст-ассоциированным ксерозом, участвовавших в исследовании, показал, что до начала применения дерматопротекторов 98,4% пациенток всех возрастных групп предъявляли жалобы на сухость кожи (табл. 1). Также были выявлены: шелушение кожи – у 75,6% пациенток в возрасте 60 – 74 лет и у 88,0% в возрасте 75 – 89 лет; чешуйчатость кожи – у 35,1% пациенток в возрасте 60 – 74 лет и у 43,4% в возрасте 75 – 89 лет; трещины кожи – у 38,0% пациенток в возрасте 60 – 74 лет и у 45,7% в возрасте 75 – 89 лет; сенильный (старческий) зуд кожи – у 82,7% пациенток в возрасте 60 – 74 лет и у 94,9% в возрасте 75 – 89 лет; расчёсы кожи – у 44,9% пациенток в возрасте 60 – 74 лет и у 57,1% в возрасте 75 – 89 лет.

Таблица 1- Наличие клинических симптомов возраст-ассоциированного ксероза у лиц пожилого и старческого возраста

Возраст, лет	Сухость		Шелушение		Чешуйчатость		Трещины		Сенильный зуд		Расчесы	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
60 – 74	394	97,28%	306	75,56%	142	35,06%	154	38,02%	335	82,72%	182	44,94%
75 – 89	472	99,37%	418	88,00%	206	43,37%	217	45,68%	451	94,95%	271	57,05%
60 – 89	866	98,41%	719	81,70%	346	39,32%	369	41,93%	780	88,64%	451	51,25%

При сравнении результативности каждого из эмоленов в группах лиц пожилого и старческого возраста отмечалась более высокая эффективность ранней реабилитации возраст-ассоциированного ксероза у пациенток в возрасте от 60 до 74 лет: при коррекции сухости кожи – на 5,94% для бальзама Ehomega Control[®] A-DERMA и 2,88% для бальзама XeraCalm A.D[®] Avène; при коррекции шелушения – на 2,33% и 12,35%; чешуйчатости кожи – на 0,44% и 3,92%; трещин – на 5,27% и 4,77%; сенильного зуда – на 2,98% и 2,2%, расчесов – на 2,65% и 0,73%, соответственно.

В результате применения дерматопротекторов – бальзамов Ehomega Control[®] A-DERMA и XeraCalm A.D[®] Avène, пациенты отмечали значительное уменьшение всех клинических проявлений возраст-ассоциированного ксероза, что особенно важно – интенсивности зуда, существенное улучшение качества кожи, повышения качества сна.

Врачи-гериатры и пациенты, принимавшие участие в исследовании, оценили эффективность эмоленов Ehomega Control[®] A-DERMA и XeraCalm A.D[®] Avène как «очень эффективную» и «эффективную» (98% врачей и 100% пациентов). Также 98% врачей и 98,3% пациентов отметили переносимость изученных дерматопротекторов как «очень хорошую» и «хорошую». Данных о побочных эффектах и осложнениях выявлено не было. Полученные результаты подтвердили высокую клиническую эффективность и переносимость бальзамов Ehomega Control[®] A-DERMA и XeraCalm A.D[®] Avène в качестве наружной терапии в системе ранней реабилитации возраст-ассоциированного ксероза.

Поскольку возраст-ассоциированный ксероз носит, как правило, циклический характер с периодами ухудшения, особенно в осенне-зимний период, бальзамы Ehomega Control[®] A-DERMA и XeraCalm A.D[®] Avène являются важным звеном как лечебного, так и реабилитационного ухода за кожей, позволяет полностью справиться с проблемой сухости кожи, в том числе и при таких серьезных сопутствующих заболеваниях, как сахарный диабет.

Результаты сравнительного анализа изменений степени выраженности клинических проявлений старческого ксероза у пациентов гериатрического профиля до и после применения дерматопротекторов показали, что оба эмолента обладают выраженным смягчающим и увлажняющим действием, способствуют восстановлению пораженных кожных покровов, повышают регенеративные и барьерные функции кожи, предотвращают сухость, снимают раздражение и сенильный зуд, способствуют восстановлению пораженных участков защитного слоя эпидермиса.

Оценка эффективности использования эмолентов дерматопротекторного действия у граждан пожилого и старческого возраста с ВАК, получающих социально-медицинские услуги в учреждениях социальной защиты населения СПб и ЛО, подтвердила целесообразность внедрения передовых социальных практик на основе инновационных геронтологических с применением дерматопротекторов в систему ранней реабилитации пациентов с возраст-ассоциированным ксерозом как проявлением «хрупкости» кожи при старении для снижения риска возникновения и развития пролежней, улучшения качества жизни и продления периода активного долголетия.

Заключение. Выводы:

1. Возраст-ассоциированный ксероз, является патологическим состоянием, существенно ухудшающим качество жизни пациентов гериатрического профиля, и при отсутствии коррекции может завершиться формированием более выраженных кожных заболеваний, а у лежачих или маломобильных пациентов – и пролежней;

2. Возраст-ассоциированный ксероз как проявление «хрупкости» кожи при старении может рассматриваться в качестве составной части гериатрического синдрома старческой астении у пациентов старших возрастных групп;

3. Развитие «хрупкости» кожи существенно снижает качество жизни пациентов гериатрического профиля и требует своевременной профилактики и коррекции адекватно подобранными дерматопротекторами;

4. В качестве профилактических и лечебных средств в системе ранней реабилитации пациентов гериатрического профиля с возраст-ассоциированным ксерозом, способствующих быстрому восстановлению липидного слоя, гидратации кожи, снятию воспаления и обеспечению тканевого дыхания, наиболее оправдано применение эмолентов дерматопротекторного действия.

Источник финансирования: При выполнении работы использованы эмоленты дерматопротекторного действия, переданные в качестве пожертвования на нужды учреждений социальной защиты населения Санкт-Петербурга и Ленинградской области международной фармацевтической компанией «Пьер Фабр» на безвозмездной основе.

Конфликт интересов: Авторы подтверждают отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES:

1. Баранова Н.П., Башкирёва А.С., Богданова Д.Ю., Анিকেев П.П. и др. Повышение качества жизни пациентов гериатрического профиля с возраст-ассоциированным ксерозом /Под редакцией чл.-корр. РАЕ, д.м.н. А.С.Башкирёвой //Методические рекомендации. Издание второе, переработанное. — Санкт-Петербург, 2021. — 104 с. [Baranova N.P., Bashkirjova A.S., Bogdanova D.Ju., Anikeev P.P. i dr. Povyshenie kachestva zhizni pacientov geriatricheskogo profilja s vozrast-associovannym kserozom /Pod redakciej chl.-korr. RAE, d.m.n. A.S.Bashkirjovoj //Metodicheskie rekomendacii. Izdanie vtoroe, pererabotannoe. — Sankt-Peterburg, 2021. — 104 s. (In Russ.)]

УДК 615.825, 615.83

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ (ЛФК И ФТЛ) У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19, В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Виноградова Т.В.1, Либова Е.В.1, Макарова О.В.2, Барыкина Е.И.1, Короткина С.А.1, Плотник А.В.1, Шакуро М.А.1, Донник А.В.1, Дмитриева Е.К.1

¹СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»

²ФГБУ ДПО Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей-экспертов Минтруда России
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Проводилось лечение новой коронавирусной инфекции, пневмонии и осложнений в соответствии с методическими рекомендациями. Мероприятия по медицинской реабилитации начинались в ранний восстановительный период течения заболевания и носили комплексный характер.

Цель. Оценка эффективности использования в медицинской реабилитации госпитализированных больных с новой коронавирусной инфекцией, осложненной вирусной пневмонией, методов физиотерапии и методик лечебной физкультуры.

Материалы и методы. В Госпитале для ветеранов войн накоплен многолетний успешный опыт применения физиотерапии и лечебной физкультуры в комплексном лечении пациентов с различной патологией. Учитывая накопленный опыт, в программах лечения вирусной пневмонии, вызванной новой коронавирусной инфекцией, в период пандемии стали использовать эти методы. Условиями возможности применения физиотерапии и лечебной физкультуры служили стабильность жизненно важных функций, тяжесть общего состояния, степень поражения легочной ткани по результатам компьютерной томографии (КТ), риски осложнений, степень компенсации коморбидной патологии, наличие противопоказаний для отдельных видов физиотерапии и лечебной физкультуры, обусловленных возрастом или снижением компенсаторных возможностей организма.

Результаты. За период 2021 г. было пролечено 349 пациентов с вирусной пневмонией, вызванной новой коронавирусной инфекцией, с использованием методов физиотерапии. У пациентов наблюдалась более быстрая компенсация проявлений дыхательной недостаточности (уменьшение интоксикации, кашля и одышки, повышение сатурации кислорода крови) и улучшение психоэмоционального фона. Лечебная физкультура применялась у 968 пациентов и проводилась по индивидуальной методике с использованием прон-позиции в пассивно-активном режиме, темп медленный, нагрузка малая, с постепенным увеличением нагрузки под контролем стандартных показателей. До начала лечения и на протяжении всего курса, помимо стандартных клинических методов исследования, проводилась оценка общего состояния пациентов по следующим критериям: шкале оценки тяжести одышки (mMRC) и пульсоксиметрии.

Заключение. Использование в комплексном лечении с первых дней госпитализации методов физиотерапии и общепринятых методик ЛФК у больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, осложненной вирусной пневмонией различной степени тяжести, в подавляющем большинстве случаев улучшает качество жизни пациентов, процессы восстановления функции дыхания и значительно повышает эффективность лекарственной терапии.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, коронавирусная инфекция, вирусная пневмония, физиотерапия, лечебная физкультура.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Виноградова Татьяна Владимировна, заведующая отделением лечебной физкультуры; адрес: 193079, г. Санкт-Петербург, улица Народная д. 21; vitavla@rambler.ru,

Либова Елена Валентиновна, заведующая отделением физиотерапии; адрес: 193079, г. Санкт-Петербург, улица Народная д. 21; len-libov@yandex.ru

Макарова Ольга Владимировна – к.м.н., доцент [Olga V. Makarova, MD, PhD] ; адрес: 194044, г. Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12; ORCID: 0000-0002-1849-0648; eLibrary SPIN: 3301-1322; e-mail: olgamak2012@mail.ru

Барыкина Елена Ивановна, инструктор-методист лечебной физкультуры; адрес: 193079, г. Санкт-Петербург, улица Народная д. 21; alex2339@yandex.ru

Короткина Светлана Андреевна, врач лечебной физкультуры; адрес: 193079, г. Санкт-Петербург, улица Народная д. 21; +79523654832; s7144548@mail.ru

Плотник Александр Владимирович, врач лечебной физкультуры; адрес: 193079, г. Санкт-Петербург, улица Народная д. 21; wladimir988@mail.ru

Шакуро Мария Александровна, врач физиотерапии; адрес: 193079, г. Санкт-Петербург, улица Народная д. 21; shakuridze17@mail.ru

Донник Алексей Викторович, врач физиотерапии; адрес: 193079, г. Санкт-Петербург, улица Народная д. 21; a.donik@yandex.ru

Дмитриева Елена Константиновна, врач физиотерапии; адрес: 193079, г. Санкт-Петербург, улица Народная д. 21; shakuridze17@mail.ru

Вклад авторов: Авторы равномерно принимали участие в разработке дизайна

исследования, сборе данных, анализе и написании статьи.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объектов исследований.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

THE USE OF PHYSICAL METHODS OF TREATMENT (PHYSICAL THERAPY AND FTL) IN PATIENTS WITH PNEUMONIA CAUSED BY COVID-19 CORONAVIRUS INFECTION IN A HOSPITAL SETTING

Vinogradova T.V.¹, Libova E.V.¹, Makarova O.V.², Barykina E.I.¹, Korotkina S.A.¹,
Plotnik A.V.¹ Shakuro M.A.¹, Donnik A.V.¹, Dmitrieva E.K.¹

¹SPb GBUZ "Hospital for war veterans"

²FGBU DPost. Petersburg Institute of Advanced Training of Medical Experts
of the Ministry of Labor of Russia
St. Petersburg, Russia

Abstract

Background. The treatment of a new coronavirus infection, pneumonia and complications was carried out in accordance with the methodological recommendations. Measures for medical rehabilitation began in the early recovery period of the course of the disease and were of a complex nature.

Aim. Evaluation of the effectiveness of the use of physiotherapy methods and physical therapy techniques in the medical rehabilitation of hospitalized patients with a new coronavirus infection complicated by viral pneumonia.

Materials and methods. The Hospital for War Veterans has accumulated many years of successful experience in the use of physiotherapy and physical therapy in the complex treatment of patients with various pathologies. Taking into account the accumulated experience, these methods began to be used in treatment programs for viral pneumonia caused by a new coronavirus infection during the pandemic. The conditions for the possibility of using physiotherapy and physical therapy were the stability of vital functions, the severity of the general condition, the degree of damage to the lung tissue according to the results of computed tomography (CT), the risks of complications, the degree of compensation for comorbid pathology, the presence of contraindications for certain types of physiotherapy and physical therapy due to age or a decrease in the compensatory capabilities of the body.

Results. During the period of 2021, 349 patients with viral pneumonia caused by a new coronavirus infection were treated using physiotherapy methods. The patients had faster compensation of respiratory insufficiency manifestations (reduction of intoxication, cough and shortness of breath, increased blood oxygen saturation) and improvement of the psychoemotional background. Physical therapy was applied in 968 patients and was carried out according to an individual technique using a pron position in a passive-active mode, the pace is slow, the load is small, with a gradual increase in the load under the control of standard indicators. Before the start of treatment and throughout the course, in addition to standard clinical research methods, the general condition of patients was assessed according to the following criteria: the dyspnea severity Assessment Scale (mMRC) and pulse oximetry.

Conclusion. The use of physiotherapy methods and conventional physical therapy techniques in complex treatment from the first days of hospitalization in patients with a new COVID-19 coronavirus infection complicated by viral pneumonia of varying severity in the vast majority of cases improves the quality of life of patients, the processes of restoring respiratory function and significantly increases the effectiveness of drug therapy.

Keywords: medical rehabilitation, coronavirus infection, viral pneumonia, physiotherapy, physical therapy.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Tatiana V. Vinogradova, head of the physiotherapy department head of the department of physical therapy; address: 193079, Saint-Petersburg, 21 Narodnaya str; vitavla@rambler.ru

Elena V. Libova, head of the physiotherapy department; address: 193079, Saint-Petersburg, 21 Narodnaya str; len-libov@yandex.ru

Olga V. Makarova, MD, PhD; address: 194044, Saint-Petersburg, B. Sampsonievskij av;
ORCID: 0000-0002-1849-0648; eLibrary SPIN: 3301-1322; e-mail: olgamak2012@mail.ru

Elena I. Barykina, physical therapist; address: 193079, Saint-Petersburg, 21 Narodnaya str; alex2339@yandex.ru

Svetlana A. Korotkina, doctor of physical therapy; address: 193079, Saint-Petersburg, 21 Narodnaya str; s7144548@mail.ru

Alexander V. Plotnik, doctor of physical therapy; address: 193079, Saint-Petersburg, 21 Narodnaya str; wladimir988@mail.ru

Mariya A. Shakuro, physiotherapist; address: 193079, Saint-Petersburg, 21 Narodnaya str; shakuridze17@mail.ru

Alexey V. Donnik, physiotherapist; address: 193079, Saint-Petersburg, 21 Narodnaya str; a.donik@yandex.ru

Elena K. Dmitrieva, physiotherapist; address: 193079, Saint-Petersburg, 21 Narodnaya str; +7(921)349-76-17; elenadmit@rambler.ru

Author contribution statement: The authors evenly participated in the design of the research, data collection, analysis and writing of the article.

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: No human studies are presented in this manuscript.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение. В Госпитале для ветеранов войн проводилась интенсивная противовирусная терапия новой коронавирусной инфекции, лечение пневмонии и осложнений в соответствии с методическими рекомендациями. Мероприятия по медицинской реабилитации начинались в ранний восстановительный период течения заболевания и осуществлялись ежедневно. Медицинская реабилитация представляет собой комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество (Часть 1 статьи 40 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

Цель. Оценка эффективности использования в медицинской реабилитации госпитализированных больных с новой коронавирусной инфекцией, осложненной вирусной пневмонией, методов физиотерапии и методик лечебной физкультуры.

Материал и методы. В Госпитале для ветеранов войн накоплен многолетний успешный опыт применения физиотерапии и лечебной физкультуры в комплексном лечении пациентов с различной патологией. Учитывая накопленный опыт, в программах лечения вирусной пневмонии, вызванной новой коронавирусной инфекцией, в период пандемии стали использовать эти методы. Условиями возможности применения методов служили стабильность жизненно важных функций, тяжесть общего состояния, степень поражения легочной ткани по результатам компьютерной томографии (КТ), риски осложнений, степень компенсации коморбидной патологии, наличие противопоказаний для отдельных видов физиотерапии и лечебной физкультуры, обусловленных возрастом или снижением компенсаторных возможностей организма.

Курс физиотерапии включал последовательное применение физических факторов и массажа. Физиотерапевтическое лечение назначалось пациентам в среднем с 3-5 дня пребывания в стационаре при нормализации температуры тела и стабилизации общего состояния пациента. Длительность курса зависела от степени тяжести поражения легких.

В связи санитарно-эпидемиологической обстановкой использовалась только портативная физиотерапевтическая аппаратура непосредственно у постели больного. Выбор методов физиотерапии основывался на временных методических рекомендациях по лечению новой коронавирусной инфекции, действующих на тот период: индивидуально дозированная аэроионотерапия, фотохромотерапия различного диапазона, ИК (инфракрасное) лазероманнитотерапия, низкочастотная магнитотерапия, КВЧ-терапия, медицинский массаж.

Данные методы физиотерапии оказывают противовоспалительное, противоотечное, рассасывающее действие; помогают улучшить функцию внешнего дыхания, особенно бронхиальной проводимости; улучшают лимфо- и кровообращение бронхолегочной системы; корригируют механизмы нарушений иммунной системы; обладают гипосенсибилизирующим действием; используются для профилактики возникновения ателектазов, спаечного процесса [1].

Для лечения вирусной пневмонии у пациентов со степенью поражения легочной ткани с КТ 1 - 4 использовали фотохромотерапию (матрицы красного, инфракрасного, синего спектра) с целью улучшения микроциркуляции, ускорения рассасывания инфильтративных изменений, уменьшения воспалительного процесса, улучшения бронхиальной проходимости, облегчения отхождения мокроты. Лечение проводили по двум методикам: 1) на корнях легких контактно-стабильно применялись синяя или инфракрасная матрицы от аппарата «Спектр ЛЦ-02», режим непрерывный, интенсивность 75-100%, 5-8 минут на каждое поле, суммарное время процедуры составляло 10-15 минут, курс 6-8 ежедневных процедур; 2) накожное облучение красным светом крупных сосудов: режим непрерывный, интенсивность 75-100%, по 3 минуты на локтевые сгибы и подколенные ямки, общая продолжительность воздействия 12 минут, курс 6-8 ежедневных процедур [2].

Пациентам без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии со степенью поражения легочной ткани с КТ 1-3 назначалась низкочастотная магнитотерапия для получения противовоспалительного, противоотечного, репаративно-регенеративного эффекта, улучшения микроциркуляции и ускорения сроков рассасывания инфильтративных изменений. Индукторы устанавливали паравертебрально и в проекции легких на патологический очаг; использовалась частота 50 Гц, интенсивность воздействия – 20 мТл, длительность процедуры 10-20 минут, на курс 8-10 ежедневных процедур [3].

КВЧ-терапию (крайне-высокочастотная) использовали у пациентов с пневмонией со степенью поражения легочной ткани КТ 1-3 для нормализации иммунного и антиоксидантного статуса организма, улучшения реологических свойств крови и микроциркуляции. Процедуру проводили контактно, на область грудины и очага воспаления, длина – волны 7,1 мм, режим непрерывный, продолжительность процедуры – 30 мин. (10-15 мин. на поле), курс лечения – 8-10 ежедневных процедур.

Аэроионотерапию использовали у пациентов со степенью поражения легочной ткани с КТ 1 - 4 для получения бактерицидного, противовоспалительного действия, активизации ворсинок мерцательного эпителия трахеи и бронхов, улучшения выведения мокроты, повышения резистентности организма. Процедуры назначали с 12-14 дня при отсутствии осложнений (бронхоэктазы, ателектазы и др.) с помощью аппарата «Аэровион АИДт-01». Доза аэроионов отрицательного заряда составляла от 1013 до 9.99×10^{13} элементарных зарядов, продолжительность процедуры – 5-15-20 мин., на курс – 8-10 ежедневных процедур [3].

Инфракрасное лазерное излучение улучшает микроциркуляцию, уменьшает сосудистую проницаемость, подавляет патогенную микрофлору. Лазеротерапию назначали с 7-9 дня от начала заболевания пациентам в состоянии легкой и средней степени тяжести при отсутствии противопоказаний и осложнений. Использовали инфракрасное лазерное излучение (длина волны 0,89 мкм) непрерывное – мощностью 40-60 мВт и импульсное – мощностью 3-5 Вт, частотой 80 Гц, по 2 мин. на одну зону, продолжительность процедуры – 12 минут, ежедневно, курс 8-10 процедур. Зоны воздействия: середина грудины, межлопаточная область паравертебрально, зоны Кренига и на зону проекции воспалительного очага.

Пациентам с вирусной пневмонией КТ 1-4 с наличием сопутствующей бронхолегочной патологией назначался курс массажа грудной клетки для улучшения дренажной функции бронхов, способствующий отхождению секрета за счет механического раздражения и возникновения застойной гиперемии. Массаж проводился пациентам в палатах клинических отделений, а также пациентам, находящимся в отделении реанимации и интенсивной терапии, под наблюдением показателей пульсоксиметра на мониторе. Практически у всех пациентов во время проведения массажа с первых сеансов отмечалось повышение сатурации кислорода крови.

Помимо физиотерапевтических процедур в комплексную реабилитацию входила лечебная физкультура (ЛФК). Доказано, что физическая реабилитация улучшает сердечно-легочную функцию. В программе занятий были упражнения разностороннего воздействия на все звенья патологического процесса. С учетом стадии процесса, в зависимости от поражения легких – КТ-1, КТ-2 и КТ-3, средства ЛФК назначались дифференцированно, с целью улучшения бронхиальной проходимости, улучшения вентиляционной и дренажной функций легких, устранения

несоответствия между альвеолярной вентиляцией и легочным кровотоком, тренировки работы дыхательных мышц путем усиления согласованности их действия и мощности.

Лечебная физкультура проводилась по индивидуальной методике с использованием пропозиции в пассивно-активном режиме, темп медленный, нагрузка малая, с постепенным увеличением нагрузки под контролем пульса, артериального давления, частоты дыхания, сатурации крови по кислороду. Методика занятий с пациентами включала в себя комплекс, состоящий из дыхательных упражнений щадящего характера: статические дыхательные упражнения, изменяющие различные фазы дыхательного цикла - звуковые упражнения (произнесение звуков и звукосочетаний на выдохе). Пациентом произносились гласные (а, о, у, и.), согласные (ж, з, рр) и звукосочетания (брах, брр, жук, бах). Вдох должен быть через нос плавным, бесшумным и глубоким. При медленном, спокойном вдохе и последующей паузе после вдоха, происходит обмен газов в альвеолах и полное смешение вдыхаемого воздуха с альвеолярным. Систематическое и методически правильное выполнение приемов звуковой гимнастики приводит к равномерной ритмичной работе всего дыхательного аппарата. Во всех случаях использовались динамические дыхательные упражнения – сочетание дыхания с различными физическими упражнениями. Данная методика способствует формированию навыков рационального сочетания дыхания и движения. Соотношение дыхательных и общетонизирующих упражнений: 1:1; 1:2; 1:3. Продолжительность одного занятия составляла от 10 мин вначале до 25 мин к окончанию курса. Среднее количество процедур на курс лечения составило 14,5. До начала лечения и на протяжении всего курса, помимо стандартных клинических методов исследования, проводилась общая оценка состояния пациентов по следующим критериям: шкала оценки тяжести одышки (mMRC) и пульсоксиметрия [4].

Результаты. За период 2021 г. было пролечено 349 пациентов с вирусной пневмонией, вызванной новой коронавирусной инфекцией с использованием методов физиотерапии.

Степень тяжести вирусной пневмонии оценивали по данным компьютерной томографии грудной клетки. Среди обследованных выявили КТ-1 – у 177, КТ-2 – у 112, КТ-3 – у 49, КТ-4 – у 11 человек. Возраст пациентов составил от 46 до 98 лет. Частота применения методов физиотерапии составила: индивидуально дозированная аэроионотерапия 8%, фотохромотерапия различного диапазона – 28%, ИК (инфракрасное) лазеротерапия – 17%, низкочастотная магнитотерапия – 24%, КВЧ-терапия – 6%, медицинский массаж – 17%.

По нашим наблюдениям, у пациентов с новой коронавирусной инфекцией, осложненной вирусной пневмонией, в комплексном лечении которых применялись методы физиотерапии, наблюдалась более быстрая компенсация проявлений дыхательной недостаточности (уменьшение интоксикации, кашля и одышки, повышение сатурации кислорода крови) и улучшение психоэмоционального фона. Все физиотерапевтические процедуры хорошо переносились пациентами, негативных реакций не отмечено.

За период 2021 г. методы ЛФК применялись 968 больным с новой коронавирусной инфекцией и вирусной пневмонией в возрасте от 38 до 86 лет (средний возраст – 61 год). Мужчин было 436, женщин – 532 человека. В программу лечения больных методы ЛФК включали на 3-5-й день госпитализации, учитывая стадию поражения легких (КТ), общее состояние больного, наличие соматической патологии. У 78,5% пациентов с КТ-1 отмечено улучшение по шкале оценки тяжести одышки до 1-2 баллов и увеличение сатурации крови кислородом до нормальных величин (>95%). При КТ-2 у 75% пациентов получено улучшение до 1-3 баллов по шкале оценки одышки и увеличение сатурации крови до 97% в отсутствии кислородотерапии, а при КТ-3 – у 73% и сатурация до 95% с периодической кислородной поддержкой. При КТ-4 (47 чел) выявлено незначительное улучшение до 3-4 баллов и сатурация крови кислородом до 98% только с постоянной кислородной поддержкой. По окончании полного курса лечения при выписке у 95% пациентов зарегистрировано улучшение функции дыхания, у 5% - изменений не получено.

Заключение. Использование в комплексном лечении с первых дней госпитализации методов физиотерапии и общепринятых методик ЛФК у больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, осложненной вирусной пневмонией различной степени тяжести, в подавляющем большинстве улучшает качество жизни пациентов, процессы восстановления функции дыхания и значительно повышает эффективность лекарственной терапии.

Конфликт интересов. Авторы подтверждают отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Бодрова Р.А., Кирьянова В.Р., Цыкунов М.Б., Делян А.М., Садыков И.Ф., Савина А.И., Хусаинова Э.Р. Возможности физической реабилитации при пневмонии. Вестник восстановительной медицины. 2020, №3 (97)[Bodrova R.A., Kiryanova V.R., Tsykunov MB, Delyan AM, Sadykov I.F., Savina A.I., Khusainova E.R. Opportunities for physical rehabilitation in pneumonia. Herald of Restorative Medicine. 2020, №3 (97) (in Russ)]
2. Шейко Г.Е., Израелян Ю.А., Белова А.Н., Дмитроченков А.В., Резенова А.М. Физиотерапевтические методы в реабилитации пациентов с COVID-19. Вестник Физиотерапии и курортологии, 2020, №4[Sheiko G.E., Israelyan Yu.A., Belova A.N., Dmitrochenkov A.V., Rezenova A.M. Physiotherapeutic methods in the rehabilitation of patients with COVID-19. Bulletin of Physiotherapy and Balneology, 2020, No. 4 (in Russ)]
3. Шейко Г.Е., Израелян Ю.А., Дмитроченков А.В., Резенова А.М. Физиотерапевтические методы в реабилитации пациентов с COVID 19. Вестник восстановительной медицины, №3 (97), 2020[Sheiko G.E., Israelyan Yu.A., Dmitrochenkov A.V., Rezenova A.M. Physiotherapy methods in the rehabilitation of patients with COVID 19. Bulletin of Restorative Medicine, No. 3 (97), 2020 (in Russ)]
4. Клинические рекомендации (Утв. Минздравом РФ). Хроническая обструктивная болезнь легких. М., 2021[Guidelines (Utv. Ministry of Health of the Russian Federation). Chronic obstructive pulmonary disease. M., 2021 (in Russ)]

УДК 369.8

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Карасаева Л.А.¹, Горяйнова М.В.¹, Мясников И.Р.¹, Горяйнов И.В.²

¹ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России

²ФКУ ГБ МСЭ по Санкт-Петербургу Минтруда России
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Появление COVID-19 и распространение его по миру поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой инфекции, вызванной новой коронавирусной инфекцией, оказанием специализированной медицинской помощи, реабилитацией и вторичной профилактикой.

Цель. Уточнить роль медицинской сестры в реабилитации больных и инвалидов, перенесших covid-19

Материалы и методы. Обзор нормативных и научных литературных источников.

Результаты. Эффективная медицинская реабилитация больных и инвалидов, перенесших COVID-19, имеет решающее значение для восстановления и оптимизации результатов неотложной и специализированной медицинской помощи. В настоящее время среднему медицинскому персоналу отводится существенная роль в организации медицинской реабилитации и реализации конкретных реабилитационных программ больным, перенесшим COVID-19.

Заключение. Внедрение в процесс реабилитации больных и инвалидов, перенесших covid-19, команды среднего медицинского персонала – медицинских сестер, является необходимым условием осуществления профессионального ухода, ориентированного на оказание персональной помощи пациентам, поскольку позволяет улучшить качество их жизни после перенесенного covid-19.

Ключевые слова: реабилитация, медицинская сестра, коронавирусная инфекция.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Карасаева Людмила Алексеевна, д.м.н. зав.кафедрой; e-mail: ludkaras@yandex.ru; адрес: Россия, 194044, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12

Горяйнова Марина Владимировна, старший преподаватель адрес: Россия, 194044, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12; e-mail: marinagoryainova@mail.ru;

Мясников Илья Рубэнович, ассистент goodline@inbox.ru адрес: Россия, 194044, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12

Горайнов Игорь Владимирович – врач по МСЭ Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико–социальной экспертизы по Санкт–Петербургу» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации 191014, Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 58, лит. А e-mail:igoryaynov1983@gmail.com

Вклад авторов: Карасаева Л.А. –автор идеи, редактирование, Горайнова М.В., Мясников И.Р., Горайнов И.В. – сбор, обработка материала, оформление

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объектов исследований.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

THE ROLE OF A NURSE IN THE REHABILITATION OF PATIENTS AND DISABLED PEOPLE WHO SURVIVED COVID-19

Karasaeva L.A.¹, Goryainova M.V.¹, Myasnikov I.R.¹, Goryainov I.V.²

¹The Federal State Budgetary Institution «Saint – Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation

²Federal State Institution "Main Bureau of Medical and Social Expertise in St. Petersburg" of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation
St. Petersburg, Russia

Abstract

Background. The emergence of COVID-19 and its spread around the world has posed challenges for healthcare professionals related to the rapid diagnosis of an infection caused by a new coronavirus infection, the provision of specialized medical care, rehabilitation and secondary prevention.

Aim. Clarify the role of the nurse in the rehabilitation of patients and disabled people who have had covid-19.

Materials and methods. Review of normative and scientific literature sources.

Results. Effective medical rehabilitation of sick and disabled survivors of COVID-19 is critical to recovering and optimizing emergency and specialized care outcomes. Currently, paramedical personnel play a significant role in organizing medical rehabilitation and implementing specific rehabilitation programs for patients who have had COVID-19.

Conclusion. The introduction of a team of nurses into the rehabilitation process of patients and disabled people who have had covid-19 is a necessary condition for the implementation of professional care focused on providing personal assistance to patients, since it improves their quality of life after suffering covid-19.

Key words: rehabilitation, nurse, coronavirus infection.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Karasaeva Lyudmila Alekseevna, MD head of department; e-mail: ludkaras@yandex.ru; address: Russia, 194044, St. Petersburg, Bolshoy Sampsonievsky pr., 11/12

Goryainova Marina Vladimirovna, Senior Lecturer, address: Russia, 194044, St. Petersburg, Bolshoy Sampsonievsky pr., 11/12; e-mail: marinagoryainova@mail.ru.

Myasnikov Ilya Rubenovich, assistant, e-mail: goodline@inbox.ru, address: Russia, 194044, St. Petersburg, Bolshoy Sampsonievsky pr., 11/12.

Goryainov Igor Vladimirovich - ITU doctor of the Federal State Institution "Main Bureau of Medical and Social Expertise in St. Petersburg" of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, address: 191014, St. Petersburg, Liteiny pr., 58, lit. BUT, e-mail:igoryaynov1983@gmail.com.

Author contribution statement: Karasaeva L.A. – the author of the idea, editing, Goryainova M.V., Myasnikov I.R., Goryainov I.V. - collection, processing of material, design.

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: No human studies are presented in this manuscript.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение. Коронавирусная инфекция – острое вирусное заболевание с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, вызываемое РНК-геномным вирусом рода Betacoronavirus семейства Coronaviridae. Наиболее распространенным клиническим проявлением нового варианта коронавирусной инфекции является двусторонняя пневмония (вирусное диффузное альвеолярное повреждение с микроангиопатией). Медицинскую реабилитацию пациентов с коронавирусной пневмонией рекомендуется начинать в условиях отделений интенсивной терапии при достижении стабилизации состояния пациента и продолжать их после завершения лечения в стационаре в домашних условиях.

Цель исследования. Уточнить роль медицинской сестры в реабилитации больных и инвалидов, перенесших covid-19.

Материалы и методы исследования. Обзор нормативных и научных литературных источников.

Результаты исследования. Медицинская реабилитация больных и инвалидов, перенесших covid-19, осуществляется в рамках первичной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях дневного или круглосуточного пребывания. Она проводится мультидисциплинарной бригадой специалистов независимо от сроков заболевания при условиях стабильности клинического состояния пациента и наличия перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) в отсутствие противопоказаний для применения отдельных методов медицинской реабилитации, исходя из установленного реабилитационного диагноза. Междисциплинарный подход к деятельности сестринского персонала заключается в том, что медсестра становится равноправным членом междисциплинарной бригады и активным участником лечебно-реабилитационного процесса.

Должность медсестры по реабилитации введена в Номенклатуру должностей медицинских работников и фармацевтических работников, утвержденную приказом Минздрава России №1183н от 20.12.2012 г.

Также приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 г. №476н утвержден профессиональный стандарт «Медицинская сестра по реабилитации».

Основная форма деятельности медсестры – сестринский процесс, ориентированный на потребности пациента, представляющий собой системный подход к организации и практическому выполнению врачебных назначений, оказанию сестринской помощи. Внедрение сестринского процесса в реабилитацию больных и инвалидов, перенесших covid-19, – необходимое условие осуществления персонального профессионального ухода, поскольку позволяющее улучшить качество сестринской помощи и качество жизни пациента. При реабилитации больных и инвалидов, перенесших covid-19, медсестра осуществляет первичную оценку состояния пациента; интерпретацию полученных данных; планирование ухода; итоговую оценку достигнутого.

Медицинская реабилитация больных и инвалидов, перенесших covid-19, включает три этапа: первый этап – в отделениях реанимации и специализированных отделениях стационаров; второй этап – в стационарных условиях реабилитационных центров или отделений; третий этап – в отделениях медицинской реабилитации поликлиник, выездными бригадами на дому, в санаторных организациях.

Основными направлениями в реабилитации больных и инвалидов, перенесших covid-19, являются: реабилитация респираторной функции, мышечной дисфункции, неврологических, психологических и когнитивных функций, нутритивная реабилитация, реабилитация коморбидных расстройств, медикаментозная реабилитация (профилактика поздних тромбозов и тромбоэмболий).

Роль медсестры на первом этапе медицинской реабилитации больных и инвалидов, перенесших covid-19, заключается в строгом выполнении врачебных назначений, динамическом наблюдении за психологическим и функциональным состоянием пациента, контроле терморегуляции, обеспечении адекватного питания и потребления жидкости.

На 2-м этапе медицинской реабилитации у больных и инвалидов, перенесших covid-19, могут наблюдаться ограничения самообслуживания и передвижения, поэтому роль медсестры на данном этапе заключается в обучении пациентов мерам, облегчающим уход за собой с использованием специальных приспособлений (например, поручни стенные для упора, сиденье для ванны и т.д.) и организации окружающей среды с обеспечением вспомогательными

средствами передвижения. При наличии проблем дезориентации медсестра организует сопровождение пациента к местам приема процедур, информирует пациента, проводит с ним беседы. Медсестра обязательно должна знать цель назначения того или иного метода, характер и механизм действия назначаемого лекарства и процедуры. Медсестра должна психологически настроить пациента на тот или иной метод реабилитации, при необходимости многократно повторять инструкции и отвечать на его вопросы, мотивировать пациента к выздоровлению.

Последний этап медицинской реабилитации больных и инвалидов, перенесших covid-19, – 3-й – осуществляется в амбулаторных условиях в отделениях (кабинетах) ЛФК, физиотерапии, рефлексотерапии, психотерапии, медицинской психологии, дефектологии (логопедии).

Для дальнейшей реабилитационной помощи по завершению периода постинфекционной изоляции пациенты могут быть направлены в медицинские организации 3 этапа, в том числе санаторно-курортные организации. Особенностью больных и инвалидов, перенесших covid-19, является необходимость в изоляции в течение 14 дней после выписки с этапа специализированной или реабилитационной стационарной помощи. Это оптимальное время для проведения мероприятий по медицинской реабилитации дистанционно на дому с использованием телемедицинских технологий. На третьем этапе, как правило, пациенты не нуждаются в помощи медсестер, но могут получать консультации, руководства по отдельным вопросам реабилитационных программ.

Заключение. Внедрение в процесс реабилитации больных и инвалидов, перенесших covid-19, команды среднего медицинского персонала – медицинских сестер, является необходимым условием осуществления профессионального ухода, ориентированного на оказание персональной помощи пациентам, поскольку позволяет улучшить качество их жизни после перенесенного covid-19.

Конфликт интересов: авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 11.06.2022) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 29.06.2022);
2. Приказ Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 788н «Порядок организации медицинской реабилитации взрослых». Приложение №2. Положение о мультидисциплинарной реабилитационной команде;
3. Основы сестринского дела: учебное пособие. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2020. – 103 с.

REFERENCES

1. Federal'nyy zakon ot 21.11.2011 № 323-FZ (red. ot 11.06.2022) «Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii» (s izm. i dop., vstup. v silu s 29.06.2022);
2. Prikaz Minzdrava Rossii ot 31 iyulya 2020 g. № 788n «Poryadok organizatsii meditsinskoj reabilitatsii vzroslykh». Prilozheniye №2. Polozheniye o mul'tidistsiplinarnoy reabilitatsionnoy komande;
3. Osnovy sestrinskogo dela: uchebnoye posobiye. — Sankt-Peterburg : SpetsLit, 2020. – 103 s.

УДК 616.01/-099

МИКРОЭКОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: ПРОГРАММНОЕ И МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Гуткевич Е.А.¹, Воробейчикова О.В.², Фокин В.А.², Гныря Л.Ю.¹, Гуткевич Е.В.³

¹Филиал ТНИИКиФ ФГБУ ФНКЦМРиК ФМБА России

²ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России

³ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» Научно-исследовательский институт психического здоровья
Томск, Россия

Аннотация

Введение. Микроэкологический подход к снижению совокупного (генетического и средового) риска срыва адаптации посредством направленного восстановления утраченных микроэкологических функций кишечной микробиоты имеет важное значение для получения положительных результатов медицинской реабилитации. Включает технологию неинвазивной

бактериальной реконструкции кишечной микробиоты, сочетанную с автоматизированным рабочим местом врача-исследователя.

Цель. Повышение качества реабилитационной медицинской помощи на основе применения микрoэкологического подхода.

Материалы и методы. Технология неинвазивной бактериальной реконструкции кишечной микробиоты проводится с применением пробиотика нового поколения, обладающего таргетным действием на микробиоту верхних отделов тонкого кишечника. Действующей субстанцией являются модифицированные микроорганизмы: *B. Bifidum*, *Lb. plantarum* и *Lb. Acidophilus*. Бактериальную реконструкцию кишечной микробиоты проводили с применением линейки продуктов «Напитки «Феномель» замороженные». Информационные программы ЭВМ включают в себя программу оценки генетического риска возникновения заболевания и программу снижения повреждающего действия факторов внешней и внутренней среды. Классифицируются восемь состояний кишечной микробиоты (чувствительность – не менее 43%, специфичность – не менее 83%). Программа предусматривает мониторинг внутренней среды организма, метаболического взаимодействия кишечной микробиоты с организмом хозяина по параметрам деятельности кишечника, мочевыделительной системы, показателям лабораторных (систем перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты, гормонального и иммунного статуса, энергетического обмена, периферического кровообращения) и клинических (состояние психологического статуса, актуальные жалобы на самочувствие) исследований, а также системный контроль качества здорового образа жизни (модель питания и физической активности). Программа оценки генетического риска возникновения профессиональных, многофакторных, в том числе наиболее распространенных и социально значимых заболеваний, использует автоматизированный алгоритм расчета индивидуального значения генетического риска, обусловленного семейной отягощенностью (анамнестические и клинико-генеалогические сведения пробанда и его родственников I и II степеней родства).

Результаты. Применение технологии неинвазивной бактериальной реконструкции кишечной микробиоты с применением пробиотика таргетного действия приводит к эффективной санации слизистой ЖКТ и эрадикации патогенной, условно-патогенной микрофлоры, восстановлению качественных и количественных показателей нормальной микрофлоры кишечника. Автоматизированное рабочее место врача-специалиста позволяет стандартизировать проведение коррекции бактериологического состояния микробиоты кишечника, обеспечивает формализацию, классификацию и персонифицированное хранение клинико-лабораторных показателей пациентов в продольном, лонгитюдном формате.

Заключение. Микрoэкологический подход может стать новой идеологией медицинской реабилитации, учитывающей состояние микробиоты кишечника как важного участника формирования и поддержания здоровья, и интегрирован в существующие специализированные медицинские программы реабилитации по кардиологии, психиатрии, онкологии, неврологии и другим нозологическим группам заболеваний и, таким образом, способствовать реализации реабилитационных услуг на всех уровнях, предусмотренных ВОЗ в «Концепции организации реабилитационной помощи в системе здравоохранения» (Реабилитация 2030: Призыв к действиям. ВОЗ, 2017).

Ключевые слова: комплексная реабилитация, микрoэкология, микробная терапия, микробиота кишечника, технологии восстановления, информационное обеспечение.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Гуткевич Евгений Анатольевич, научный сотрудник; адрес: 634009 г. Томск, ул. Розы Люксембург д. 1; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8175-7886>; eLibrary SPIN: 1157-5740; e-mail: bifidice@gmail.com

Воробейчикова Ольга Владимировна, кандидат технических наук, доцент; адрес: 634050 г. Томск, ул. Московский тракт д.2; eLibrary SPIN: 5125-4321; e-mail: olyanedolya@yandex.ru

Фокин Василий Александрович, доктор технических наук, профессор; адрес: 634050 г. Томск, ул. Московский тракт д. 2а; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9881-2298>; eLibrary SPIN: 5175-4599; e-mail: FokinVasAl@yandex.ru

Гныря Лариса Юрьевна, научный сотрудник; адрес: 634009 г. Томск, ул. Розы Люксембург д. 1; e-mail: bifidice@gmail.com

Гуткевич Елена Владимировна, доктор медицинских наук; адрес: 634014 г. Томск, ул. Алеутская д. 4; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7416-7784>; eLibrary SPIN: 6427-9007; e-mail: gutkevich.elena@rambler.ru

Вклад авторов: Авторы равномерно принимали участие в разработке дизайна исследования, сборе данных, анализе и написании статьи.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Исследование проводилось в соответствии с принципами Хельсинской декларации ВМА

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

MICROECOLOGICAL APPROACH IN MEDICAL REHABILITATION: SOFTWARE AND METHODOLOGICAL SUPPORT

Gutkevich E.A.¹, Vorobeychikova O.V.², Fokin V.A.², Gnyrya L.Yu.¹, Gutkevich E.V.³

¹Branch of TNRIBaP FSBI FSCC MRaB FMBA of Russia

²FSBEI HE Siberian State Medical University of the Ministry of Healthcare of Russian Federation

³FSBSI "Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences"

Mental Health Research Institute

Tomsk, Russia

Abstract

Background. A microecological approach to reducing the cumulative (genetic and environmental) risk of adaptation failure through the targeted restoration of lost microecological functions of the intestinal microbiota is important for obtaining positive results of medical rehabilitation. It includes the technology of non-invasive bacterial reconstruction of the intestinal microbiota, combined with an automated workplace for a medical researcher.

Aim. Improving the quality of rehabilitation medical care based on the use of a microecological approach.

Materials and methods. The technology of non-invasive bacterial reconstruction of the intestinal microbiota is carried out using a new generation probiotic that has a targeted effect on the microbiota of the upper small intestine. The active substance is modified microorganisms: B. Bifidum, Lb. plantarum and Lb. acidophilus. Bacterial reconstruction of the intestinal microbiota was carried out using the Frozen Drinks Fenomel product line. Computer information programs include a program for assessing the genetic risk of a disease and a program for reducing the damaging effects of external and internal environmental factors. Eight conditions of the intestinal microbiota are classified (sensitivity - not less than 43%, specificity - not less than 83%). The program provides for monitoring the internal environment of the body, the metabolic interaction of the intestinal microbiota with the host organism in terms of the parameters of intestinal activity, the urinary system, laboratory indicators (lipid peroxidation and antioxidant defense systems, hormonal and immune status, energy metabolism, peripheral circulation) and clinical (psychological status, current complaints about well-being) research, as well as systemic quality control of a healthy lifestyle (model of nutrition and physical activity). The program for assessing the genetic risk of occupational, multifactorial, including the most common and socially significant diseases, uses an automated algorithm for calculating the individual value of genetic risk due to family burden (anamnesic and clinical and genealogical information of the proband and his relatives of I and II degrees of kinship).

Results. The use of the technology of non-invasive bacterial reconstruction of the intestinal microbiota with the use of a targeted probiotic leads to effective sanitation of the gastrointestinal mucosa and eradication of pathogenic, opportunistic microflora, restoration of qualitative and quantitative indicators of normal intestinal microflora. The automated workplace of a specialist doctor allows standardizing the correction of the bacteriological state of the intestinal microbiota, provides formalization, classification and personalized storage of clinical and laboratory parameters of patients in a longitudinal, longitudinal format.

Conclusion. The microecological approach can become a new ideology of medical rehabilitation, taking into account the state of the intestinal microbiota as an important participant in the formation and maintenance of health, and integrated into existing specialized medical rehabilitation programs in cardiology, psychiatry, oncology, neurology and other nosological groups of diseases and, thus, contribute to the implementation of rehabilitation services at all levels, provided by WHO in the "Concept

for the organization of rehabilitation care in the health care system" (Rehabilitation 2030: Call for Action. WHO, 2017).

Key words: complex rehabilitation, microecology, microbial therapy, intestinal microbiota, recovery technologies, information support.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Gutkevich Evgeny Anatolyevich, researcher; address: 634009 Tomsk, st. Roza Luxembourg d. 1; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5589-7738>; eLibrary SPIN: 1157-5740; e-mail: bifidice@gmail.com

Vorobeychikova Olga Vladimirovna, candidate of technical sciences, associate professor; address: 634050 Tomsk, st. Moscow tract, 2; eLibrary SPIN: 5125-4321; e-mail: olyanedolya@yandex.ru

Fokin Vasily Alexandrovich, doctor of technical sciences, professor; address: 634050 Tomsk, st. Moscow tract, 2a; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9881-2298>; eLibrary SPIN: 5175-4599; e-mail: FokinVasAl@yandex.ru

Gnyrya Larisa Yurievna, researcher; address: 634009 Tomsk, st. Roza Luxembourg d. 1; e-mail: bifidice@gmail.com

Gutkevich Elena Vladimirovna, Doctor of Medical Sciences; address: 634014 Tomsk, st. Aleutskaya d. 4; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7416-7784>; eLibrary SPIN: 6427-9007; e-mail: gutkevich.elena@rambler.ru

Author contribution statement: The authors evenly participated in the design of the research, data collection, analysis and writing of the article.

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: The study was conducted in accordance with the principles of the WMA Declaration of Helsinki.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение. Вектор развития персонифицированной медицины и реабилитации связан с использованием методов пациент-ориентированного, лечебно-диагностического воздействия на основе учета генетических факторов. Это целевое молекулярно-генетическое тестирование, диагностика (геномно-протеомная, метаболомная, транскриптомная) и помощь пациенту на основе индивидуального фармако-генетического паспорта: индивидуальные лекарственные воздействия, клеточная терапия, микробная терапия [1]. Подобная интеграция современных биотехнологических методов в практику персонифицированной медицины способствует пониманию патофизиологической основы заболеваний, особенностей их молекулярной диагностики, терапии и реабилитации, но одновременно с этим, данные высокотехнологичные, специализированные и дорогостоящие методики имеют ограниченную определенными нозологическими группами область применения и не соответствуют запрашиваемым населением критериям действенности, эффективности и применимости. Генетическое тестирование позволяет определить, относится ли человек к группе риска того или иного заболевания, но не дает оснований для окончательных прогнозов в отношении реализации многофакторных болезней, точность генетического прогноза находится в границах 10-15 процентов. Это означает, что вклад средовых факторов в отношении реализации семейной отягощенности составляет 85-90 процентов [2]. По мнению ВОЗ, генетическое тестирование нормальных и патологических признаков у человека остро нуждается в расширении спектра параметров средовых факторов, специфичных для того или иного заболевания.

Микроэкология или микробная экология, обозначает процессы микробно-тканевого комплекса, которые протекают между микроколониями бактерий при контактном взаимодействии с эпителиальными клетками и с клетками стромы слизистых оболочек (фибробластами, лейкоцитами, лимфоцитами, нейроэндокринными клетками, эндотелиальными клетками микроциркуляторного русла), а также при метаболическом взаимодействии микробно-тканевого комплекса с организмом хозяина [3]. Микробная составляющая комплекса обозначается как микробиота кишечника. Микробиота выступает как особый «микробный орган», участвующий прямо или опосредованно практически во всех физиологических функциях, метаболических, поведенческих и сигнальных реакциях макроорганизма. Роль микробиоты кишечника в генетической предрасположенности к сложным заболеваниям, наиболее понятна с биологической точки зрения, рассматривающей организм человека как экосистему не только с индивидуальным

генотипом хозяина, но и с экзогенным генотипом микробиоты. В число заболеваний с нарушениями микробиоты, имеющими отношение к патогенезу вошли такие заболевания как: аутизм и другие ментальные расстройства [4], болезнь Альцгеймера [5], болезнь Паркинсона [6], болезнь Крона [7], ожирение [8], заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет 1 и 2 типа, злокачественными новообразованиями, аллергическими и аутоиммунными болезнями. Полиморфизм клинических проявлений заболевания, обусловленный генетической гетерогенностью, связанной с различными вариантами наследования (известными и предполагаемыми, в том числе эпигенетической и «недостающей» наследуемости), может определяться его микроэкологией, а уровень синергетического взаимодействия организма человека и «микробного органа» – определять адаптационные возможности организма хозяина. Ключевой задачей является выявление взаимных связей неспецифических изменений бактериального состояния микробиоты кишечника со специфическими индивидуальными изменениями состояния организма человека и разработка технологий управления рисками срыва адаптационных систем организма – неспецифических по биологической природе, влекущими за собой возникновение и развитие специфических изменений, характерных для широкого спектра неинфекционных заболеваний.

Цель исследования. Повышение качества реабилитационной медицинской помощи на основе применения микроэкологического комплекса.

Материалы и методы исследования. Микроэкологический комплекс включал применение технологии неинвазивной бактериальной реконструкции кишечной микробиоты и автоматизированное рабочее место врача-специалиста. Бактериальную реконструкцию кишечной микробиоты проводили с применением линейки продуктов «Напитки «Феномель» замороженные» (СТО 01266002883-001-2018; ЕАЭС N RU Д-RU. PA01.B./21 от 22.06.2021. Свидетельство на товарный знак № 700898, правообладатель ФГБУ СибФНКЦ ФМБА России, 27.02.2019г.), содержащих модифицированную форму пробиотика (МФП), главным пробиотическим компонентом которого являются микроорганизмы: *B. Bifidum*, *Lb. plantarum* и *Lb. acidophilus*. Модифицированные формы пробиотических бактерий на порядок превосходит существующие отечественные и зарубежные прототипы (скорость активации МФП составляет 10^8 КОЕ/час; время ассимиляции в тонком кишечнике – 1,75 часа, аналогичные показатели прототипов – 10^7 КОЕ/час и 12,3 часа, соответственно) и обладают выраженным конкурентно-замещающим действием на микрофлору слизистой тонкого кишечника.

Для выбора вариантов информативных признаков, позволяющих отнести объекты по их нормативным значениям к однородным классификационным группам, применяли диагностическую бактериологическую панель высокого риска развития профессиональных заболеваний, риска бактериальных и вирусных инфекций (Программа для реализации алгоритма выбора информативных признаков и классификации объектов – «АЛКЛАП», Свидетельство о государственной регистрации, №2018615046 от 14.04.2018 г.). В качестве классификационных признаков принимали минимальные количественные значения нормальных бактериологических показателей по «Отраслевому стандарту 91500.11.0004-2003 «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника» для следующих групп микроорганизмов: нормальная микрофлора, условно-патогенная микрофлора; патогенная микрофлора.

Для стандартизации процедуры коррекции бактериологического состояния микробиоты кишечника, формализации, классификации и персонифицированное хранение клинико-лабораторных показателей пациентов в продольном, лонгитюдном формате, а также помощи в принятии врачебных решений применялось автоматизированное рабочее место врача-специалиста «База данных клинико-лабораторных признаков лиц разного возраста, практически здоровых или больных хроническими заболеваниями вне стадии обострения» (Свидетельство о государственной регистрации №2019620063 от 14.01.2019г.). База данных дает возможность получать персонифицированные оценки риска развития инфекционных и неинфекционных, многофакторных заболеваний и отслеживать эффективность индивидуальных профилактических рекомендаций и санитарно-гигиенических процедур в режиме реального времени.

Результаты исследования. В период с 2017 по 2020 год микроэкологический комплекс получили 233 человека, давших информированное согласие. Из них в условиях стационара прошли обследование 91 человек (14 мужчин, 77 женщин, средний возраст 56 лет). Продолжительность обследования для этой когорты стационарных больных составляла 21 день. В условиях амбулаторного приема – 142 пациента (60 мужчин, 82 женщины, средний возраст 60 лет;

18 полных и неполных семей – 18 матерей, 12 отцов, средний возраст 42 года; 18 дочерей и 12 сыновей, средний возраст 9 лет). Продолжительность обследования для когорты амбулаторных пациентов, составила от 90 до 489 дней. В клинических исследованиях комплексной реабилитации пациентов с артериальной гипертонией и клиническими проявлениями синдрома хронической усталости с применением микробиологического комплекса было исследовано 48 человек, 30 пациентов проходили комплексную реабилитацию в связи с артериальной гипертонией, 18 пациентов – с клиническими проявлениями синдрома хронической усталости. Комплексная реабилитация включала лечебные физические факторы и природные адаптогены. Дополнительно пациенты получали напитки «Феномэль®» замороженные, содержащие модифицированные формы лакто- и бифидобактерий.

Классифицировали восемь состояний микробиоты в зависимости от актуальных показателей анализа микрофлоры кала на дисбактериоз [9]: 1 состояние (ЗД) – Здоровая микробиота, без отклонений от нормы в количественных показателях микрофлоры; 2 состояние (МЭН) – Микробиологические нарушения, количественное снижение хотя бы одного из четырех показателей нормофлоры (Бифидобактерий, Лактобактерий, Энтерококков или типичной Кишечной палочки) при допустимом количестве условно-патогенной микрофлоры и отсутствии патогенных микроорганизмов; 3 состояние (НКР) – Нарушения колонизационной резистентности на фоне нормальных количественных показателей нормофлоры, увеличено содержание условно-патогенных микроорганизмов; 4 состояние (МЭН-2) – Микробиологические нарушения, сочетанные с увеличением содержания условно-патогенных микроорганизмов; 5 состояние (ЛБИ) – Латентная бактериальная инфекция, выявление патогенных микроорганизмов на фоне здоровой микробиоты; 6 состояние (ЛБИ-1) – Латентная бактериальная инфекция, выявление патогенных микроорганизмов на фоне микробиологических нарушений; 7 состояние (ЛБИ-2) – Латентная бактериальная инфекция, сочетанная с увеличенным содержанием условно-патогенных микроорганизмов при нормальных количественных показателях нормофлоры; 8 состояние (ЛБИ-4) – Латентная бактериальная инфекция, сочетанная с нарушением колонизационной резистентности и микробиологическими нарушениями.

«База данных клинико-лабораторных признаков лиц разного возраста, практически здоровых или больных хроническими заболеваниями вне стадии обострения» позволила проводить персонализированный мониторинг точечных показателей функционального состояния физиологических систем организма пациента и получить персональные точечные оценки риска развития инфекционных и неинфекционных, многофакторных заболеваний и отслеживать эффективность индивидуальных профилактических рекомендаций и санитарно-гигиенических процедур в режиме реального времени [10].

Заключение. Микробиологический комплекс устраняет отрицательное воздействие на здоровье факторов внутренней и внешней среды немедикаментозными средствами. В комплексе со специализированными программами реабилитации лиц с заболеваниями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, сахарным диабетом, психическими расстройствами и расстройствами поведения, болезнями, вызванными вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и коронавирусной инфекцией (COVID-19) микробиологический подход решает задачи планомерного выявления факторов, обуславливающих срыв адаптации, микробиологических предикторов и биохимических маркеров, а также показателей высоко адаптивной модели микробиологического здоровья индивида. Микробиологический комплекс может стать основой макетного образца информационно-аналитической платформы «Здоровая микробиология» с программно-аппаратным комплексом обеспечения, позволяющий повысить эффективность программ персонализированной реабилитации, оптимизировать функционирование организма, обеспечить максимально возможное восстановление или компенсацию ограничений жизнедеятельности, существенно повысить качество жизни больных, повысить доступность этих программ и вовлеченность больных в процесс реабилитации, упростит взаимодействие пациентов с реабилитологами.

Конфликт интересов: авторы подтверждают отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Абдурасулова И.Н., Мацулевич А.В., Тарасова Е.А., Кудрявцев И.В., Никифорова И.Г., Серебрякова М.К., Мирошниченко М.И., Ивашкова Е.В., Татаринев А.Е., Ильвес А.Г., Ермоленко

- Е.И., Бисага Г.Н., Столяров И.Д., Клименко В.М. Изменения микробиома кишечника при рассеянном склерозе связаны с иммунными изменениями и психоэмоциональными нарушениями. *Медицинский академический журнал*. 2019;19(1S):51-54. <https://doi.org/10.17816/MAJ191S151-54> [I.N. Abdurasulova, A.V. Matsulevich, E.A. Tarasova, I.V. Kudryavtsev, I.G. Nikiforova, M.K. Serebryakova, M.I. Miroshnichenko, E.V. Ivashkova, A.E. Tatarinov, A.G. Ilves, E.I. Ermolenko, G.N. Bisaga, I.D. Stolyarov, V.M. Klimenko. Changes of intestinal microbiome in multiple sclerosis are associated with immune shift and psychoemotional disorders. *Medicinskij akademicheskij zhurnal*. 2019;19(1S):51-54. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17816/MAJ191S151-54>
2. Lucia A. Hindorff, Praveen Sethupathy, Heather A. Junkins, Erin M. Ramos, Jayashri P. Mehta, Francis S. Collins, Teri A. Manolio. Potential etiologic and functional implications of genome-wide association loci for human diseases and traits. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2009;Jun 9;106(23): 9362–9367. doi: 10.1073/pnas.0903103106
3. Шендеров Б.А. Микроэкологическая эпигенетика стресса, заболеваний, здоровья и долголетия. *Вестник восстановительной медицины*. 2016;1:21-28. [Shenderov B.A. Microecological epigenetics of stress, diseases, health and longevity. *Vestnik vosstanovitel'noj mediciny*. 2016;1:21-28. (In Russ.)].
4. Гуткевич Е.В., Гуткевич Е.А. Биологические парадигмы психических расстройств. Томские исследования: история, реальность и перспективы. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016;4(93):14-25. [Gutkevich E.V., Gutkevich E.A. Biological paradigms of mental disorders. Tomsk studies: history, reality and future directions. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii*. 2016;4(93):14-25. (In Russ.)].
5. Surjyadipta Bhattacharjee, Walter J. Lukiw. Alzheimer's disease and the microbiome. *Front Cell Neurosci*. 2013;7: 153. Published online 2013 Sep 17. doi: 10.3389/fncel.2013.00153
6. Петров В.А., Алифирова В.М., Салтыкова И.В., Жукова И.А., Жукова Н.Г., Дорофеева Ю.Б., Тяхт А.В., Алтухов И.А., Кострюкова Е.С., Титова М.А., Миронова Ю.С., Ижболдина О.П., Никитина М.А., Перевозчикова Т.В., Файт Е.А., Сазонов А.Э. Сравнительный анализ кишечной микробиоты при болезни Паркинсона и других неврологических заболеваниях. *Бюллетень сибирской медицины*. 2016; 15 (5):113–125. doi: 10.20538/1682-0363-2016-5-113–125. [Petrov V.A., Alifirova V.M., Saltykova I.V., Zhukova I.A., Zhukova N.G., Dorofeeva Yu.B., Tyakht A.V., Altukhov I.A., Kostryukova E.S., Titova M.A., Mironova Yu.S., Izhboldina O.P., Nikitina M.A., Perevozchikova T.V., Fait E.A., Sazonov A.E. Comparison study of gut microbiota in case of Parkinson's disease and other neurological disorders. *Bulleten' sibirskoj mediciny*. 2016; 15 (5): 113–125. (In Russ.)]. doi: 10.20538/1682-0363-2016-5-113–125
7. Alison R. Erickson, Brandi L. Cantarel, Regina Lamendella, Youssef Darzi, Emmanuel F. Mongodin, Chongle Pan, Manesh Shah, Jonas Halfvarson, Curt Tysk, Bernard Henrissat, Jeroen Raes, Nathan C. Verberkmoes, Claire M. Fraser, Robert L. Hettich, Janet K. Jansson. Integrated Metagenomics/Metaproteomics Reveals Human Host-Microbiota Signatures of Crohn's Disease. *PLoS One*. 2012; 7(11): e49138. doi: 10.1371/journal.pone.0049138
8. Gianluca Ianiro, Stefano Bibbò, Franco Scaldaferrì, Antonio Gasbarrini, Giovanni Cammarota. Fecal Microbiota Transplantation in Inflammatory Bowel Disease: Beyond the Excitement. *Medicine (Baltimore)*. 2014 Oct; 93(19):e97. doi: 10.1097/MD.0000000000000097
9. Гуткевич Е.А., Фокин В.А., Воробейчикова О.В. «Программа для реализации алгоритма выбора информативных признаков и классификации объектов» («АЛКЛАП»). 2018. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ. Номер свидетельства: RU №2018615046 от 14.04.2018. [Gutkevich E.A., Fokin V.A., Vorobeychikova O.V. «Programma dlja realizacii algoritma vybora informativnyh priznakov i klassifikacii ob#ektov» («ALKLAP»). *Svidetel'stvo o gosudarstvennoj registracii programmy dlja JeVM*. RU №2018615046 (In Russ.)].
10. Гуткевич Е.А., Фокин В.А., Воробейчикова О.В., Гуткевич Е.В. «База данных клинико-лабораторных признаков лиц разного возраста, практически здоровых или больных хроническими заболеваниями вне стадии обострения». 2019. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ. Номер свидетельства: RU №2019620063 от 14.01.2019. [Gutkevich E.A., Fokin V.A., Vorobeychikova O.V., Gutkevich E.V. «Baza dannyh kliniko-laboratornyh priznakov lic raznogo vozrasta, prakticheski zdorovyh ili bol'nyh hronicheskimi zabojevanijami vne stadii obostrenija». *Svidetel'stvo o gosudarstvennoj registracii programmy dlja JeVM*. RU №2018615046. (In Russ.)].

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИНДРОМНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Яновский Т.С.

Институт «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО
«Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»
Симферополь, Россия

Аннотация

Введение. Анализ применимости доменов «Международной классификации функционирования, нарушений жизнедеятельности и здоровья» МКФ в качестве т.н. реабилитационных синдромов даст дополнительную возможность объективно определить состояние здоровья пациентов, составить прогноз динамики нарушенных функций и оценить эффективность проводимых реабилитационных мероприятий.

Цель. Разработка синдром-ориентированных лечебно-реабилитационных физиотерапевтических комплексов при соматических заболеваниях, профильных для климатического курорта.

Материалы и методы. Проведено открытое рандомизированное контролируемое клиническое исследование 100 больных ишемической болезнью сердца (ИБС), 80 церебральным атеросклерозом (ЦА), 100 гипертонической болезнью (ГБ) и 100 болезнями органов дыхания (БОД). Оценка эффективности медицинской реабилитации (МР) проводилась по критериям МКФ.

Результаты. Отмечается высокая общая эффективность МР, т.е. высокая частота положительных значений динамики большинства доменов МКФ. Практически все физиотерапевтические воздействия оказывали положительное влияние на динамику тех или иных реабилитационных синдромов. Выявлены 64 статистически значимых (при $p < 0,05$) уравнений регрессии динамики доменов МКФ от курсовых доз физиотерапевтических лечебных воздействий, которые можно использовать при расчете реабилитационного прогноза у пациентов с ИБС, ГБ, ЦА и БОД.

Заключение. Качественно и количественно оценены реабилитационные эффекты в отношении динамики реабилитационных синдромов - доменов МКФ - от курсовых доз физиотерапевтических лечебных факторов.

Ключевые слова: МКФ, реабилитация, физиотерапия.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ: Тарас Сергеевич Яновский, кандидат медицинских наук, orcid.org/0000-0002-8516-7015, e-mail: taras.yanovsky@yandex.ru

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Исследование проводилось в соответствии с принципами Хельсинкской декларации ВМА

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

EFFICIENCY OF SYNDROME-ORIENTED PHYSIOTHERAPEUTIC MEDICAL REHABILITATION

Yanovsky T.S.

Institute "Medical Academy named after S.I. Georgievsky FSAEI HE
"Crimean Federal University named after V.I. Vernadsky"
Simferopol, Russia

Abstract

Background. Analysis of the applicability of the domains of the International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF) as so-called rehabilitation syndromes will provide an additional opportunity to objectively determine the state of health of patients, make a forecast of the dynamics of impaired functions and evaluate the effectiveness of ongoing rehabilitation measures.

The purpose of the work is the development of syndrome-oriented treatment and rehabilitation physiotherapy complexes for somatic diseases, profiled for a climatic resort.

Materials and methods. An open randomized controlled clinical trial was conducted in 100 patients with coronary heart disease (CHD), 80 with cerebral atherosclerosis (CA), 100 with arterial hypertension (AH) and 100 with respiratory diseases (RD). Evaluation of the effectiveness of medical rehabilitation (MR) was carried out according to the criteria of the ICF.

Results. There is a high overall efficiency of MR, i.e. high frequency of positive values of the dynamics of most ICF domains. Almost all physiotherapeutic procedures had a positive effect on the dynamics of certain rehabilitation syndromes. 64 statistically significant (at $p < 0.05$) regression equations of the dynamics of the ICF domains from course doses of physiotherapeutic therapeutic effects were identified. It can be used to calculate the rehabilitation prognosis in patients with CHD, AH, CA, and RD.

Conclusion. Qualitatively and quantitatively assessed rehabilitation effects in relation to the dynamics of rehabilitation syndromes - ICF domains - from course doses of physiotherapeutic therapeutic factors.

Key words: ICF, rehabilitation, physiotherapy.

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR: Taras Sergeevich Yanovsky, MD, PhD,
orcid.org/0000-0002-8516-7015, e-mail: taras.yanovsky@yandex.ru

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: The study was conducted in accordance with the principles of the WMA Declaration of Helsinki.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение. Среди приоритетных направлений современной мировой и отечественной медицины в течении последних двух десятилетий все возрастающую актуальность приобретает проблема медицинской реабилитации (МР) пациентов с соматическими заболеваниями. Важную роль в ее решении должны сыграть природные и преформированные физиотерапевтические лечебные факторы (ФЛФ), используемые в широкой сети отечественных санаторно-курортных организаций (СКО).

Соматические заболевания характеризуются развитием функциональных отклонений не только со стороны пораженной физиологической системы, но и других систем, функционирующих с ними в тесном взаимодействии. При таких обстоятельствах необходимо оценивать и корректировать не одну, а как можно больше вовлеченных в патологический процесс физиологических систем. Такой системный подход сформулирован в принятой ВОЗ в 2001 г. «Международной классификации функционирования, нарушений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ), критерии которой являются основой для научных исследований и разработки оптимальных комплексов МР [1]. Комплексный подход к медицинской реабилитации традиционен для санаторно-курортного этапа медицинской помощи в нашей стране. В то же время, отраслевое нормативное регулирование МР проработано недостаточно. Так, отсутствуют оптимальные комплексы реабилитационных воздействий на третьем этапе МР, адаптированные к условиям СКО.

С начала XXI века в отечественной физиотерапии, в дополнение к нозологически-ориентированному, активно развивается новый, синдромно-патогенетический подход, который постулирует формирование лечебных воздействий в зависимости от ведущих синдромов и жалоб [2,3]. Этот подход представляется более рациональным и адекватным постулатам персонифицированной медицины. Многие синдромы взаимосвязаны и играют совместно важную роль в развитии различных заболеваний, что делает обоснованным синдром-ориентированные комплексы МР. В последнее время стали выделять ещё т.н. реабилитационные синдромы, определяемые как комплекс тесно связанных между собой клинико-морфо-функциональных признаков, не обладающих узкой нозологической специфичностью, но являющихся объектами успешного применения нозологически независимых реабилитационных воздействий [4].

При научном обосновании оптимизации МР в отношении синдромов представляется актуальным применение МКФ. Для оценки состояния пациента в МКФ используются домены - практически и теоретически значимый набор взаимосвязанных физиологических функций, анатомических структур, действий, задач и сфер жизнедеятельности. Таким образом, имеющиеся в МКФ домены близки к понятию т.н. реабилитационных синдромов. Анализ применимости

доменов МКФ в качестве т.н. реабилитационных синдромов даст дополнительную возможность объективно определить состояние здоровья пациентов, составить прогноз динамики нарушенных функций и оценить эффективность проводимых реабилитационных мероприятий.

Цель. Разработка синдром-ориентированных лечебно-реабилитационных физиотерапевтических комплексов при соматических заболеваниях, профильных для климатического курорта.

Материалы и методы. Проведено открытое рандомизированное контролируемое клиническое исследование 100 больных ишемической болезнью сердца (ИБС), 80 церебральным атеросклерозом (ЦА), 100 гипертонической болезнью (ГБ) и 100 болезнями органов дыхания (БОД). Методы исследования и санаторно-курортного восстановительного лечения, включающего медицинскую реабилитацию (МР), применялись в соответствии с особенностями оценки функционального состояния и эффектов лечения конкретных нозологических форм, индивидуальными показаниями, стандартами санаторно-курортной помощи и «Порядком организации медицинской реабилитации взрослых».

Стандартные лечебные комплексы были дополнены следующими ФЛФ: 1) транскраниальная электростимуляция (ТЭС), использовался аппарат ТРАНСАИР-3 (частота импульсов составляла $77 \pm 0,5$ Гц, длительность импульса $3,75 \pm 0,25$ мс при соотношении постоянного и среднеимпульсного тока 2:1-5:1, положение электродов фронтально-мастоидальное, сила тока не выше 1,0 мА, длительность процедуры 30 мин, на курс 8-10 процедур) [5]; 2) электропунктурный вегетативный резонансный тест (ВРТ), использовался аппарат «ИМЕДИС-ВРТ» (аппликационная методика, на курс 8-10 аппликаций) [6].

Клинические лабораторные исследования включали общие анализы крови, мочи и мокроты. Биохимические лабораторные исследования включали: холестерин (общий, высокой и низкой плотности), триглицериды, АСТ, АЛТ, общий билирубин, мочевую кислоту, креатинин, фибриноген, протромбиновый индекс, глюкозу крови, С-реактивный белок. Функциональные исследования включали измерение артериального давления крови, электрокардиографию, спирометрию и толерантность к физической нагрузке с использованием 6-ти минутного шагового теста (6МШТ).

В дополнение к стандартным диагностическим комплексам применялись:

1) Исследования иммуноглобулинов Ig-M и Ig-G к SARS-CoV-2 методом иммуноферментного анализа (ИФА);

2) Электропунктурный вегетативный резонансный тест (ВРТ), аппарат «ИМЕДИС-ВРТ», на правой руке фиксировались числовые значения теста по 26 шкалам [6];

3) Психологические исследования (по стандартным тестам Ридер и Спилбергера-Ханина) [7];

4) Оценка качества жизни (КЖ) по стандартному опроснику SF-36 [8];

5) Оценка доменов МКФ в соответствии с методикой, разработанной в «АНИИ ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА» [9,10,11].

Контролировалось функциональное состояние пациентов по 23 доменам МКФ. Значения всех контролируемых параметров измерялись дважды – перед началом курса лечения и после окончания курса. В ходе анализа эффектов в дополнение к средним значениям параметров, оценивалась также их динамика: динамика параметра = (значение параметра в начале курса лечения) – (значение параметра после курса лечения).

Оценка синдром-ориентированной эффективности МР по критериям МКФ проводилась для следующих групп воздействий: климатотерапия (солнечные ванны и терренкур), физиотерапия (ТЭС, ВРТ, ПМП, ДЭНС, ЭС, УЗТ, ЛТ, ДА, ЭФ, ДТ, ГТ, ИНГ, АТ, ПТ, КУФ, массаж) и ЛФК.

Изучение реабилитационных эффектов отдельных лечебных воздействий проводилось путем сравнения средних значений в группах пациентов, получавших (в основной группе) и не получавших (в контрольной группе) данный лечебный метод, а также с помощью корреляционного, регрессионного и факторного анализа по стандартным компьютерным программам статистического анализа STATISTICA 8.0

Результаты исследований. Частота нарушений функционального состояния в контингенте 380 исследованных пациентов в начале курса МР колеблется в широком диапазоне в зависимости от домена и нозологической группы, что объясняется патогенетическими особенностями заболеваний. При этом ни по одному из контролируемых доменов не отмечено отсутствие функциональных нарушений. Частота нарушений функционального состояния по всем

доменам во всех нозологических группах существенно снижается в конце курса МР. Для большинства доменов отмечается высокая общая эффективность МР, т.е. высокая частота положительных значений динамики доменов, имеющих место при улучшении и значительном улучшении состояния пациентов. Это указывает на обоснованность перечня 23 доменов МКФ, примененного нами для комплексной оценки функционального состояния пациентов.

Примененный комплекс доменов МКФ можно использовать в качестве базового набора для санаторно-курортного этапа МР пациентов с ИБС, ГБ, ЦА и БОД на климатическом курорте.

Установлены многочисленные статистически значимые изменения выраженности реабилитационных синдромов (доменов МКФ), вызванные применением курсовых доз физиотерапевтических воздействий. Наибольшее значение имеют выявленные регрессионные зависимости, которые позволяют прогнозировать эффективность применения конкретных ФЛФ в отношении динамики конкретных доменов МКФ. Практически все физиотерапевтические воздействия оказывали положительное влияние на динамику тех или иных реабилитационных синдромов. Выявлены 64 статистически значимых (при $p < 0,05$) уравнений регрессии динамики доменов МКФ от курсовых доз физиотерапевтических и других немедикаментозных лечебных воздействий, которые можно использовать при расчете реабилитационного прогноза у пациентов с ИБС, ГБ, ЦА и БОД. Это свидетельствует о широких возможностях синдром-ориентированной физиотерапевтической реабилитации.

Таблица 1 - Статистически значимые (при $p < 0,05$) уравнения множественной регрессии (вида: $Y = E + a \times X1 + b \times N$) для прогноза позитивного влияния ТЭС, ВРТ, ПМП, ДЭНС и ЭС на эффективность МР.

Позитивная динамика доменов МКФ «У» (баллы) *	Нозология пациентов	Значение «Е» (баллы)	Коэффициенты при членах уравнений регрессии **					
			Коэффициент «а» для значения «X1» (баллы)	коэффициенты «b» для курса процедур «N» ФЛФ ***				
				ТЭС	ВРТ	ПМП	ДЭНС	ЭС
1	2	3	4	5	6	7	8	9
b2401	Все	0	0,619		0,008			
	БОД	0	0,007			0,008		
b280	ИБС	0	0,821	0,006				
	ИБС	0	0,730				0,021	
b410	ИБС	0	0,292					0,052
b430	БОД	0	0,202			0,008		
b4303	БОД	0	0,241			0,005		
b4601	БОД	0	0,271				0,012	
	ИБС	0	0,625					0,025
b540	БОД	0	0,205			0,012		
b5408	БОД	0	0,168			0,027		
	ИБС	0	0,533				0,005	
	ЦА	0	0,355				0,006	
d240	ИБС	0	0,250			0,006		
СОЭМР (% шкалы ВАШ)	ЦА	47,962		2,742				
	ИБС	0	0,234				0,007	
	БОД	0	0,360					0,009
	Все	-6,369	-0,728			0,298 #		

Основными лечебными методами для МР соматических пациентов мы предлагаем считать те, что в статистически значимых (при $p < 0,05$) уравнениях множественной регрессии (вида $Y = E + aX + bN$) характеризуются положительными значениями коэффициентов «b» для курсовых доз «N» лечебных факторов и применение которых приводит к динамике значения домена «Y» не менее чем на 0,1 балла (в среднем в группе пациентов при среднем числе 10 процедур на курс лечения). Такие методы целесообразно использовать для расчета реабилитационного прогноза

динамики домена «Y» в зависимости от значения «X» (значения этого же домена в начале курса лечения) и от числа «N» курсовых доз ЛКФ процессе МР. В Таблицах 1-3 представлены прогностические регрессионные уравнения позитивного влияния ФЛФ на домены МКФ.

Примечание: - наименование доменов МКФ: b122 «Глобальные психосоциальные функции», b2401 «Головокружение», b280 «Ощущение боли», b410 «Функции сердца», b420 «Функции артериального давления», b430 «Функции системы крови», b4301 «Кислород транспортные функции крови», b4303 «Свертывающие функции крови», b43500 «Специфический иммунный ответ», b440 «Функции дыхания», b450 «Дополнительные дыхательные функции (кашель)», b4552 «Утомляемость», b4601 «Ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем», b530 «Функции сохранения массы тела», b5403 «Обмен жиров»; b5408 «Общие метаболические функции, другие уточненные – метаболический синдром (МС)», b540 «Общие метаболические функции», d240 «Преодоление стресса и других психологических нагрузок», ИОФС – интегральная оценка функционального состояния, среднее значение всех контролируемых доменов; СОЭМР – самооценка пациентом эффективности МР по шкале ВАШ, в % от максимального желаемого пациентом эффекта;

- нозология: ИБС – ишемическая болезнь сердца, ГБ – гипертоническая болезнь, ЦА – церебральный атеросклероз; БОД – болезни органов дыхания; Все – смешанный контингент пациентов (с ИБС, ГБ, ЦА и БОД), ПКС – смешанный контингент пациентов с наличием постковидного состояния (J12.8, J12.9, U07.1, U07.2, U08.9, U09.9);

- лечебные воздействия: ТЭС – транскраниальная электронейростимуляция; ВРТ – вегетативный резонансный тест; ПМП – переменное магнитное поле; ДЭНС – динамическая электронейростимуляция; ЭС – электросон; УЗТ – ультразвуковая терапия; ДА – местная д’Арсонвализация; ЭФ – электрофорез; ДТ – дыхательные тренировки с использованием тренажеров «Новое дыхание»; ИНГ – ингаляции; ПТ – пелоидотерапия сакской лечебной грязью; СВ – солнечные ванны; ЛФК – лечебная физическая культура; КУФ – коротковолновое ультрафиолетовое излучение; # - при значении домена b5408 ≥ 2 балла в начале курса МР.

Таблица 2. Статистически значимые (при $p < 0,05$) уравнения множественной регрессии (вида: $Y = E + a \times X_1 + b \times N$) для прогноза позитивного влияния УЗТ, ДА, ЭФ, ДТ и ИНГ на эффективность МР.

Позитивная динамика доменов МКФ «У» (баллы) *	Нозология пациентов	Значение «E» (баллы)	Коэффициенты при членах уравнений регрессии **					
			Коэффициент «a» для значения «X1» (баллы)	коэффициенты «b» для курса процедур «N» ФЛФ ***				
				УЗТ	ДА	ЭФ	ДТ	ИНГ
b280	БОД	0	0,140	0,012				
b410	ЦА	0	0,552	0,085				
b440	БОД	0	0,184					0,001
b450	ИБС	0	0,717			0,009		
b530	ГБ	0	0,029	0,101				
b5403	ЦА	0	0,845			0,082		
	ГБ	0	0,715				0,009	
b4601	ГБ	0	0,618		0,033			
b5408	ИБС	0	0,541	0,092				
d240	ГБ	0	0,153				0,009	
ИОФС	ГБ	0	0,440		0,060			
	ГБ	0	0,425				0,007	

Примечание: см. примечание к Таблице 1.

Таблица 3. Статистически значимые (при $p < 0,05$) уравнения множественной регрессии

(вида: $Y = E + a \times X1 + b \times N$) для прогноза позитивного влияния ПТ, СВ, ЛФК, массажа и КУФ на эффективность МР.

Позитивная динамика доменов МКФ «У» (баллы) *	Нозология пациентов	Значение «Е» (баллы)	Коэффициенты при членах уравнений регрессии **					
			Коэффициент «а» для значения «X1» (баллы)	коэффициенты «b» для курса процедур «N» ФЛФ ***				
				ПТ	СВ	ЛФК	Массаж	КУФ
b122	ГБ	0	-0,036			0,024		
	БОД	0	0,086					0,029
b280	ГБ	0	0,617	0,015				
b420	ЦА	0	0,427				0,012	
	ГБ	0	0,730					0,021
b450	ГБ	0	0,316		0,006			
b4601	ГБ	0	0,597	0,043				
b530	ГБ	0	0,038			0,009		
b5408	БОД	0	0,196	0,043				
		0	0,188					0,023
		-0,401	0,256				0,039	
	ЦА	0	0,338		0,016			
		0	0,368					0,026
ИОФС	ЦА	0	0,410				0,012	

Примечание: см. примечание к Таблице 1.

Расчет прогноза эффекта лечебного воздействия на основе представленных регрессионных уравнений может применяться для целенаправленного формирования программы МР. Расчет прогноза должен осуществляться для комплекса тех доменов МКФ, которые являются наиболее актуальными для пациента, и с использованием комплекса тех лечебных факторов, которые имеются в составе лечебной базы. Сравнение расчетной и фактической динамики доменов МКФ может использоваться как критерий оценки эффективности реализации программы МР.

Заключение. Полученные данные обосновывают следующие выводы.

1. Использование доменов МКФ в качестве реабилитационных синдромов для пациентов с соматической патологией позволяет осуществлять синдромно-ориентированную МР.
2. Качественно и количественно оценены реабилитационные эффекты в отношении динамики реабилитационных синдромов - доменов МКФ - от курсовых доз физиотерапевтических лечебных факторов.
3. Полученные данные о достоверных реабилитационных эффектах физиотерапевтических лечебных факторов позволили обосновать положительный реабилитационный прогноз для пациентов с ИБС, ГБ, ЦА и БОД в условиях климатического курорта.

Конфликт интересов: авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Шошмин, А.В. МКФ в реабилитации (отв. ред. акад. АМН А.Н. Разумов, 2-е издание, переработанное и дополненное). / А.В. Шошмин, Г.Н. Пономаренко - СПб., 2020. - 232 с. [Shoshmin, A.V. ICF in Rehabilitation (Editor-in-Chief, Academician of the Academy of Medical Sciences A.N. Razumov, 2nd edition, revised and enlarged). / A.V. Shoshmin, G.N. Ponomarenko - St. Petersburg, 2020. - 232 pp.] (in Russian)
2. Физиотерапия: национальное руководство / С.Г. Абрамович, В.В. Адилев, П.В. Антипенко и др. / под. ред. Г.Н. Пономаренко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 864с. [Physiotherapy: national guide / S.G. Abramovich, V.V. Adilov, P.V. Antipenko and others / under. ed. G.N. Ponomarenko. - M.: GEOTAR-Media, 2009. - 864 pp.] (in Russian)

3. Физическая и реабилитационная медицина: национальное руководство / под ред. Г.Н. Пономаренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 688 с. (Серия «Национальные руководства») ISBN 978-5-9704-3606-6 [Physical and rehabilitation medicine: national guide / ed. G.N. Ponomarenko. – M.: GEOTAR-Media, 2016. – 688 pp. (National Manual Series) ISBN 978-5-9704-3606-6] (in Russian)
4. Петров, К.Б. Синдромно-ориентированный подход в восстановительной медицине. [Электронный ресурс] / К.Б. Петров. 09.01.2011. Режим доступа: // <https://dislife.ru/articles/view/11697>. [Petrov, K.B. Syndrome-oriented approach in restorative medicine. [Electronic resource] / K.B. Petrov. 01/09/2011. URL: <https://dislife.ru/articles/view/11697>.] (in Russian)
5. Занин, С.А. ТЭС-терапия. Современное состояние проблемы / С.А. Занин, А.Х. Каде, Д.В. Кадомцев и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 1.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=26133> [Zanin, S.A. TES-therapy. The current state of the problem / S.A. Zanin, A.Kh. Kade, D.V. Kadomtsev et al. // Modern problems of science and education. - 2017. - No. 1.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=26133>] (in Russian)
6. Электропунктурный вегетативный резонансный тест: Методические рекомендации №99/96. / Под ред. А. М. Василенко, Ю. В. Готовского, Е. Е. Мейзерова, Н. А. Королевой, В. С. Каторгина. - Москва: МЗ РФ НИЦ ТМГ, 2000. - 27 с. [Electropuncture vegetative resonance test: Guidelines No. 99/96. / Ed. A. M. Vasilenko, Yu. V. Gotovsky, E. E. Meizerova, N. A. Koroleva, V. S. Katorgina. - Moscow: Ministry of Health of the Russian Federation NITs TMG, 2000. - 27 pp.] (in Russian)
7. Карелин, А.А. Психологические тесты / Под ред. А.А. Карелина: В 2т. Москва: ВЛАДОС, 2005. - Т1.- 586 с. [Karelin, A.A. Psychological tests / Ed. A.A. Karelin: In 2 volumes. Moscow: VLADOS, 2005. - V1. - 586 pp.] (in Russian)
8. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: Руководство для врачей / А.Н. Белова, Т.В. Буйлова / Под ред. О.Н. Щепетовой. - М.: «Антидор», 2002. – 440 с. [Scales, tests and questionnaires in medical rehabilitation: A guide for doctors / A.N. Belova, T.V. Builova / Ed. O.N.. Shchepetova. - M.: Antidor, 2002. - 440 pp.] (in Russian)
9. Мизин, В.И. Методология оценки реабилитационного потенциала и эффективности медицинской реабилитации у пациентов с патологией кардио-респираторной системы в соответствии с «Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья». / В.И. Мизин, Н.А. Северин, Л.Ш. Дудченко и др. // Актуальные вопросы физиотерапии, курортологии и медицинской реабилитации, Труды ГБУЗ РК «АНИИ им. И.М. Сеченова». Ялта. – 2016. - XXVII. - С. 1-22 [Mizin, V.I. Methodology for assessing the rehabilitation potential and effectiveness of medical rehabilitation in patients with pathology of the cardio-respiratory system in accordance with the International Classification of Functioning, Disability and Health. / V.I. Mizin, N.A. Severin, L.Sh. Dudchenko et al. // Topical issues of physiotherapy, balneology and medical rehabilitation, Proceedings of SBIH RC "ANII im. I.M. Sechenov". Yalta. - 2016. - XXVII. - pp. 1-22] (in Russian)
10. Ежов, В.В. Оценка функционального состояния пациентов с хронической ишемией мозга по критериям «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» / В.В. Ежов, В.И. Мизин, А.Ю. Царев и др. // Вестник физиотерапии и курортологии - 2017. - Т23.- № 4.- с. 26-38 [Ezhov, V.V. Evaluation of the functional state of patients with chronic cerebral ischemia according to the criteria of the "International Classification of Functioning, Disability and Health" / V.V. Ezhov, V.I. Mizin, A.Yu. Tsarev et al. // Bulletin of Physiotherapy and Balneology - 2017. - V23.- No. 4.- pp. 26-38] (in Russian)
11. Дудченко, Л.Ш. Оценка эффективности санаторно-курортной медицинской реабилитации больных бронхиальной астмой с использованием Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья./ Л.Ш. Дудченко, В.И. Мизин, С.Н. Беляева и др. // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. - 2018.- Т17. - №3. - С. 133-140. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1681-3456-2018-17-3-133-140> [Dudchenko, L.Sh. Evaluation of the effectiveness of health resort medical rehabilitation of patients with bronchial asthma using the International Classification of Functioning, Disability and Health./ L.Sh. Dudchenko, V.I. Mizin, S.N. Belyaeva et al. // Physiotherapy, balneology and rehabilitation. - 2018.- V17. - No 3. - pp. 133-140. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1681-3456-2018-17-3-133-140>] (in Russian)

УДК: 615.838-053.3(470.63)

**ИСТОКИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ
НА КАВКАЗСКИХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОДАХ
(К 50-ЛЕТИЮ СО ДНЯ ОСНОВАНИЯ ДЕТСКОЙ КЛИНИКИ
ПЯТИГОРСКОГО НИИ КУРОРТОЛОГИИ)**

Тер-Акопов Г.Н., Ефименко Н.В., Глухов А.Н., Чалая Е.Н.,
Шведунова Л.Н., Соболева Е.И.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Северо-Кавказский федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства»
Ессентуки, Россия

Аннотация

Детская поликлиника Пятигорского бальнеологического института была сдана в эксплуатацию в мае 1972 года, а 1 июня состоялся первый приезд 120 детей со сроком пребывания 90 дней. За полвека своего существования детская клиника накопила уникальный научный опыт, а полученные результаты исследований стали ценным вкладом в российскую и мировую детскую курортологию. Многие научно-практические разработки используются на 2-м и 3-м этапах медицинской реабилитации детей.

Ключевые слова: курортная педиатрия, медицинская реабилитация, дети.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Глухов Алексей Николаевич, кандидат медицинских наук; 357500, Ставропольский край, г. Пятигорск, проспект Кирова, 30; alexg02081957@mail.ru; SPIN-код: 5127-5317, AuthorID: 623312; <https://orcid.org/0000-0002-9730-2990>

Тер-Акопов Гукас Николаевич, кандидат экономических наук; 357600, Ставропольский край, г. Ессентуки, ул. Советская, 24; sk@fmbamail.ru; SPIN-код: 1547-8763, AuthorID: 931240; <https://orcid.org/0000-0002-7432-8987>

Ефименко Наталья Викторовна, доктор медицинских наук, профессор, 357500, Ставропольский край, г. Пятигорск, проспект Кирова, 30; pniik.adm@skfmba.ru; SPIN-код: 8041-7520, AuthorID: 161117; <https://orcid.org/0000-0003-4812-3854>

Чалая Елена Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент; 357600, Ставропольский край, г. Ессентуки, ул. Советская, 24; pniik.nauka@skfmba.ru; SPIN-код: 1084-2875, AuthorID: 470688; <https://orcid.org/0000-0003-4328-8297>

Шведунова Лариса Николаевна, доктор медицинских наук; 357500, Ставропольский край, г. Пятигорск, проспект Кирова, 30; pniik.adm@skfmba.ru; SPIN-код: 9545-5456, AuthorID: 479209; <https://orcid.org/0000-0002-7960-7811>

Соболева Елена Ивановна, 357500, Ставропольский край, г. Пятигорск, проспект Кирова, 30; pniik.adm@skfmba.ru; SPIN-код: 8118-3267; AuthorID: 1097614; <https://orcid.org/0000-0003-2241-811X>

Вклад авторов: Авторы равномерно принимали участие в разработке дизайна исследования, сборе данных, анализе и написании статьи.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

**THE CRADLE OF MEDICAL REHABILITATION OF CHILDREN
IN CAUCASIAN MINERAL WATERS
(TO THE 50TH ANNIVERSARY OF THE FOUNDATION OF THE CHILDREN'S CLINIC OF
PYATIGORSK RESEARCH INSTITUTE OF RESORT STUDY)**

Ter-Akopov G.N., Efimenko N.V., Glukhov A.N., Chalaya E.N.,
Shvedunova L.N., Soboleva E.I.

Federal State Budgetary Institute «North Caucasian Federal Research and Clinical Center of the Federal

ABSTRACT

The children's clinic of Pyatigorsk Balneological Institute was commissioned in May 1972, and on June 1 the first arrival of 120 children took place with length of stay of 90 days. For half a century of its existence the children's clinic has accumulated a unique research experience, and the obtained results of the research have become a valuable contribution to Russian and world children's balneology. Many scientific and practical developments are used at the 2nd and 3rd stages of medical rehabilitation of children.

Key words: resort pediatrics, medical rehabilitation, children

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Alexey N. Glukhov, candidate of medical sciences; 357500, Stavropol Territory, Pyatigorsk, Kirov Avenue, 30; alexg02081957@mail.ru; SPIN: 5127-5317, AuthorID: 623312; <https://orcid.org/0000-0002-9730-2990>

Gukas N. Ter-Akopov, Candidate of Economic Sciences; 357600, Stavropol Territory, Essentuki, st. Soviet, 24; sk@fmbamail.ru; SPIN: 1547-8763, AuthorID: 931240; <https://orcid.org/0000-0002-7432-8987>

Natalya V. Efimenko, MD, Professor, 357500, Stavropol Territory, Pyatigorsk, Kirov Avenue, 30; pniik.adm@skfmba.ru; SPIN: 8041-7520, AuthorID: 161117; <https://orcid.org/0000-0003-4812-3854>

Elena N. Chalaya, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; 357600, Stavropol Territory, Essentuki, st. Soviet, 24; pniik.nauka@skfmba.ru; SPIN: 1084-2875, AuthorID: 470688; <https://orcid.org/0000-0003-4328-8297>

Larisa N. Shvedunova, MD; 357500, Stavropol Territory, Pyatigorsk, Kirov Avenue, 30; pniik.adm@skfmba.ru; SPIN: 9545-5456, AuthorID: 479209; <https://orcid.org/0000-0002-7960-7811>

Elena I. Soboleva, 357500, Stavropol Territory, Pyatigorsk, Kirov Avenue, 30; pniik.adm@skfmba.ru; SPIN code: 8118-3267; AuthorID: 1097614; <https://orcid.org/0000-0003-2241-811X>

Author contribution statement: The authors evenly participated in the design of the research, data collection, analysis and writing of the article.

Ethics statements

Studies involving animal subjects: No animals studies are presented in this article

Studies involving human subjects: No animals studies are presented in this article

Inclusion of identifiable human data: No animals studies are presented in this article

Детская клиника Пятигорского Бальнеологического института была сдана в эксплуатацию в мае 1972 г., а с 1 июня состоялся первый заезд 120 детей, со сроком пребывания 90 дней. За полвека существования, в детской клинике накоплен уникальный исследовательский опыт, а полученные результаты исследований стали ценным вкладом в российскую и мировую детскую курортологию. Многие научно-практические разработки используются на 2 и 3 этапах медицинской реабилитации детей.

В 1957 году по указанию Минздрава СССР на базе клиники Пятигорского Бальнеологического института (ныне Пятигорский НИИ курортологии ФФГБУ СКФНКЦ ФМБА России), куда поступал лишь взрослый контингент больных, было открыто неврологическое отделение (вначале на 25, а затем на 50 коек) для восстановительного лечения детей с последствиями полиомиелита, в связи с эпидемией этого грозного заболевания в 1956-1958 гг. Статус созданного отделения был определен как «отделение для детей с поражением центральной нервной системы и с нарушением опорно-двигательного аппарата». В те годы вопрос реабилитации детей, пострадавших от полиомиелита, оставался открытым. Дети, в основном лечились медикаментозными средствами и методами аппаратной физиотерапии, что желаемых результатов не давало. Вместе с тем, на курортах СССР существовали детские санатории неврологического профиля. Наиболее известные в Евпатории, Одессе, Калуге-Бор, Цхалтубо санатории уже были заполнены пострадавшими от полиомиелита. В Пятигорске детских санаториев, кроме санатория для лечения детей с костным туберкулезом, не было. Как известно, в те годы в лечении взрослых больных с заболеваниями нервной системы на Пятигорском курорте были достигнуты значительные успехи, и этот довод был принят при организации лечения детского контингента больных неврологического профиля.

Организация первого детского клинического неврологического отделения проходила под

руководством директора Пятигорского Бальнеологического института канд. мед. наук Савощенко И.С., при непосредственном участии главного врача Пятигорской клиники канд. мед. наук Духовского В.М. и зав. отделением канд. мед. наук Шуховой Е.В. Научные исследования проводились при научно-консультативной помощи д.м.н., профессора С.М. Петелина, в них принимали участие первые исследователи Е.В. Шухова, Н.А. Семина, Н.М. Шереметова, Г.Т. Келейников, Н.М. Кубасова. Полученные результаты показали высокое медико-социальное значение лечебных факторов Пятигорского курорта в восстановительном лечении детей не только с последствиями полиомиелита, но и других нейроинфекций (энцефалит, церебральный арахноидит). В последующих исследованиях был решен ряд общих вопросов применения курортных факторов (комбинированное бальнеогрязевое лечение, оптимизации расстановки процедур, частота их приема, сроки лечения, критерии оценки эффективности по непосредственным и отдаленным результатам лечения и др.). Результаты лечения оказались обнадеживающими, поскольку у многих больных частично, а у некоторых и полностью восстанавливались нарушенные функции. По результатам исследований опубликована монография «Курортное лечение детей с последствиями энцефалита, полиомиелита и церебрального арахноидита» (Е.В. Шухова, Л.М. Бабина).

Лечение детей с заболеваниями нервной системы стало одним из приоритетных направлений в деятельности клиники Пятигорского НИИ курортологии, а успехи в курортном лечении детей способствовали принятию решения Минздравом РСФСР о строительстве 4-х этажного корпуса детской клиники с тремя клиническими отделениями на 120 коек, бальнеогрязелечебницей и учебно-воспитательным подразделением. Два отделения были предназначены для лечения больных психоневрологического профиля, третье - с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Значительный вклад в принятие решения о строительстве детской клиники внес директор института Е.А. Смирнов-Каменский. Первым научным руководителем клиники стала д.м.н. Шухова Е.В. Детская клиника была сдана в эксплуатацию в мае 1972 г., а с 1 июня состоялся первый заезд 120 детей, со сроком пребывания 90 дней. Таким образом 1 июня 2022 года детская клиника отмечала свой полувековой юбилей.

С момента организации детской клиники она является научно-консультативной, организационно-методической базой по вопросам курортной педиатрии. Многообразие лечебных природных факторов региона КМВ позволяло педиатрической группе института работать в различных клинических направлениях, которые охватывают почти всю современную курортологию. Проводимые научные исследования посвящались изучению влияния природных и преформированных лечебных физических факторов на детский организм при различных заболеваниях. Исследования проводились не только на базе клиники, но и в республиканских детских санаториях – санаторий «Смена» (Кисловодск), санатории имени Н.К.Крупской и «Салют» (Железноводск), санатории «Юность» и имени М.И.Калинина (Ессентуки), санаторий «Горячий Ключ» (Пятигорск) и др., что позволяло успешно проводить научно-практические работы совместно с практическими врачами санаториев. Большой вклад в развитие совместной работы с практическим здравоохранением внесли научные руководители детской клиники профессора, доктора медицинских наук Шухова Е.В., Бабина Л.М., доктора мед.наук Тихомирова К.С., Смирян И.А., Шляпак Е.А., Степаненко В.М., Шведунова Л.Н., канд. мед. наук Чалая Е.Н. и др.

В детской клинике проводилось восстановительное лечение утяжеленного контингента больных с такой неврологической патологией, как детские церебральные параличи, невральная амиотрофия Шарко-Мари, Ландузи-Дежерина, начальные проявления миопатии Эрба, врожденные доброкачественные миопатии, коллагенозы, которых практически не принимали на лечение ни на одном курорте. В результате были разработаны показания и противопоказания к направлению на курортное лечение, методы комплексного бальнеогрязелечения детей с различными прогрессирующими нервно-мышечными дистрофиями (Бабина Л.М., Борисенко Н.Д., Зайцев А.Е., Овнаниян А.А.) и с последствиями родовых травм (Агранович О.В., Оганян Г.Р., Стародубцев А.А., Беседин С.Г., Котляров В.В., Пономарева С.О., Вартанова А.Г., Гурова Н.Ю., Цветков В.А.).

В последующие годы научными сотрудниками неврологического отделения (Бабина Л.М., Кривобоков В.Н., Котляров В.В., Корянова М.М., Мингалева Е.П., Краслянская Г.В., Борисенко А.М.) разрабатывались методы лечения больных с детским церебральным параличом и другими последствиями перинатальной энцефалопатии. При этой весьма сложной и тяжелой патологии были апробированы различные лечебные природные факторы, а также их сочетания. Установлено,

что основой оптимального лечебного комплекса для этих больных являются углекисло-сероводородные или радоновые ванны, грязевые аппликации, занятия лечебной физкультурой и массаж (по индивидуальной методике), кинезиотерапия и занятия с логопедом. Установлена целесообразность назначения бальнеогрязелечения в чередовании с процедурами аппаратной физиотерапии и в частности с использованием синусоидальных модулированных токов, а также магнитотерапии. Было доказано, что предложенные методы лечения позволяют снизить мышечный тонус, улучшить трофику тканей и, как следствие, увеличить объём движений в паретичных конечностях.

В связи с возросшим удельным весом последствий черепно-мозговой травмы, в 1970-80-е годы на повестку дня встала задача разработки дифференцированных методов восстановительной курортной терапии с учётом клинических проявлений и тяжести состояния ребенка. Установлено, что при наличии у этих больных церебральных, более эффективным является назначение в комплексе с радонотерапией процедур импульсной низкочастотной физиотерапии от аппарата «ИНФИТА» с воздействием на лобно-затылочную область. В случае развития у пациентов гипертензионно-гидроцефального синдрома, показана КВЧ-терапия шейно-воротниковой области, а при двигательных расстройствах особенно эффективна битемпоральная УВЧ-терапия (Арзуманова В.В., Иорданова И.И.).

Научными исследованиями доказано, что комплексное санаторно-курортное лечение (СКЛ) с последующей медицинской реабилитацией (МР) по месту жительства, дает возможность снизить инвалидность на 12 % и социально адаптировать от 20 до 50 % детей с заболеваниями неврологического профиля.

В 1995 году вновь пришлось столкнуться с проблемой полиомиелита. Эпидемиологическая ситуация резко обострилась - было зарегистрировано 144 случая заболевания полиомиелитом детей на территории Чечни. Принимая во-внимание имеющийся опыт по восстановительному лечению детей, перенесших полиомиелит, по указанию Минздравмедпрома РФ в период 1995-1996 гг. в условиях детской клиники успешное восстановительное лечение получили все переболевшие полиомиелитом дети из Чеченской Республики.

В период становления и развития организации курортного лечения детей в Пятигорской клинике в СССР еще не существовало упорядоченной системы МР, отсутствовали нормативно-правовые документы, регламентирующие этот вид медицинской помощи. В те годы вместо термина МР использовался термин восстановительное лечение. Однако основные принципы, положенные сейчас в основу современной МР детей соблюдались на определенном уровне и в те годы, да и сам неврологический профиль с инвалидизирующими заболеваниями был прямым показанием для проведения медицинской реабилитации.

В основе оказания медицинской помощи пациентам неврологического профиля, практически с самого начала работы клиники использовался принцип комплексности МР, заключающийся в том, что в процессе восстановительного лечения принимали активное участие врачи разных специальностей (невролог, педиатр, физиотерапевт, ортопед, врач по лечебной физкультуре, психотерапевт, рефлексотерапевт), средние медработники (инструктор-методист и инструктор по ЛФК, массажист), педагоги-воспитатели, музыкальный работник, психологи, логопеды и др. Фактически в лечебно-восстановительном процессе принимала участие большая группа специалистов - прообраз современной мультидисциплинарной реабилитационной команды. Важным было и то обстоятельство, что организацией восстановительного лечения детей занималась высокопрофессиональная группа исследователей, под руководством которых индивидуализировались лечебно-восстановительные программы, тем самым выполнялся еще один важный принцип МР – составление индивидуальной программы МР для реабилитантов.

Соблюдался и другой современный принцип МР - раннее начало проведения реабилитационных мероприятий. По инициативе администрации и научного руководства клиники (Глухов А.Н., Бабина Л.М.) и института (В.А.Васин) был решен вопрос приема в детские психоневрологические отделения клиники детей в возрасте с 1 года. По приказу Минздрава РФ № 334 от 07.09.2000 г. на базе детской клиники было организовано отделение для детей с родителями. Это был первый в Российской Федерации прецедент снижения возрастного ценза для детей получающих санаторно-курортное лечение. В детские республиканские санатории на лечение принимались дети лишь с 4-х летнего возраста. Решение данного вопроса позволило также разрешить давнюю проблему с проживанием родителей детей-инвалидов, присутствие которых имело важное значение в социально-бытовой адаптации детей-инвалидов, активного участия родителей в лечебно-реабилитационном процессе.

В полной мере выполнялся важный принцип МР - комплексное использование методов и средств реабилитации. Так, в условиях клиники в лечебный комплекс в полном объеме включались все имеющиеся в клинике активные и пассивные средства МР. К пассивным средствам МР относились все методы бальнеотерапии (внутренний прием минеральной воды, минеральные ванны, грязевые аппликации, гидротерапия (души), ингаляции), преформированные физические факторы (электротерапия, магнитотерапия, светолечение), массаж, иглорефлексотерапия, ортезирование. Из активных средств МР использовались: механотерапия, лечебная физкультура, в т.ч. в плавательном бассейне, трудотерапия (эрготерапия), логопедические занятия. Широко использовались методы психической реабилитации (психотерапия, музыкотерапия и хореография, ландшафтотерапия, арттерапия (рисование, лепка), эрготерапия (трудотерапия), анимационные мероприятия и др.

Соблюдался также принцип этапности, непрерывности и преемственности МР. Будучи инвалидами детства, дети имели возможность многократного лечения в условиях детской клиники, что обеспечивало непрерывность и последовательность выполнения лечебно-восстановительных мероприятий, осуществление контроля за выполнением рекомендаций по месту жительства и проведение мониторинга эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

Существенный научно-практический вклад был сделан в разработку принципа контроля эффективности МР. Обширный исследовательский материал по изучению непосредственных и отдаленных результатов восстановительного лечения был положен в основу методического письма «Критерии эффективности санаторно-курортного лечения детей» (1966 г.), а затем - методических рекомендаций «Критерии эффективности санаторно-курортного лечения детей с использованием балльной оценки» (1989), подготовленных в соавторстве с ведущими профильными НИИ и утвержденных Минздравом СССР.

К числу последних достижений в области курортных инноваций в педиатрии относится разработка на базе психоневрологического отделения Пятигорской клиники ФФГБУ СКФНКЦ ФМБА России лечебно-реабилитационной программы комплексного применения радоновых, углекисло-сероводородных, бишофитных ванн, грязевых аппликаций, бегущего реверсивного магнитного поля с приставкой «Цветоритм», ЛФК и массажа у детей с церебральными параличами. Применение лечебно-реабилитационной технологии способствует не только положительной динамике клинической симптоматики, электрофизиологических показателей, но и нормализации функций коры полушарий мозга, уменьшению когнитивного дефицита.

За полвека существования, в детской клинике накоплен уникальный исследовательский опыт, а полученные результаты исследований стали ценным вкладом в российскую и мировую детскую курортологию. Многие научно-практические разработки используются на 2 и 3 этапах медицинской реабилитации детей.

Важнейший раздел курортной педиатрии связан с именами основоположников детской курортной неврологии на Кавказских Минеральных Водах - основателя детской клиники и ее первого научного руководителя (1958-1997), доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача РСФСР Шуховой Елены Владимировны (1918-2008) и научного руководителя клиники (1998-2015), доктора медицинских наук, профессора Бабиной Лилии Михайловны (1933-2015). Многогранная деятельность этих выдающихся ученых, практиков и педагогов была посвящена вопросам курортного лечения и реабилитации больных с тяжелейшими инвалидизирующими заболеваниями детского и подросткового возраста неврологического профиля – последствиями нейроинфекций, нервно-мышечными заболеваниями, последствиями черепно-мозговых травм и перинатального поражения центральной нервной системы и других заболеваний. Именно они стояли у истоков медицинской реабилитации детей на курортах Кавказских Минеральных Вод.

Конфликт интересов: авторы подтверждают отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. О разработке программ и новых медицинских технологий санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации в ФГБУ СКФНКЦ ФМБА России / Г. Н. Тер-Акопов, Н. В. Ефименко, А. Н. Глухов, А. С. Кайсинова // Курортная медицина. 2022. № 1. С. 5-14. https://doi.org/10.51871/2304-0343_2022_1_5. [Ter-Akopov G, Efimenko N, Gluhov A, Kajsinova A.

About the development of programs and medical technologies of sanatorium treatment and medical rehabilitation in FSBI NCFSCC FMBA of Russia. *Kurortnaya medicina*. 2022;1:5-14. (in Russ.) https://doi.org/10.51871/2304-0343_2022_1_5.

2. Итоги научных исследований в курортной педиатрии на Кавказских Минеральных Водах / Г. Н. Тер-Акопов, Н. В. Ефименко, Е. Н. Чалая, А. С. Кайсинова // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2021. Т. 98. № 3-2. С. 190-191. <https://doi.org/10.17116/kurort20219803221>. [Ter-Akopov G, Efimenko N, CHalaya E, Kajsinova A. The results of scientific research in resort pediatrics at the Caucasian Mineralnye Vody. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizicheskoy kul'tury*. 2021;98(3-2):190-191. (in Russ.)] <https://doi.org/10.17116/kurort20219803221>.

3. Изобретательская деятельность педиатрической группы Пятигорского научно-исследовательского института курортологии / Л. Н. Шведунова, Н. В. Ефименко, А. С. Кайсинова, А. Н. Глухов, Е. И. Соболева, С. А. Чмыхова, И. В. Лобес, Н. Г. Максимова // Курортная медицина. 2020. № 3. С. 163-182. [SHvedunova L, Efimenko N, Kajsinova A, Gluhov A, Soboleva E, CHmyhova S, Lobes I, Maksimova N. Inventive activity of the pediatric group of pyatigorsk research institute of resort study. *Kurortnaya medicina*. 2020;3:163-182. (in Russ.)]

4. Природные и преформированные лечебные факторы Кавказских Минеральных Вод в комплексном санаторно-курортном лечении и медицинской реабилитации детей с хроническими неинфекционными заболеваниями / Л. Н. Шведунова, Н. В. Ефименко, А. С. Кайсинова, С. В. Демина // Курортная медицина. 2018. № 2. С. 4-9. [SHvedunova L, Efimenko N, Kajsinova A, Demina S. Natural and preformed therapeutic factors of the Caucasian Mineral Waters in the complex sanatorium treatment and medical rehabilitation of children with chronic non-communicable diseases. *Kurortnaya medicina*. 2018;2:4-9. (in Russ.)]

5. Принципы медицинской реабилитации детей с различными заболеваниями на Кавказских Минеральных Водах / Л. Н. Шведунова, Н. В. Ефименко, А. С. Кайсинова, А. Н. Глухов, Е. Н. Чалая // Курортная медицина. 2017. № 2. С. 112-115. [SHvedunova L, Efimenko N, Kajsinova A, Gluhov A, CHalaya E. Principles of medical rehabilitation of children with various diseases in the Caucasian Mineral Water. *Kurortnaya medicina*. 2017;2:112-115. (in Russ.)]

6. Шведунова Л. Н., Чалая Е. Н. Научные этапы курортной педиатрии на Кавказских Минеральных Водах // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2016. Т. 93. №2-2. С. 179-180. [SHvedunova L, CHalaya E. Scientific stages of resort pediatrics at Caucasian Mineralnye Vody. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizicheskoy kul'tury*. 2016;93(2-2):179-180. (in Russ.)]

7. Реабилитация детей с церебральными параличами на Пятигорском курорте / А. М. Борисенко, В. Н. Кривобоков, Л. М. Бабина, Л. А. Черевашченко // Врач-аспирант. 2014. Т. 63. № 2.2. С. 311-318. [Borisenko A, Krivobokov V, Babina L, CHerevashchenko L. Rehabilitation of children with cerebral palsy at the Pyatigorsk resort. *Vrach-aspirant*. 2014;63(2.2.):311-318. (in Russ.)]

8. Перспективные направления в организации санаторно-курортной помощи детям и подросткам / Н. В.Ефименко, Л. М. Бабина, А. Н. Глухов, Л. Н. Шведунова, Е.Н. Чалая // Актуальные вопросы курортной науки: прошлое, настоящее и будущее: матер. юбил. науч.-практ. конф. Пятигорск, 2013. С. 218-220. [Efimenko N, Babina L, Gluhov A, SHvedunova L, CHalaya E. Promising directions in the organization of health resort care for children and adolescents. Conference proceedings. *Aktual'nye voprosy kurortnoj nauki: proshloe, nastoyashchee i budushchee*. Pyatigorsk, 2013. (in Russ.)]

9. Курортная педиатрия сегодня / Л. Н. Шведунова, Л. М. Бабина, А. А. Зайцев, В. Д. Остапишин // Курортная медицина. 2012. № 2. С. 4-12. [SHvedunova L, Babina L, Zajcev A, Ostapishin V. Resort pediatrics today. 2012;2:4-12. (in Russ.)]

10. Список диссертационных работ, выполненных и защищенных в ФГБУ ПГНИИК ФМБА России за период с 1938 по 2021 гг. [Электронный ресурс] URL: <http://gniik.ru/index.php/dissert-sovet/spisok-rabot> (ссылка активна на: 01.07.2022) [Spisok dissertacionnyh rabot, vypolnennyh i zashchishchennyh v FGBU PGNIİK FMBA Rossii za period s 1938 po 2021 gg. (in Russ.)] <http://gniik.ru/index.php/dissert-sovet/spisok-rabot>

11. Шухова Е.В. Здоровье – детям. К 40-летию организации лечения детей в Пятигорском научно-исследовательском институте курортологии и физиотерапии (1958-1998 г.г.). Рукопись. 17.10.1998 г. 83 с. [SHuhova E.V. Zdorov'e – detyam. K 40-letiyu organizacii lecheniya detej v Pyatigorskem nauchno-issledovatel'skom institute kurortologii i fizioterapii (1958-1998 g.g.). *Rukopis'*. 17.10.1998. (in Russ.)]

ПОВТОРНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ г. МОСКВЫ ЗА ПЕРИОД 2015-2021 гг.

Самусенко А.Г.¹, Запарий С.П.¹, Охлопков В.А.²

¹ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве Минтруда России

²Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии
Москва, Россия

Аннотация

Введение. Анализ повторной инвалидности вследствие болезни Паркинсона среди населения г. Москвы за 2015-2021 гг. показал, что контингент лиц, повторно признанных инвалидами за представленный период имел тенденцию к уменьшению от 4701 до 4020 за 2015-2019 гг, в последующем отмечалась тенденция к увеличению до 7173 в 2021 году, что связано с пролонгацией инвалидности сроком на 6 месяцев в 2020-2021 гг. согласно «Временного порядка признания лица инвалидом», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 16.10.2020 № 1697» вследствие с пандемией новой коронавирусной инфекции Covid 19. В динамике отмечалось уменьшение удельного веса инвалидов вследствие болезни Паркинсона в структуре ППИ по классу болезней нервной системы, их доля в среднем составляла 11,8% с уровнем инвалидности $0,55 \pm 0,02$ на 10 тысяч взрослого населения. В структуре ППИ преобладали инвалиды III группы с тенденцией увеличения их удельного веса, в среднем составлял 56,7% и уровнем $0,30$ на 10 тысяч взрослого населения. Преобладали инвалиды старше трудоспособного возраста – 81,7% с тенденцией увеличения их удельного веса с уровнем равным $1,38$ на 10 тысяч взрослого населения. В гендерной структуре отмечено преобладание мужчин - $53,9$ с тенденцией увеличения их доли и уровня повторной инвалидности. Среди женщин отмечалась тенденция уменьшения их удельного веса и уровня.

Болезнь Паркинсона (БП) является второй по распространенности нейродегенеративных заболеваний после болезни Альцгеймера [1,2]. За четверть века увеличилась распространенность таких заболеваний, как болезнь Паркинсона на 19,7% [4,7]. Инвалидность является одним из важнейших показателей оценки общественного здоровья и в масштабах государства представляет важнейшую проблему [9]. Болезнь Паркинсона приводит к ограничению жизнедеятельности и является одним из критериев инвалидности лиц в основном старше трудоспособного возраста с учетом увеличивающейся продолжительности жизни. [3,5,6,8]. Одним из приоритетных проблем инвалидности данного контингента инвалидов является совершенствование системы реабилитации. [7]. Для разработки эффективных методов медико-социальной реабилитации важное значения имеет изучение закономерностей формирования инвалидности [8,9].

Цель. Изучение особенностей и динамики показателей повторной инвалидности вследствие болезни Паркинсона населения г. Москвы.

Материалы и методы. Исследование сплошное. Объем исследования: контингент лиц из числа взрослого населения г. Москвы повторно признанных инвалидов вследствие болезни Паркинсона в бюро МСЭ ФКУ ГБ МСЭ по г. Москве». Источники информации: электронная база данных ЕАВИИАС МСЭ. Период исследования: 2015-2021 гг. Методы исследования: выкопировка сведений, описательная статистика (абсолютные и относительные интенсивные, экстенсивные показатели), аналитический анализ, статистическая достоверность результатов интенсивных показателей определяется с помощью вычисления критерий статистического значения (+), уровень доверия (P) и ошибки (p). Разность считается достоверной при ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. Болезнь Паркинсона в структуре повторной инвалидности по классу болезней нервной системы в динамике имела тенденцию к увеличению от 12,5% до 13,5% за 2015-2019 гг, в последующем отмечалась тенденция к уменьшению до 8,8% в 2021 году, что связано с пролонгацией инвалидности сроком на 6 месяцев в 2020-2021 гг. согласно «Временного порядка признания лица инвалидом», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 16.10.2020 № 1697» вследствие с пандемией новой коронавирусной инфекции Covid 19. В среднем за период изучения составлял 11,8%. Общее число ППИ составляло 4063 человек, в среднем 580 человек в год. Уровень повторной инвалидности варьировал от $0,51 \pm 0,02$ до $0,59 \pm 0,02$, в среднем

составлял $0,55 \pm 0,02$ на 10 тысяч взрослого населения. (таблица 1).

Изучение структуры контингента ППИ вследствие болезни Паркинсона в г. Москве по тяжести инвалидности выявило преобладание инвалидов III группы. Динамика их удельного веса характеризовалась тенденцией к увеличению от 44,0% до 68,2%, в среднем составляла 56,7%. Абсолютное их число составляло 2261 человек, в среднем за год 323 человека. Уровень повторной инвалидности III группы варьировал от 0,25 до 0,30 на 10 тысяч взрослого населения 2015-2017гг с незначительным снижением до 0,27 в 2018 году с последующим ростом до 0,40 в 2021 году, в среднем интенсивный показатель повторной инвалидности III группы составлял 0,30 (таблица 2). Второе ранговое место занимали инвалиды II группы - среднемноголетний их удельный вес составлял 29,1%, в динамике отмечалось его уменьшение от 35,2% в 2015 году до 21,5% в 2021 году. Абсолютное число ППИ II группы составляло 1185 человек, в среднем 169 человек в год. Уровень повторной инвалидности II группы характеризовался тенденцией снижения от 0,20 до 0,13%, в среднем составлял $0,16 \pm 0,03$ на 10 тысяч населения соответствующего возраста. Удельный вес инвалидов I группы наименьший, в среднем за период составлял в динамике со снижением от 20,8% до 10,3%. Абсолютное их число составляло 617 человек, в среднем за год 88 человек. Уровень повторной инвалидности I группы также характеризовался тенденцией снижения от 0,12 до 0,05, в среднем составляла 0,08 на 10 тысяч населения соответствующего возраста, что значительно ниже интенсивного показателя инвалидности II-III группы. ($p < 0,05$). В возрастной структуре ППИ вследствие болезни Паркинсона преобладали инвалиды старше трудоспособного возраста. Их удельный вес в динамике имел тенденцию к увлечению от 77,5% в 2015 году до 81,7% в 2021 году, в среднем составлял 79,5%. Абсолютное число составляло 3230 человек, в среднем 461 человека в год. Уровень повторной инвалидности среди лиц старше трудоспособного возраста варьировал в границах 1,22-1,49, в среднем составлял 1,38 на 10 тысяч соответствующего населения. Доля инвалидов трудоспособного возраста в динамике имела тенденцию к уменьшению от 22,5% до 18,3%, в среднем составляла 20,5%. Уровень повторной инвалидности данного контингента инвалидов уменьшался в динамике от 0,18 до 0,15 в среднем составлял 0,16 на 10 тысяч населения соответствующего возраста, что значительно ниже интенсивного показателя повторной инвалидности среди старше трудоспособного возраста ($p < 0,05$). (таблица 3).

В гендерной структуре контингента ППИ вследствие болезни Паркинсона преобладали мужчины (таблица 4). В динамике их удельный вес имел тенденцию к росту от 49,6% до 56,7, в среднем составлял 53,9%. Абсолютное их число составляло за 2015-2021гг. от 2150 человек, в среднем 307 человек в год. Уровень повторной инвалидности среди мужчин составлял $0,64 \pm 0,03$ на 10 тысяч населения соответствующего возраста. Абсолютное число ППИ женщин составляло 1913 человек, в среднем 273 человек в год. Их удельный вес имел тенденцию к уменьшению от 50,4% до 43,3%, в среднем составлял 46,1%. Уровень повторной инвалидности вследствие Паркинсона среди женщин варьировал от $0,40 \pm 0,03$ до $0,51 \pm 0,03$, в среднем составлял $0,47 \pm 0,03$ на 10 тысяч населения соответствующего возраста. (таблица 4)

Заключение. Анализ повторной инвалидности вследствие болезни Паркинсона среди населения г. Москвы за 2015-2021гг. показал, что:

1. Контингент лиц, повторно признанных инвалидами за представленный период имел тенденцию к уменьшению от 4701 до 4020 за 2015-2019гг, в последующем отмечалась тенденция к увеличению до 7173 в 2021 году, что связано с пролонгацией инвалидности сроком на 6 месяцев в 2020-2021 гг. согласно «Временного порядка признания лица инвалидом», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 16.10.2020 № 1697» вследствие с пандемией новой короновирусной инфекции Covid 19;

2. В динамике отмечалось уменьшение удельного веса инвалидов вследствие болезни Паркинсона в структуре ППИ по классу болезней нервной системы, их доля в среднем составляла 11,8% с уровнем инвалидности $0,55 \pm 0,02$ на 10 тысяч взрослого населения;

3. В структуре ППИ преобладали инвалиды III группы с тенденцией увеличения их удельного веса, в среднем составлял 56,7% и уровнем 0,30 на 10 тысяч взрослого населения;

4. Преобладали инвалиды старше трудоспособного возраста – 81,7% с тенденцией увеличения их удельного веса с уровнем равным 1,38 на 10 тысяч взрослого населения;

5. В гендерной структуре отмечено преобладание мужчин - 53,9 с тенденцией увеличения их доли и уровня повторной инвалидности. Среди женщин отмечалась тенденция уменьшения их удельного веса и уровня.

Ключевые слова: инвалидность, группы инвалидности, возрастные категории,

интенсивный и экстенсивный показатель, сравнительный анализ болезней Паркинсона.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Самусенко А.Г., Руководитель бюро № 94 – филиал ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве» Минтруда России, 125040, г. Москва, Россия; Ленинградский пр-т д. 13 кор 1 (Agsamusenko@yandex.ru). <https://orcid.org/0000-0002-9646-1092>

Запарий Сергей Петрович, Руководитель —главный эксперт по медико-социальной экспертизе, врач по медико-социальной экспертизе, по "Организации здравоохранения и общественного здоровья" высшей категории. Доктор медицинских наук. ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве Минтруда России 125040, г. Москва, ул. Ленинградский проспект, д. 13, стр. 1

Охлопков Виталий Александрович— ректор Института высшего и дополнительного образования Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный научно-клинический Центр реаниматологии и реабилитологии», доктор медицинских наук, профессор. 107031, г. Москва, ул. Петровка, д. 25, стр.2. fnkcrf@fnkcrf.ru.

Вклад авторов: Авторы равномерно принимали участие в разработке дизайна исследования, сборе данных, анализе и написании статьи.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объектов исследований.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

REPEATED DISABILITY DUE TO PARKINSON'S DISEASE AMONG THE POPULATION OF MOSCOW FOR THE PERIOD 2015-2021

Samusenko A.G.¹, Zapary S.P.¹, Okhlopov V.A.²

¹FKU "The Main Bureau of Medical and Social Examination for Moscow, Russian Ministry of Labor

²Federal Scientific and Clinical Center for Resuscitation and Reabitolgy
Moscow, Russia

Abstract

Background. Analysis of repeated disability due to Parkinson's disease among the population of Moscow for 2015-2021. showed that the contingent of persons re-recognized as disabled for the submitted period had a tendency to decrease from 4701 to 4020 for 2015-2019, subsequently there was a tendency to increase to 7173 in 2021, which is associated with the prolongation of disability for a period of 6 months in 2020-2021. according to the "Temporary procedure for recognizing a person with a disability", approved by the Decree of the Government of the Russian Federation dated 16.10.2020 No. 1697" due to the pandemic of the new coronavirus infection Covid 19. In the dynamics, there was a decrease in the proportion of people with disabilities due to Parkinson's disease in the structure of the PIP by the class of diseases of the nervous system, their share on average was 11.8% with a disability level of 0.55 ± 0.02 per 10 thousand adults. The structure of the PIP was dominated by disabled people of group III with a tendency to increase their specific weight, an average of 56.7% and a level of 0.30 per 10 thousand adult population. Preobla .

Parkinson's disease (PD) is the second most common neurodegenerative disease after Alzheimer's disease [1,2]. For a quarter of a century, the prevalence of diseases such as Parkinson's disease increased by 19.7% [4,7]. Disability is one of the most important indicators for assessing public health and is a major national issue [9]. Parkinson's disease leads to disability and is one of the criteria for disability of persons mainly older than working age, taking into account the increasing life expectancy. [3,5,6,8]. One of the priority problems of disability of this contingent of persons with disabilities is the improvement of the rehabilitation system. [7]. For the development of effective methods of medical and social rehabilitation, it is important to study the patterns of disability formation [8,9]. Purpose of the study: to study the features and dynamics of indicators of repeated disability due to Parkinson's disease in the population of Moscow .

Materials and methods. The study is continuous. Scope of the study: a contingent of persons from among the adult population of Moscow re-recognized disabled due to Parkinson's disease in the ITU Bureau of the FKU GB ITU in Moscow". Sources of information: ITU EAVIAS electronic database. Research period: 2015-2021 Research methods: copying of information, descriptive statistics (absolute

and relative intensive, extensive indicators), analytical analysis, statistical reliability of the results of intensive indicators is determined by calculating the criterion of statistical value (+), the level of trust (P) and error (p). The difference is considered to be significant at ($p < 0.05$).

Results. Parkinson's disease in the structure of repeated disability by class of diseases of the nervous system in dynamics tended to increase from 12.5% to 13.5% in 2015-2019, subsequently there was a tendency to decrease to 8.8% in 2021, which is associated with the prolongation of disability for a period of 6 months in 2020-2021. according to the "Temporary procedure for recognizing a person with disabilities", approved by the Decree of the Government of the Russian Federation dated 16.10.2020 No. 1697" due to the pandemic of the new coronavirus Covid 19 infections. The average for the study period was 11.8%. The total number of PIPs was 4,063, an average of 580 per year. The rate of recurrent disability ranged from 0.51 ± 0.02 to 0.59 ± 0.02 , averaging 0.55 ± 0.02 per 10,000 adults. (Table 1).

A study of the structure of the PIP contingent due to Parkinson's disease in Moscow in terms of the severity of disability revealed the predominance of disabled people of group III. The dynamics of their specific gravity was characterized by a tendency to increase from 44.0% to 68.2%, on average it was 56.7%. Their absolute number was 2261 people, an average of 323 people per year. The level of recurrent disability of group III ranged from 0.25 to 0.30 per 10 thousand adults in 2015-2017 with a slight decrease to 0.27 in 2018 with a subsequent increase to 0.40 in 2021, the average intensive rate of repeated disability of group III was 0.30 (Table 2). The second rank place was occupied by disabled people of group II - their average long-term share was 29.1%, in dynamics it decreased from 35.2% in 2015 to 21.5% in 2021. The absolute number of PPI group II was 1185 people, an average of 169 people per year. The level of repeated disability of group II was characterized by a downward trend from 0.20 to 0.13%, on average it was 0.16 ± 0.03 per 10 thousand people of the corresponding age. The proportion of disabled persons of the first group is the smallest, on average for the period it was in dynamics with a decrease from 20.8% to 10.3%. Their absolute number was 617 people, an average of 88 people per year. The level of repeated disability of group I was also characterized by a downward trend from 0.12 to 0.05, on average it was 0.08 per 10 thousand people of the corresponding age, which is significantly lower than the intensive disability rate of ii-III groups. ($p < 0,05$). The age structure of PPI due to Parkinson's disease was dominated by people with disabilities older than working age. Their share in the dynamics tended to be enthusiastic from 77.5% in 2015 to 81.7% in 2021, averaging 79.5%. The absolute number was 3230 people, an average of 461 people per year. The level of repeated disability among persons older than working age varied within the range of 1.22-1.49, on average it was 1.38 per 10 thousand of the corresponding population. The share of disabled persons of working age in the dynamics tended to decrease from 22.5% to 18.3%, on average it was 20.5%. The level of repeated disability of this contingent of persons with disabilities decreased in dynamics from 0.18 to 0.15 on average 0.16 per 10 thousand population of the corresponding age, which is significantly lower than the intensive rate of repeated disability among older than working age ($p < 0.05$). (Table 3).

In the gender degree of the PJI contingent, the incidence of Parkinson's disease predominated in men (Table 4). In dynamics, their share tended to grow from 49.6% to 56.7%, averaging 53.9%. Their absolute number was for 2015-2021 from 2150 people, an average of 307 people per year. The level of repeated disability among men was 0.64 ± 0.03 per 10 thousand people of the corresponding age. The absolute number of women's PIPs was 1913, an average of 273 per year. Their share tended to decrease from 50.4% to 43.3%, averaging 46.1%. The rate of repeated disability due to Parkinson's among women ranged from 0.40 ± 0.03 to 0.51 ± 0.03 , an average of 0.47 ± 0.03 per 10 thousand population of the corresponding age. (Table 4)

Conclusion. Analysis of repeated disability due to Parkinson's disease among the population of Moscow for 2015-2021. showed that the contingent of persons re-recognized as disabled for the submitted period had a tendency to decrease from 4701 to 4020 for 2015-2019, subsequently there was a tendency to increase to 7173 in 2021, which is associated with the prolongation of disability for a period of 6 months in 2020-2021. according to the "Temporary procedure for recognizing a person with disabilities", approved by the Decree of the Government of the Russian Federation dated 16.10.2020 No. 1697" due to the pandemic of the new coronavirus infection Covid 19.

In the dynamics, there was a decrease in the proportion of people with disabilities due to Parkinson's disease in the structure of the PIP by the class of diseases of the nervous system, their share on average was 11.8% with a disability level of 0.55 ± 0.02 per 10 thousand adults. The structure of the PIP was dominated by disabled people of group III with a tendency to increase their specific weight, an average of 56.7% and a level of 0.30 per 10 thousand adult population.

Disabled people over working age prevailed - 81.7% with a tendency to increase their share with

a level equal to 1.38 per 10 thousand of the adult population.

In the gender structure, there is a predominance of men - .53.9 with a tendency to increase their proportion and level of repeated disability. Among women, there was a tendency to reduce their proportion and level.

Key words: disability, disability groups, age categories, intensive and extensive indicator, comparative analysis of Parkinson's disease.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Samusenko Anastchia Gennadievna, Head of Bureau No. 94 - Branch of the FKU "Main Bureau of Medical and Social Expertise in Moscow" of the Ministry of Labor of Russia, 125040, Moscow, Russia; Leningradsky pr-t d. 13 kor 1 (Agsamusenko@yandex.ru). <https://orcid.org/0000-0002-9646-1092>

Zapary Sergey Petrovich, Head — Chief Expert in Medical and Social Expertise, Doctor in Medical and Social Expertise, in "Organization of Health and Public Health" of the highest category. Doctor of Medical Sciences. FKU "Main Bureau of Medical and Social Expertise in Moscow of the Ministry of Labor of Russia 125040, Moscow, Leningradsky Prospekt, 13, p. 1

Okhlopkov Vitaly Aleksandrovich – Rector of the Institute of Higher and Additional Education of the Federal State Budgetary Scientific Institution "Federal Scientific and Clinical Center for Resuscitation and Rehabilitation", Doctor of Medical Sciences, Professor. 107031, Moscow, Petrovka str., 25, bld.2. fnkerr@fnkerr.ru.

Contributors: The authors were evenly involved in the design of the study, data collection, analysis, and article writing.

Ethical Statements.

Studies involving animal subjects: This article does not contain any studies using animals as objects.

Studies involving human subjects: This article does not contain any studies involving human subjects.

Inclusion of identifiable data of people: This article does not contain potentially identifiable images or data of people.

Введение. Анализ повторной инвалидности вследствие болезни Паркинсона среди населения г. Москвы за 2015-2021гг. показал, что контингент лиц, повторно признанных инвалидами за представленный период имел тенденцию к уменьшению от 4701 до 4020 за 2015-2019гг, в последующем отмечалась тенденция к увеличению до 7173 в 2021 году, что связано с пролонгацией инвалидности сроком на 6 месяцев в 2020-2021 гг. согласно «Временного порядка признания лица инвалидом», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 16.10.2020 № 1697» вследствие с пандемией новой короновирусной инфекции Covid 19. В динамике отмечалось уменьшение удельного веса инвалидов вследствие болезни Паркинсона в структуре ППИ по классу болезней нервной системы, их доля в среднем составляла 11,8% с уровнем инвалидности $0,55 \pm 0,02$ на 10 тысяч взрослого населения. В структуре ППИ преобладали инвалиды III группы с тенденцией увеличения их удельного веса, в среднем составлял 56,7% и уровнем $0,30$ на 10 тысяч взрослого населения. Преобладали инвалиды старше трудоспособного возраста – 81,7% с тенденцией увеличения их удельного веса с уровнем равным 1,38 на 10 тысяч взрослого населения. В гендерной структуре отмечено преобладание мужчин - .53,9 с тенденцией увеличение их доли и уровня повторной инвалидности. Среди женщин отмечалась тенденция уменьшение их удельного веса и уровня.

Болезнь Паркинсона (БП) является второй по распространенности нейродегенеративных заболеваний после болезни Альцгеймера [1,2]. За четверть века увеличилась распространенность таких заболеваний, как болезнь Паркинсона на 19,7% [4,7]. Инвалидность является одним из важнейших показателей оценки общественного здоровья и в масштабах государства представляет важнейшую проблему (9). Болезнь Паркинсона приводит к ограничению жизнедеятельности и является одним из критериев инвалидности лиц в основном старше трудоспособного возраста с учетом увеличивающейся продолжительности жизни. [3,5,6,8]. Одним из приоритетных проблем инвалидности данного контингента инвалидов является совершенствование системы реабилитации. [7]. Для разработки эффективных методов медико-социальной реабилитации важное значения имеет изучение закономерностей формирования инвалидности [8,9].

Цель. Изучение особенностей и динамики показателей повторной инвалидности вследствие болезни Паркинсона населения г. Москвы.

Материалы и методы. Исследование сплошное. Объем исследования: контингент лиц из числа взрослого населения г. Москвы повторно признанных инвалидов вследствие болезни Паркинсона в бюро МСЭ ФКУ ГБ МСЭ по г. Москве». Источники информации: электронная база данных ЕАВИИАС МСЭ. Период исследования: 2015-2021гг. Методы исследования: выкопировка сведений, описательная статистика (абсолютные и относительные интенсивные, экстенсивные показатели), аналитический анализ, статистическая достоверность результатов интенсивных показателей определяется с помощью вычисления критерий статистического значения (+), уровень доверия (P) и ошибки (p). Разность считается достоверной при (p<0,05).

Результаты. Болезнь Паркинсона в структуре повторной инвалидности по классу болезней нервной системы в динамике имела тенденцию к увеличению от 12,5% до 13,5% за 2015-2019гг, в последующем отмечалась тенденция к уменьшению до 8,8% в 2021 году, что связано с пролонгацией инвалидности сроком на 6 месяцев в 2020-2021 гг. согласно «Временного порядка признания лица инвалидом», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 16.10.2020 № 1697» вследствие с пандемией новой коронавирусной инфекции Covid 19. В среднем за период изучения составлял 11,8%. Общее число ППИ составляло 4063 человек, в среднем 580 человек в год. Уровень повторной инвалидности варьировал от 0,51±0,02 до 0,59 ±0,02, в среднем составлял 0,55±0,02 на 10 тысяч взрослого населения (таблица 1).

Таблица 1 - Структура повторной инвалидности взрослого населения вследствие болезни Паркинсона в классе болезней нервной системы в г. Москве за 2015-2021 гг (абс. ч, %, на 10 тысяч населения, M+m)

Годы	Болезни нервной системы			Болезнь Паркинсона		
	Абс. число	%	уровень	Абс. число	%	уровень
2015	4701	100,0	4,6±0,07	587	12,5	0,56±0,02
2016	4666	100,0	4,5±0,07	587	12,6	0,56±0,02
2017	4572	100,0	4,4±0,07	614	13,4	0,58±0,02
2018	4314	100,0	4,1±0,07	540	12,5	0,51±0,02
2019	4020	100,0	3,8±0,08	541	13,5	0,51±0,02
2020	4992	100,0	4,7±0,07	564	11,3	0,53±0,02
2021	7173	100,0	6,9±0,05	630	8,8	0,59±0,02
Среднее значение	4920	100,0	4,7±0,07	580	11,8	0,55±0,02

Изучение структуры контингента ППИ вследствие болезни Паркинсона в г. Москве по тяжести инвалидности выявило преобладание инвалидов III группы. Динамика их удельного веса характеризовалась тенденцией к увеличению от 44,0% до 68,2%, в среднем составляла 56,7%. Абсолютное их число составляло 2261 человек, в среднем за год 323 человека. Уровень повторной инвалидности III группы варьировал от 0,25 до 0,30 на 10 тысяч взрослого населения 2015-2017гг с незначительным снижением до 0,27 в 2018 году с последующим ростом до 0,40 в 2021 году, в среднем интенсивный показатель повторной инвалидности III группы составлял 0,30 (таблица 2). Второе ранговое место занимали инвалиды II группы- среднестаршеулышней их удельный вес составлял 29,1%, в динамике отмечалось его уменьшение от 35,2% в 2015 году до 21,5% в 2021 году. Абсолютное число ППИ II группы составляло 1185 человек, в среднем 169 человек в год. Уровень повторной инвалидности II группы характеризовался тенденцией снижения от 0,20 до 0,13%, в среднем составлял 0,16±0,03 на 10 тысяч населения соответствующего возраста. Удельный вес инвалидов I группы наименьший, в среднем за период составлял в динамике со снижением от 20,8% до 10,3%. Абсолютное их число составляло 617 человек, в среднем за год 88 человек. Уровень повторной инвалидности I группы также характеризовался тенденцией снижения от 0,12 до 0,05, в среднем составляла 0,08 на 10 тысяч населения соответствующего возраста, что значительно ниже интенсивного показателя инвалидности II-III группы. (p<0,05). В возрастной структуре ППИ вследствие болезни Паркинсона преобладали инвалиды старшего трудоспособного возраста. Их удельный вес в динамике имел тенденцию к увлечению от 77,5% в 2015 году до 81,7% в 2021 году, в среднем составлял 79,5%. Абсолютное число составляло 3230 человек, в среднем 461 человека в год. Уровень повторной инвалидности среди лиц старшего трудоспособного возраста варьировал в границах 1,22-1,49, в среднем составлял 1,38 на 10 тысяч соответствующего населения. Доля инвалидов трудоспособного возраста в динамике имела

тенденцию к уменьшению от 22,5% до 18,3%, в среднем составляла 20,5%. Уровень повторной инвалидности данного контингента инвалидов уменьшался в динамике от 0,18 до 0,15 в среднем составлял 0,16 на 10 тысяч населения соответствующего возраста, что значительно ниже интенсивного показателя повторной инвалидности среди старше трудоспособного возраста ($p < 0,05$) (таблица 3).

Таблица 2 - Структура контингента ППИ вследствие болезни Паркинсона среди взрослого населения г. Москвы с учетом тяжести инвалидности за период 2015-2021 гг. (абс. ч, %, на 10 тысяч населения)

Группы инвалидности		Годы							
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Среднее значение
I группа	Абс. число	122	108	96	80	91	55	65	88
	%	20,8	18,4	15,6	14,8	16,8	9,8	10,3	11,2
	уровень	0,12	0,10	0,09	0,08	0,09	0,05	0,06	0,08
II группа	Абс. число	207	186	203	169	148	136	136	169
	%	35,2	31,7	33,0	31,3	27,2	24,1	21,5	29,1
	уровень	0,20	0,18	0,19	0,16	0,14	0,13	0,13	0,16
III группа	Абс. число	258	293	315	291	302	373	429	323
	%	44,0	49,9	51,4	53,9	56,0	66,1	68,2	56,7
	уровень	0,25	0,28	0,30	0,27	0,28	0,35	0,40	0,30

Таблица 3 - Структура повторно признанных инвалидов взрослого населения вследствие болезни Паркинсона с учетом возрастных категорий за период 2015-2021 гг. (абс. ч, %, на 10 тысяч населения)

Возрастные категории		Годы							
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Среднее значение
Трудоспособный	Абс. число	132	124	132	105	113	112	115	119
	%	22,5	21,1	21,5	19,4	20,9	19,9	18,3	20,5
	уровень	0,18	0,17	0,18	0,15	0,16	0,15	0,16	0,16
Старше трудоспособный	Абс. число	455	463	482	435	428	452	515	461
	%	77,5	78,9	78,5	80,6	79,1	80,1	81,7	79,5
	уровень	1,46	1,43	1,46	1,28	1,22	1,32	1,49	1,38

В гендерной структуре контингента ППИ вследствие болезни Паркинсона преобладали мужчины. В динамике их удельный вес имел тенденцию к росту от 49,6% до 56,7, в среднем составлял 53,9%. Абсолютное их число составляло за 2015-2021 гг. от 2150 человек, в среднем 307 человек в год. Уровень повторной инвалидности среди мужчин составлял $0,64 \pm 0,03$ на 10 тысяч населения соответствующего возраста. Абсолютное число ППИ женщин составляло 1913 человек, в среднем 273 человек в год. Их удельный вес имел тенденцию к уменьшению от 50,4% до 43,3%, в среднем составлял 46,1%. Уровень повторной инвалидности вследствие Паркинсона среди женщин варьировал от $0,40 \pm 0,03$ до $0,51 \pm 0,03$, в среднем составлял $0,47 \pm 0,03$ на 10 тысяч населения соответствующего возраста.

Заключение. Анализ повторной инвалидности вследствие болезни Паркинсона среди населения г. Москвы за 2015-2021гг. показал, что контингент лиц, повторно признанных инвалидами за представленный период имел тенденцию к уменьшению от 4701 до 4020 за 2015-2019гг, в последующем отмечалась тенденция к увеличению до 7173 в 2021 году, что связано с пролонгацией инвалидности сроком на 6 месяцев в 2020-2021 гг. согласно «Временного порядка признания лица инвалидом», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 16.10.2020 № 1697» вследствие с пандемией новой короновирусной инфекции Covid 19.

В динамике отмечалось уменьшение удельного веса инвалидов вследствие болезни

Паркинсона в структуре ППИ по классу болезней нервной системы, их доля в среднем составляла 11,8% с уровнем инвалидности 0,55±0,02 на 10 тысяч взрослого населения.

В структуре ППИ преобладали инвалиды III группы с тенденцией увеличения их удельного веса, в среднем составлял 56,7% и уровнем 0,30 на 10 тысяч взрослого населения.

Преобладали инвалиды старше трудоспособного возраста – 81,7% с тенденцией увеличения их удельного веса с уровнем равным 1,38 на 10 тысяч взрослого населения.

В гендерной структуре отмечено преобладание мужчин - 53,9 с тенденцией увеличения их доли и уровня повторной инвалидности. Среди женщин отмечалась тенденция уменьшения их удельного веса и уровня.

Ключевые слова: инвалидность, группы инвалидности, возрастные категории, интенсивный и экстенсивный показатель, сравнительный анализ болезней Паркинсона.

Источник финансирования: исследование не имело спонсорской поддержки.

Funding: The study was not sponsored

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors state that there is no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Левин О.С. Клиническая эпидемиология болезней Паркинсона// Экстрапирамидные расстройства: вчера, сегодня, завтра – М., 2013 – с. 41-52

2. Белозерцева И.И., Помников В.Г. Болезнь Паркинсона и вопросы медико-социальной экспертизы. // Сборник тезисов конгресса с международным участием - СПб., 2017 - с.37-39

3. Сапронова, М.Р. Эпидемиологические и клинико-генетические характеристики болезни Паркинсона / М.Р. Сапронова // Неврология, психиатрия, психосоматика. – 2014. – № 4. – С. 59–64.

4. Раздорская, В.В. Болезнь Паркинсона в России: распространенность и заболеваемость (обзор) / В.В. Раздорская, О.Н. Воскресенская, Г.К. Юдина // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2016. – Т. 12, № 3. – С. 379–384

5. Медико-социальная экспертиза на современном этапе: проблемы, пути решения/ С.Н. Пузин, Т.Ю. Быковская, С.С. Меметов [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2018.– № 1. – С. 7-12.

6. Бегун, Д.Н. Болезни нервной системы как медико-социальные проблемы // Д.Н. Бегун, Т.Н. Морозова, А.В. Сурикова // Молодой ученый. – 2019. – № 10(248). – С. 78-90.

7. Аспекты реабилитации инвалидов пожилого возраста в Российской Федерации / С.Н. Пузин, М.А. Шургая, М.А. Шкурко [и др.]//Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2016. – Т. 9, № 3. – С. 116-122.

8. Дымочка, М.А. Показатели инвалидности и реабилитации населения в Российской Федерации в динамике за 2012-2014 гг. / М.А. Дымочка, Л.П. Гришина, З.М. Волкова // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2015. – № 2. – С. 98-119.

9. Болезни Паркинсона и расстройства движений (с международным участием): руководство для врачей /под редакцией С.Н. Иллариошкина, О.С. Левина М. 2017. 381

REFERENCES

1) Levin O.S. Clinical epidemiology of Parkinson's disease // Extrapyramidal disorders: yesterday, today, tomorrow – M., 2013 – p. 41-52.

2) Belozertseva I.I., Pomnikov V.G. Parkinson's disease and issues of medical and social expertise. Collection of theses of the Congress with international participation - St. Petersburg, 2017 - p.37-39

3) Saproнова, M.R. Epidemiological and clinical-genetic characteristics of Parkinson's disease / M.R. Saproнова // Neurology, psychiatry, psychosomatics. – 2014. – № 4. pp. 59–64.

4) Razdorskaya, V.V. Parkinson's disease in Russia: prevalence and morbidity (review) / V.V. Razdorskaya, O.N. Voskresenskaya, G.K. Yudina // Saratov scientific and medical journal. – 2016. – Vol. 12, No. 3. – P. 379–384

5) Medico-social expertise at the present stage: problems, ways of solution / S.N. Puzin, T.Y. Bykovskaya, S.S. Memetov [et al.] // Vestnik Vserossiiskogo sotsial'nogo sotsial'nosti proizvodstva po mediko-sotsial'noi expertise, rehabilitsii i rehabilitatsionnogo industriya. – 2018.– № 1. – С. 7-12.

- 6) Begun, D.N. Diseases of the nervous system as medico-social problems // D.N. Begun, T.N. Morozova, A.V. Surikova // *Molodoi nauchebnyi*. – 2019. – № 10(248). – S. 78-90.
- 7) Aspects of rehabilitation of the elderly disabled in the Russian Federation / S.N. Puzin, M.A. Shurgaia, M.A. Shkurko [et al.] *Medical and social expertise and rehabilitation*. – 2016. – Vol. 9, No. 3. – S. 116-122.
- 8) Dymochka, M.A. Indicators of disability and rehabilitation of the population in the Russian Federation in dynamics for 2012-2014 / M.A. Dymochka, L.P. Grishina, Z.M. Volkova // *Medico-social problems of disability*. – 2015. – № 2. – S. 98-119.
- 9) Parkinson's disease and movement disorders (with international participation): a guide for doctors / edited by S.N. Illarioshkin, O.S. Levin M. 2017. 381

УДК

СИНДРОМ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

Дудченко Л.Ш.¹, Кожемяченко Е.Н.¹, Соловьева Е.А.¹, Андреева Г.Н.¹,
Гришин М.М.², Жукова Н.В.³

¹ГБУЗ РК «Академический научно-исследовательский институт физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Республики Крымг. Ялта, Россия

²Обособленное структурное подразделение «Белогорская туберкулезная больница» Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Крымского республиканского клинического центра фтизиатрии и пульмонологии», Республика Крым Белогорский район, с. Криничное, ул. Ласточкино гнездо, 2.

³Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»

Аннотация

Цель исследования: проанализировать функциональное состояние органов дыхания у больных после новой коронавирусной инфекции, осложненной поражением легких и обосновать расширение возможностей этапа реабилитации.

Материал и методы исследования. Проведено исследование функции внешнего дыхания больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию с поражением легких и сохраняющимся синдромом дыхательной недостаточности. Исследование проводилось на аппарате QuarkPFT (Италия) и включало спирометрию и диффузионную способность легких.

Результаты и обсуждение. Поражение легких при COVID-19 у пациентов составило от 25 до 90%. Период после выписки из стационара был от нескольких дней до 6 месяцев. В результате проведенного функционального обследования выявлены вентиляционные нарушения по смешанному типу. Более выраженные нарушения обнаружены в диффузионной способности легких. Обосновано мониторирование функции внешнего дыхания у больных с сохраняющийся дыхательной недостаточности. В программы реабилитации целесообразно включать методики, способствующие восстановлению легочной ткани и препятствующие развитию необратимых изменений. Одним из таких методов может быть рассмотрен препарат сурфактанта в ингаляциях.

Ключевые слова: COVID-19, диффузионная способность легких, ингаляции сурфактанта.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Дудченко Лейла Шамилевна –доктор медицинских наук, заведующая научно-исследовательским отделом пульмонологии ГБУЗРК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова», 298603, Российская Федерация, Республика Крым, г. Ялта, ул. Мухина 10/3, эл. почта: vistur@mail.ru, ORCID: orcid.org/0000-0002-1506-4758.

Кожемяченко Елена Николаевна – научный сотрудник научно-исследовательского отдела пульмонологии ГБУЗРК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской

климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова», 298603, Российская Федерация, Республика Крым, г. Ялта, ул. Мухина 10/3, эл. почта: lenakozhem@mail.ru.

Соловьёва Елена Александровна – научный сотрудник научно-исследовательского отдела пульмонологии ГБУЗРК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова», 298603, Российская Федерация, Республика Крым, г. Ялта, ул. Мухина 10/3, эл. почта: elenasolovjova0507@gmail.com. ORCID: orcid.org/0000-0001-7882-8885.

Андреева Галина Николаевна – научный сотрудник научно-исследовательского отдела пульмонологии ГБУЗРК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова», 298603, Российская Федерация, Республика Крым, г. Ялта, ул. Мухина 10/3, эл. почта: galinaandreeva2901@internet.ru.

Гришин Михаил Михайлович – заведующий обособленного структурного подразделения «Белогорская туберкулезная больница» ГБУЗ РК «Крымского республиканского клинического центра фтизиатрии и пульмонологии», Республика Крым Белогорский район, с. Криничное, ул. Ласточкино гнездо, 2, grishin_mm@mail.ru

Жукова Наталья Валериевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики Медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», 295051, Российская Федерация, Республика Крым, г. Симферополь, бульвар Ленина, 5/7., e-mail: nzhukova1975@gmail.com, ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3994-5784>

Вклад авторов: Авторы равномерно принимали участие в разработке дизайна исследования, сборе данных, анализе и написании статьи.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Исследование проводилось в соответствии с принципами Хельсинкской декларации ВМА

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

RESPIRATORY INSUFFICIENCY SYNDROME AFTER A NEW CORONAVIRUS INFECTION COMPLICATED BY LUNG DAMAGE

Dudchenko L.Sh.¹, Kozhemyachenko E.N.¹, Solovyova E.A.¹, Andreeva G.N.¹, Grishin M.M.², Zhukova N.V.³

¹GBUZ RK " Sechenov Academic Research Institute of Physical Methods of Treatment, Medical Climatology and Rehabilitation " of the Ministry of Health of the Republic of Crimea. Yalta, Russia

²Separate structural subdivision "Belogorsk Tuberculosis Hospital" State Budgetary Institution of Healthcare of the Republic of Crimea "Crimean Republican Clinical Center for Phthisiology and Pulmonology", Republic of Crimea Belogorsk district, s. Krinichnoe.

³Georgievsky Medical Academy of Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Vernadsky Crimean Federal University"

Abstract

The aim: analyze the functional state of the respiratory organs in patients after a new coronavirus infection complicated by lung damage and justify the expansion of the possibilities of the rehabilitation stage.

Material and research methods. A study was conducted on the function of external breathing of patients who have undergone a new coronavirus infection with lung damage and persistent respiratory failure syndrome. The study was conducted on a QuarkPFT machine (Italy) and included spirometry and diffusivity of the lungs.

Results and conclusion. Lung damage in COVID-19 in patients ranged from 25 to 90%. The period after hospital discharge was from several days to 6 months. As a result of the functional examination, ventilation disorders of a mixed type were identified. More pronounced disorders were found in the diffusion capacity of the lungs. Monitoring of respiratory function in patients with persistent respiratory failure is justified. It is advisable to include methods in rehabilitation programs that

contribute to the restoration of lung tissue and prevent the development of irreversible changes. One of these methods can be considered the drug surfactant in inhalations.

Key words: COVID-19, pulmonary diffusion capacity, surfactant inhalation.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Dudchenko Leyla Shamilevna - Doctor of Medical Sciences, Head of the Research Department of Pulmonology, GBUZ RK " Sechenov Academic Research Institute of Physical Methods of Treatment, Medical Climatology and Rehabilitation " of the Ministry of Health of the Republic of Crimea. Yalta, Russia, 298603, Russian Federation, Republic of Crimea, Yalta, st. Mukhina 10/3, el. mail: vistur@mail.ru, ORCID: orcid.org/0000-0002-1506-4758.

Kozhemyachenko Elena Nikolaevna – Researcher of the Research Department of Pulmonology, 1GBUZ RK " Sechenov Academic Research Institute of Physical Methods of Treatment, Medical Climatology and Rehabilitation " of the Ministry of Health of the Republic of Crimea. Yalta, Russia, 298603, Russian Federation, Republic of Crimea, Yalta, st. Mukhina 10/3, el. mail: lenakozhem@mail.ru

Solovyova Elena Aleksandrovna – Researcher of the Research Department of Pulmonology, 1GBUZ RK " Sechenov Academic Research Institute of Physical Methods of Treatment, Medical Climatology and Rehabilitation " of the Ministry of Health of the Republic of Crimea, 298603, Russian Federation, Republic of Crimea, Yalta, st. Mukhina 10/3, el. mail: elenasolovyova0507@gmail.com. ORCID:orcid.org/0000-0001-7882-8885.

Andreeva Galina Nikolaevna - Researcher of the Research Department of Pulmonology, 1GBUZ RK " Sechenov Academic Research Institute of Physical Methods of Treatment, Medical Climatology and Rehabilitation " of the Ministry of Health of the Republic of Crimea, 298603, Russian Federation, Republic of Crimea, Yalta, st. Mukhina 10/3, e-mail: galinaandreeva2901@internet.ru.

Grishin Mihail Mihailovich - head of a separate structural unit "Belogorsk Tuberculosis Hospital" GBUZ RK "Crimean Republican Clinical Center for Phthysiology and Pulmonology", Republic of Crimea Belogorsk district, p. Krinichnoe, st. Swallow's Nest, 2, grishin_mm@mail.ru

Zhukova Natalya Valerievna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Therapy, Gastroenterology, Cardiology and General Medical Practice, Georgievsky Medical Academy of Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Vernadsky Crimean Federal University", 295051, Russian Federation, Republic of Crimea, Simferopol, Lenin Boulevard, 5/7., e-mail: nzhukova1975@gmail.com, ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3994-5784>

Author contribution statement: The authors evenly participated in the design of the research, data collection, analysis and writing of the article.

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: The study was conducted in accordance with the principles of the WMA Declaration of Helsinki.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение

Россия входит в число мировых «лидеров» по числу пострадавших от COVID-19, занимая 6-ю позицию по количеству подтвержденных случаев. Анализ смертности от COVID-19 свидетельствуют о том, что РФ занимает одну из лидирующих позиций [1, 2].

По данным литературы, в постковидном периоде сохраняется множество симптомов, среди которых наиболее часто встречаются синдром дыхательной недостаточности, проявляющийся одышкой, болью за грудиной, сниженной толерантностью к физической нагрузке, тахикардией, усталостью [3].

Функция внешнего дыхания включает вентиляцию, диффузию, перфузию и тканевое дыхание. При поражении легких COVID-19 происходит снижение диффузионной способности легких, прямо пропорционально тяжести течения самого заболевания[4].

Это объясняется тем, что в основе патогенеза новой коронавирусной инфекции COVID-19 лежит повреждение эндотелия сосудов, замедление тока крови и повышение свертываемости крови, что может привести к тромбозу сосудов микроциркуляторного русла [5-7]. Нарушения легочной микроциркуляции и приводит к снижению диффузионной способности легких [8-11].

Задачами медицинской реабилитации являются комплексное восстановление состояния здоровья: повышение кардиореспираторных резервов, предупреждение процессов формирования необратимых изменений лёгочной ткани, тренировка дыхательной мускулатуры и общей физической выносливости, предупреждение рецидивов и осложнений [10].

Цель – проанализировать функциональное состояние органов дыхания у больных после новой коронавирусной инфекции, осложненной поражением легких и обосновать расширение возможностей этапа реабилитации.

Материал и методы исследования.

Проведено исследование функции внешнего дыхания больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию с поражением легких и сохраняющимся синдромом дыхательной недостаточности.

Исследования функции внешнего дыхания проводились на аппарате QuarkPFT (Италия) согласно рекомендациям Российского респираторного общества с соблюдением правил противоэпидемической безопасности, использованием антибактериальных фильтров, обладающих противовирусной защитой.

Проводили исследование скоростных показателей при выполнении маневра «петля поток – объем» с определением показателей: объем форсированного выдоха за 1-ю секунду FEV1, форсированная жизненная емкость легких FVC, индекс Генслера FEV1/FVC, пиковая объемная скорость PEF, максимальная объемная скорость на уровне мелких бронхов MEF25%. Дополнительно исследовалась диффузионная способность легких с определением показателей диффузионной способности легких по углероду DLCO, трансфер фактора TLCO и альвеолярного объема VA.

Статистический анализ включал элементы описательной статистики с определением среднего значения и стандартного отклонения.

Результаты и обсуждение.

Проанализированы данные функционального обследования органов дыхания 23 больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию SARS-COV-2 с поражением легких, у которых сохранялся синдром дыхательной недостаточности. Лечение острой фазы заболевания проводилось в условиях специализированных отделений для больных SARS-COV-2 г. Симферополя. Среди больных женщин было 7 (30,4%), мужчин 16 (69,6%) человек. Средний возраст составил 55,6±10,8 лет. Поражение легких у пациентов составило от 25 до 90%, соответственно от КТ II до КТ IV. Период после выписки из стационара составил от нескольких дней до 6 месяцев.

Результаты проведенного обследования функции внешнего дыхания представлены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели исследования функции внешнего дыхания больных после новой коронавирусной инфекции, осложненной поражением легких

Показатель исследования	Значение показателя M±σ, %
FEV1	69,86±18,28
FVC	77,95±17,30
FEV1/FVC	71,08±15,75
MEF25-75	73,57±36,74
DLCO	47,62±21,02
TLCO	66,10±30,46
VA	64,67±31,37

В результате проведенного функционального обследования выявлено снижение показателей спирометрии, причем было отмечено снижение и форсированной жизненной емкости легких и объема форсированного дыхания за 1-ю секунду, что говорило о наличии вентиляционных нарушений по смешанному типу. Индекс Генслера оставался выше 70%.

Наиболее выраженные нарушения выявлены по диффузионной способности легких, был существенно снижен показатель DLCO до 47,62±21,02%, снижен эффективный альвеолярный объем, непосредственно участвующий в газообмене до 64,67±31,37% и снижен трансфер коэффициент до 66,10±30,46%.

У таких пациентов необходимо длительный период времени мониторировать функциональное состояние органов дыхания и включать в реабилитационные программы методы, позволяющие восстанавливать легочную ткань и предотвратить развитие необратимых процессов.

В настоящее время одним из дополнительных возможностей рассматривается включение в

программу реабилитации больных после новой коронавирусной инфекции с сохраняющимися признаками дыхательной недостаточности ингаляций сурфактанта. Ведущими пульмонологами РФ инициирован опыт использования ингаляций сурфактанта у больных с постковидным поражением легких. Применение данного препарата является патогенетически обоснованным, так как сурфактант стимулирует вовлечение в дыхание спавшихся участков легких, снижает поверхностное натяжение, восстанавливает поверхность альвеол, предотвращает развитие ателектазов, стимулирует выработку эндогенного сурфактанта[12].

Таким образом, у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, осложненную поражением легких, в течение длительного времени сохраняются нарушение функции внешнего дыхания. Наиболее важным критерием, отражающим нарушенную легочную функцию, прогрессирование заболевания с риском формирования фиброза или же восстановление легочной функции является диффузионная способность легких. С целью профилактики формирования необратимых фиброзных изменений в легочной паренхиме обосновано применение в программе постковидной реабилитации ингаляций сурфактанта.

Конфликт интересов авторов отсутствует.

The authors declare no conflict of interest

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Временные методические рекомендации МЗ РФ. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 15 (22.02.2022).[VremennymetodicheskierekomendaciiMZR.F. Profilaktika, diagnostikailechenienovojkoronavirusnojinfekcii (COVID-19). Versija 15 (22.02.2022)](in Russian).
2. Kobak D. Excess mortality reveals Covid's true toll in Russia. *Signif. (Oxf)*. 2021; 18 (1): 16–19. DOI: 10.1111/1740-9713.01486.
3. Michelen M., Manoharan L., Elkheir N. et al. Characterising long-term Covid-19: a rapid living systematic review. *medRxiv*. 2020 [Preprint. Posted: August 12, 2020]. DOI: 10.1101/2020.12.08.20246025.
4. Poe F.L., Corn J.n-acetylcysteine: A potential therapeutic agent for SARS-CoV-2. *Med. Hypotheses*. 2020; 143: 109862. DOI: 10.1016/j.mehy.2020.109862.
5. Huang C., Huang L., Wang Y. et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*. 2021; 397 (10270): 220–232. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32656-8.;
6. Самсонова М.В., Конторщиков А.С., Черняев А.Л., Михайличенко К.Ю., Михалева Л.М., Мишнев О.Д., Зайратьянц О.В. Патогистологические изменения в легких в отдаленные сроки после COVID-19. *Пульмонология*. 2021; 31 (5): 571–579. DOI: 10.18093/0869-0189-2021-31-5-571-579.[Samsonova M.V., Kontorshhikov A.S., Chernjaev A.L., MihajlichenkoK.Ju., Mihaleva L.M., Mishnev O.D., Zajrat'janc O.V. Patogistologicheskieizmenenija v legkih v otdalennyesorokiposle COVID-19. *Pul'monologija*. 2021; 31 (5): 571–579. DOI: 10.18093/0869-0189-2021-31-5-571-579](in Russian).
7. Ahmed S., Zimba O., Gasparyan A.Y. Thrombosis in coronavirus disease 2019 (COVID-19) through the prism of Virchow's triad. *Clin.Rheumatol*. 2020; 39 (9): 2529–2543. DOI: 10.1007/s10067-020-05275-1
8. Torres-Castro R., Vasconcello-Castillo L., Alsina-Restoy X. et al. Respiratory function in patients post-infection by COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Pulmonology*. 2021; 27 (4): 328–337. DOI: 10.1016/j.pulmoe.2020.10.013.
9. Frija-Masson J., Debray M.P., Gilbert M. et al. Functional characteristics of patients with SARS-CoV-2 pneumonia at 30 days post-infection. *Eur. Respir. J*. 2020; 56 (2): 2001754. DOI: 10.1183/13993003.01754-2020.
10. Савушкина О.И., Черняк А.В., Крюков Е.В., Асеева Н.А., Зайцев А.А. Динамика функционального состояния системы дыхания через 4 месяца после перенесенного COVID-19. *Пульмонология*. 2021; 31 (5): 580–587. DOI: 10.18093/0869-0189-2021-31-5-580-587. [Savushkina O.I., Chernjak A.V., Krjukov E.V., Aseeva N.A., Zajcev A.A. Dinamikafunktional'nosostojanijasistemydihanijacherez 4 mesjaca posleperenesennogo COVID-19. *Pul'monologija*. 2021; 31 (5): 580–587. DOI: 10.18093/0869-0189-2021-31-5-580-587](in Russian).
11. Савушкина О.И., Черняк А.В., Крюков Е.В. и др. Функциональные нарушения системы дыхания в период раннего выздоровления после COVID-19. *Медицинский алфавит*. 2020; (25): 7-12. DOI: 10.33667/2078-5631-2020-25-7-12.[Savushkina O.I., Chernjak A.V., Krjukov E.V. i dr.

Funkcional'nyenarushenijasistemydyhanija v period rannegovyzdorovlenijaposle COVID-19. Medicinskijalfavit. 2020; (25): 7-12. DOI: 10.33667/2078-5631-2020-25-7-12](in Russian).

11. Крюков Е.В., Савушкина О.И., Черняк А.В., Кулагина И.Ц. Диагностика неравномерности легочной вентиляции методом вымывания азота при множественном дыхании у больных, перенесших COVID-19. Пульмонология. 2021; 31 (1): 30-36. DOI: 10.18093/0869-0189-2021-31-1-30-36.[KrjukovE.V., SavushkinaO.I., ChernjakA.V., KulaginaI.C. Diagnostikaneravnomernostilegochnojventiljaciimetodomvymyvanijazotaprimnozhestvennomdyhaniub ol'nyh, perenessihCOVID-19. Pul'monologija. 2021; 31 (1): 30-36. DOI: 10.18093/0869-0189-2021-31-1-30-36](in Russian).

12. Аверьянов А.В., Дивакова Т.И., Балионис О.И., Перкина А.С., Сотникова А.Г. Постковидное поражение легких с дыхательной недостаточностью: есть ли терапевтические инструменты. Практическая пульмонология. 2021; 3: 11-14. DOI: 10.24412/2409-6636-2021-12416. [Aver'janovA.V., DivakovaT.I., BalionisO.I., PerkinaA.S., SotnikovaA.G. Postkovidnoeporazhenielegkihsdyhatel'nojnedostatochnost'ju: est' literapevticheskieinstrumenty. Prakticheskajapul'monologija. 2021; 3: 11-14. DOI: 10.24412/2409-6636-2021-12416](in Russian).

УДК 616-036.86+616-001:355.4+364

ХАРАКТЕРИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИИ ТРАВМ И УВЕЧИЙ ПОЛУЧЕННЫХ В ХОДЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ.

Лёвкин В.Г., Лецкая О.А.
ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России
Москва, Россия

Аннотация

Введение. Российская Федерация проводит Специальную Военную Операцию на Украине с 24 февраля 2022 года. В связи с этим вопросы медико-социальной помощи инвалидам вследствие военной травмы относятся к приоритетным задачам государства.

Цель. На основании репрезентативной выборки степени стойких нарушений нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций инвалидов вследствие травм и увечий, полученных в ходе Специальной Военной Операции оценить ограничения жизнедеятельности и степень их выраженности, проанализировать рекомендуемые реабилитационные мероприятия данного контингента инвалидов.

Материалы и методы. Проведена выборка данных из информационной системы ЕВИИАС МСЭ 91 инвалида вследствие травм и увечий полученных в ходе Специальной Военной Операции, первично освидетельствованных в филиалах бюро ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве» Минтруда России и сформирована база исследования.

Выполнен статистический анализ экспертно-реабилитационных характеристик инвалидности и рекомендуемых реабилитационных мероприятий.

Результаты. Впервые проведено изучение экспертно-реабилитационных характеристик инвалидов вследствие травм и увечий полученных в ходе Специальной Военной Операции, способствующих дифференцированному подходу при формировании индивидуальных программ реабилитации и её совершенствованию.

Заключение. В структуре стойких нарушений функций организма преобладали нарушения нарушения нейромышечных, скелетных, связанных с движениями (статодинамических) функций. Наибольший удельный вес в структуре ограничений жизнедеятельности составили ограничения способности к трудовой деятельности II степени, способности к самообслуживанию I степени и способности к передвижению II степени.

Ключевые слова: инвалидность, степень нарушений функций, ограничение жизнедеятельности, Специальная Военная Операция.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Лёвкин Владимир Геннадьевич, руководитель бюро-врач по медико-социальной экспертизе, Бюро № 84 - филиал ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России, адрес: 109431, улица Авиаконструктора Миля, 6к1; ORSID: <https://orcid.org/0000-0003-1602-0658>, e-mail: levkinvg@yandex.ru

Лецкая Ольга Александровна, кандидат медицинских наук, заместитель руководителя по экспертной работе, врач по медико-социальной экспертизе высшей категории, ФКУ "ГБ МСЭ по г. Москве" Минтруда России, адрес: 125040, г. Москва, Ленинградский проспект, дом 13, стр. 1

Вклад авторов: Авторы равномерно принимали участие в разработке дизайна исследования, сборе данных, анализе и написании статьи.

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с использованием животных в качестве объектов.

Исследования с участием людей: Настоящая статья не содержит каких-либо исследований с участием людей в качестве объектов исследований.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит потенциально идентифицируемые изображения или данные людей.

CHARACTERISTICS OF DISABILITY DUE TO INJURIES AND INJURIES RECEIVED DURING A SPECIAL MILITARY OPERATION AND REHABILITATION MEASURES.

Levkin V.G., Letskaya O.A.

FKU "GB ITU in Moscow" Ministry of Labor of Russia
Moscow, Russia

Abstract

Background. The Russian Federation has been conducting a Special Military Operation in Ukraine since February 24, 2022. In this regard, the issues of medical and social assistance to disabled people due to military trauma are among the priority tasks of the state.

Aim. Based on a representative sample of the degree of persistent disorders of neuromuscular, skeletal and movement-related (statodynamic) functions of the disabled due to injuries and injuries sustained during a Special Military Operation, to assess the limitations of life and the degree of their severity, to analyze the recommended rehabilitation measures of this contingent of disabled people.

Materials and methods. A selection of data from the information system EVIIAS ITU of 91 disabled people due to injuries and injuries received during the Special Military Operation, initially examined in the branches of the bureau of the FKU "Main Bureau of Medical and Social Expertise in Moscow" of the Ministry of Labor of Russia, was carried out and a research base was formed.

A statistical analysis of the expert rehabilitation characteristics of disability and recommended rehabilitation measures was performed.

Results. For the first time, the study of expert rehabilitation characteristics of disabled people due to injuries and injuries received during a Special Military Operation, contributing to a differentiated approach in the formation of individual rehabilitation programs and its improvement.

Conclusion. The structure of persistent disorders of the body's functions was dominated by disorders of neuromuscular, skeletal, movement-related (statodynamic) functions. The greatest share in the structure of restrictions on life activity were restrictions on the ability to work II degree, the ability to self-service I degree and the ability to move II degree.

Key words: disability, degree of functional impairment, disability, Special Military Operation.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Levkin Vladimir Gennadievich, Head of the Bureau-doctor for medical and social expertise, Bureau No. 84 - branch of the Federal State Institution "GB ITU in Moscow" of the Ministry of Labor of Russia, address: 109431, Mil Aviakonstruktora Street, 6k1; ORSID: <https://orcid.org/0000-0003-1602-0658>, e-mail: levkinvg@yandex.ru

Letskaya Olga Aleksandrovna, Candidate of Medical Sciences, Deputy Head for expert work, doctor for medical and social expertise of the highest category, FKU "GB ITU in Moscow" Ministry of Labor of Russia, address: 125040, Moscow, Leningradsky Prospekt, 13, p. 1

Author contribution statement: The authors evenly participated in the design of the research, data collection, analysis and writing of the article.

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects: No human studies are presented in this manuscript.

Inclusion of identifiable human data: No potentially identifiable human images of data are presented in this manuscript.

Введение. Российская Федерация проводит Специальную Военную Операцию на Украине с 24 февраля 2022 года. В связи с этим вопросы медико-социальной помощи инвалидам вследствие военной травмы относятся к приоритетным задачам государства [1,2].

Цель. На основании репрезентативной выборки степени стойких нарушений нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций инвалидов вследствие травм и увечий полученных в ходе Специальной Военной Операции оценить ограничения жизнедеятельности и степень их выраженности, проанализировать рекомендуемые реабилитационные мероприятия данного контингента инвалидов.

Материалы и методы. Проведена выборка данных из информационной системы ЕВИИАС МСЭ 91 инвалида вследствие травм и увечий, полученных в ходе Специальной Военной Операции, первично освидетельствованных в филиалах бюро ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве» Минтруда России и сформирована база исследования.

Выполнен статистический анализ экспертно-реабилитационных характеристик инвалидности и изучена нуждаемость в различных составляющих медико-социальной реабилитации и абилитации данного контингента инвалидов.

Анализ степени выраженности стойких расстройств функций организма инвалида осуществлялся по 4 степеням (незначительные, умеренные, выраженные, значительно выраженные), согласно классификации основных видов стойких расстройств функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм, или дефектами и степени их выраженности. Категории жизнедеятельности (7) и степень их выраженности (3) оценивали согласно п.6 классификации и критериев приказа Министерства труда и социальной защиты от 27.08.2019 № 585н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы"

Результаты исследования.

Исследование установило, что медико-социальные характеристики инвалидов вследствие травм и увечий полученных в ходе Специальной Военной Операции выглядели следующим образом: мужчины составляли 100%, лица молодого возраста 96,7% (88 человек), среднего возраста 3,3% (3 человека). Причина инвалидности «военная травма» 96,7% (88 человек), «общее заболевание» 3,3% (3 человека).

Основной диагноз в направлении на медико-социальную экспертизу: «Последствия минно-взрывного ранения ...», код по МКБ-10: T92-T94; Y36.

Стойкие нарушения нейромышечных, скелетных, связанных с движениями (статодинамических) функций отмечены умеренные в 42,9% случаев (39 человек), выраженные- 47 человек (51,6%) и 5,5 % значительно выраженные (5 человек).

Таблица 1 – Структура ВПИ вследствие травм и увечий полученных в ходе СВО с учетом группы инвалидности (абс.ч., %)

	Всего		Группа инвалидности					
			I		II		III	
	абс. ч	%	абс. ч	%	абс. ч	%	абс. ч	%
Количество инвалидов	91	100	5	5,5	47	51,6	39	42,9

В структуре инвалидности с учетом тяжести инвалидности наибольший удельный вес составляли инвалиды II группы 51,6% (47 человек), второе ранговое место занимали инвалиды III группы с показателем 42,9% (39 человек) и наименьшая доля у инвалидов I группы- 5,5% (5 человек). (табл. 1)

В ходе исследования было выявлено, в 100% случаев применялись хирургические методы лечения в виде ампутаций. Ампутации нижних конечностей выполнялись в 3 раза чаще чем ампутации верхних конечностей 84,6% и 27,5% соответственно. Наибольшую долю с показателем 38,5% составили ампутации бедра, несколько меньше 36,3% ампутаций голени, ампутации на уровне плеча 13,2%, ампутации на уровнях кисти и стопы – 5,5%, на уровне фаланг пальцев – 3,3%, на уровнях коленных суставов, тазобедренного сустава, кисти – 2,2% и наименьшую долю составили ампутации на уровне плечевого сустава 1,1%. Первая и вторая группы инвалидности устанавливались чаще всего вследствие ампутации бедра в 4,4% и 34,1% случаев соответственно,

третья группа в 24,2% случаев вследствие ампутации голени. (табл. 2)

Таблица – 2 Характеристика оперативных вмешательств с учетом локализации и группы инвалидности вследствие травм и увечий полученных в ходе СВО (абсолютное число, %)

Ампутация конечности	Всего		Группа инвалидности					
			I		II		III	
	абс. ч	%	абс. ч	%	абс. ч	%	абс. ч	%
Верхней конечности	25	27,5	1	1,1	8	8,8	14	15,4
из них на уровне:	1	1,1	-	-	1	1,1	-	-
плечевого сустава								
-плеча								
-предплечья								
-кисти								
-фаланг пальцев	3	3,3	-	-	3	3,3	-	-
Нижней конечности	77	84,6	8	8,8	45	47,9	24	25,5
из них на уровне	2	2,2	-	-	2	2,2	-	-
-тазобедренного сустава								
-бедра								
- голени								
- коленного сустава								
- стопы	5	5,5	-	-	3	3,3	2	2,2

Таблица 3 – Характеристика ограничений жизнедеятельности инвалидов вследствие травм и увечий полученных в ходе СВО с учетом степени выраженности (абс. ч., %)

Ограничение способности	Степень выраженности							
	Норма		I		II		III	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
К самообслуживанию	3	3,3	44	48,4	41	45,1	3	3,3
К передвижению	5	5,5	38	41,8	43	47,3	5	5,5
К трудовой деятельности	3	3,3	37	40,7	46	50,5	5	5,5

Изучение основных категорий жизнедеятельности инвалидов вследствие травм и увечий полученных в ходе СВО показало, что имелись ограничения к самообслуживанию, передвижению и трудовой деятельности, других ограничений в исследуемой базе не наблюдалось. Наибольшую долю составляли ограничения: способности к трудовой деятельности II степени 50,5%, способности к самообслуживанию I степени 48,4% и способности к передвижению II степени 47,3%. (табл. 3)

Таблица 4 – Характеристика ограничений жизнедеятельности инвалидов вследствие травм и увечий полученных в ходе СВО с учетом вида нейромышечных нарушений (абс. ч., %)

Ограничение способности	Степень	Вид нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением статодинамических функций							
		Общие нейромышечные нарушения		Верхних конечностей		Нижних конечностей		Нуждаемость в кресле-коляске	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
к самообслуживанию	Норма.	3	3,3	-	-	-	-	-	-
	I	41	45,1	20	22,0	30	33,0	11	12,1
	II	44	48,4	9	9,9	42	46,2	41	45,1

к передвижению	III	2	2,2	1	1,1	2	2,2	2	2,2
	Норма.	5	5,5	3	3,3	1	1,1	-	-
	I	38	41,8	18	19,8	25	27,5	8	8,8
	II	43	47,3	8	8,8	43	47,3	41	45,1
к трудовой деятельности	III	5	5,5	1	1,1	5	5,5	5	5,5
	Норма	3	3,3	-	-	-	-	-	-
	I	37	40,7	18	19,8	26	28,6	8	8,8
	II	46	50,5	11	12,1	43	47,3	41	45,1
Всего	III	5	5,5	1	1,1	5	5,5	5	5,5
	Норма	3	3,3	-	-	-	-	-	-
	I	37	40,7	18	19,8	26	28,6	8	8,8
	II	46	50,5	11	12,1	43	47,3	41	45,1
Всего		91	100,0	30	33,0	74	81,3	54	57,4

Нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением статодинамических функций отмечались у 100% инвалидов вследствие травм и увечий полученных в ходе СВО, нейромышечные нарушения функций верхних конечностей были отмечены у 33% инвалидов, нижних конечностей были отмечены у 81,3% инвалидов. Нуждаемость в использовании кресел колясок отмечалась у 57,4% инвалидов. В наибольшей мере нарушение функции верхних конечностей приводило к ограничению способности к самообслуживанию I степени в 22,0%; нарушение функции нижних конечностей приводило к ограничению способностей к передвижению и к трудовой деятельности II степени в 47,3% случаев, к таким же ограничениям способности приводила нуждаемость в использовании кресел-колясок – 45,1%. (табл. 4)

Таблица 5 – Характеристика медицинского раздела реабилитации инвалидов вследствие травм и увечий, полученных в ходе СВО с учетом группы инвалидности (абс. ч., %)

Реабилитационные мероприятия	Всего		Группа инвалидности					
			I		II		III	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Медицинская реабилитация	91	100,0	5	5,5	47	51,6	39	42,9
Реконструктивная хирургия	2	2,2	0	0,0	2	2,2	0	0,0
Протезирование и ортезирование	91	100,0	5	5,5	47	51,6	39	42,9
Санаторно-курортное лечение	16	17,6	0	0,0	8	8,8	8	8,8

В медицинской реабилитации и в протезировании и ортезировании нуждались 100% инвалидов, инвалидов, показано санаторно-курортное лечение 17,6% инвалидам II и III групп и наименьшая доля рекомендаций по реконструктивной хирургии 2,2%. (табл. 5)

В социальном разделе ИПРА в 100% случаев были рекомендованы социокультурная и социально-психологическая реабилитация и абилитация вследствие травм и увечий полученных в ходе СВО. Социально-бытовая адаптация и социально-средовая реабилитация рекомендованы в 83,5% случаев, за счет снижения нуждаемости в данных реабилитационных мероприятиях инвалидов III группы – 26,4%. (табл. 6)

Таблица 6 - Характеристика социального раздела реабилитации инвалидов вследствие травм и увечий, полученных в ходе СВО с учетом группы инвалидности (абс. ч., %)

Реабилитационные мероприятия	Всего		Группа инвалидности					
			I		II		III	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Социально-средовая	76	83,5	5	5,5	47	51,6	24	26,4
Социально-психологическая	91	100,0	5	5,5	47	51,6	39	42,9
Социокультурная	91	100,0	5	5,5	47	51,6	39	42,9
Социально-бытовая адаптация	76	83,5	5	5,5	47	51,6	24	26,4

Таблица 7 - Характеристика профессионального раздела реабилитации инвалидов вследствие травм и увечий, полученных в ходе СВО с учетом группы инвалидности (абс. ч., %)

Реабилитационные мероприятия	Всего		Группа инвалидности					
			I		II		III	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Профессиональная ориентация	42	46,2	1	1,1	20	22,0	21	23,1
Рекомендации по обучению	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Содействие в трудоустройстве	74	81,3	5	5,5	37	40,7	32	35,2
Социально-производственная адаптация	72	79,1	3	3,3	36	39,6	33	36,3
Социально-психологическая адаптация	72	79,1	3	3,3	36	39,6	33	36,3

Наибольший удельный вес составили рекомендации по содействию в трудоустройстве 81,3%, социально-производственная и социально-психологическая адаптация рекомендовались в 79,1%, профессиональная ориентация - 46,2%, рекомендации по обучению составили 1,1%. Инвалидам I и II групп чаще рекомендовалось содействие в трудоустройстве в 5,5% и 40,7% случаев соответственно, а инвалидам III группы социально-производственная и социально-психологическая адаптация в 36,3% случаев. (табл. 7)

Рекомендации по условиям труда: в оптимально допустимых условиях труда в наибольшей мере нуждались инвалиды III группы в 33,6% случаев, в любых условиях труда, но выполнение задач может быть затруднено в основном нуждались инвалиды II группы 15,4%, трудоспособность возможна при помощи других лиц чаще рекомендовалась инвалидам I группы 3,3%. (табл. 8)

Таблица 8 - Характеристика рекомендации по условиям труда инвалидов вследствие травм и увечий полученных в ходе СВО с учетом группы инвалидности (абс. ч., %)

Рекомендации	Группа инвалидности						Всего	
	I		II		III			
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Оптимально допустимые условия труда	1	1,1	29	31,9	33	36,3	63	69,2
В любых условиях труда, но выполнение задач может быть затруднено	0	0,0	14	15,4	3	3,3	17	18,7
Нуждается в перерывах	1	1,1	8	8,8	13	14,3	22	24,2
Трудоспособность возможна при помощи других лиц	3	3,3	2	2,2	0	0,0	5	5,5

Таблица 9 — Структура рекомендованных ТСР инвалидов вследствие травм и увечий, полученных в ходе СВО с учетом группы инвалидности (абс. ч., %)

ТСР	Всего		Группа инвалидности					
			I		II		III	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Трость опорная	64	70,3	2	2,2	37	40,7	25	27,5
Костыли	69	75,8	4	4,4	42	46,2	23	25,3
Ходунки	1	1,1	1	1,1	-	0,0	0	0,0
Кресла коляски комнатные	46	50,5	5	5,5	41	45,1	1	1,1

Кресла коляски прогулочные	62	68,1	5	5,5	41	45,1	16	17,6
Протез косметический	18	19,8	1	1,1	3	3,3	14	15,4
Протез рабочий	18	19,8	1	1,1	4	4,4	13	14,3
Протез активный	18	19,8	1	1,1	4	4,4	13	14,3
Протез верхних конечностей	25	27,5	1	1,1	5	5,5	14	15,4
Протез нижних конечностей	77	84,6	8	8,8	45	49,5	24	26,4
Ортопедическая обувь	69	75,8	4	4,4	41	45,1	24	26,4
Для одевания	12	13,2	-		11	12,1	1	1,1
Спец. средства при нарушении функции выделения	4	4,4	2	2,2	2	2,2	-	
Противопролежневый матрас	2	2,2	2	2,2				
Противопролежневая подушка	2	2,2	2	2,2				
Абсорбирующее белье	2	2,2	2	2,2				

При изучении нуждаемости данного контингента инвалидов в ТСР было выявлено, что в 100% разработанных ИПРА были рекомендованы ТСР, наибольшую долю в структуре ТСР составляли протезы нижних конечностей 84,6%, несколько меньше рекомендаций по ортопедической обуви и костылям 75,8%, такой показатель связан с тем фактом, что у части инвалидов проведена парная ампутация нижних конечностей. Третье и четвертое ранговые места заняли кресла-коляски прогулочные и комнатные 68,1%, и 50,5% соответственно. Пятое ранговое место с показателем 27,5% занимали протезы верхних конечностей. При анализе нуждаемости в ТСР с учетом группы инвалидности было выявлено, что инвалидам I группы чаще были рекомендованы протезы нижних конечностей 8,8%, кресла-коляски комнатные и прогулочные 5,5%, ортопедическая обувь и костыли 4,4%, инвалидам II группы протезы нижних конечностей 49,5%, костыли 46,2%, ортопедическая обувь, кресла-коляски комнатные и прогулочные 45,1%, инвалидам III группы трости опорные 27,5%, ортопедическая обувь и протезы нижних конечностей 26,4%, костыли 25,3%. Также нужно отметить, что нуждаемость в специальных средствах при нарушении функции выделения, противопролежневых матрасах и подушках, абсорбирующем белье была только у инвалидов I группы и составила 2,2% соответственно.

Заключение. В структуре стойких нарушений функций организма преобладали нарушения нейромышечных, скелетных, связанных с движениями (статодинамических) функций. Наибольший удельный вес в структуре ограничений жизнедеятельности составили ограничения способности к трудовой деятельности II степени, способности к самообслуживанию I степени.

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Суслев В.Г. Роль раннего протезирования в системе реабилитации военнослужащих вследствие военной травмы: организационные, юридические и методические аспекты. / В.Г. Суслев, О.Н. Владимирова, К.К. Щербина, А.В. Сокуров, Ю.И. Жданов, В.А. Чупряев. // Вестник российской военно-медицинской академии. Ссылка активна на 01.09.22 [Suslyev V.G. Rol' rannego protezirovaniya v sisteme reabilitacii voennosluzhashchih vsledstvie voennoj travmy: organizacionnye, yuridicheskie i metodicheskie aspekty. / V.G. Suslyev, O.N. Vladimirova, K.K. SHCHerbina, A.V. Sokurov, YU.I. ZHDanov, V.A. CHupryaev. // Vestnik rossijskoj voenno-medicinskoj akademii Accessed September 01, 2022.] file:///C:/Users/Sony/Downloads/12218-25165-1-PB.pdf

2. Пузин, С.Н. Инвалидность вследствие военной службы / С.Н. Пузин, Л.П. Гришина, С.И. Исаенко. – М.: Медицина, 2005. – 280 с. Ссылка активна на 01.09.22 [Puzin, S.N. Invalidnost' vsledstvie voennoj sluzhby / S.N. Puzin, L.P. Grishina, S.I. Isaenko. – М.: Medicina, 2005. – 280 s. Accessed September 01, 2022.] <https://search.rsl.ru/ru/record/01002790664>

Алфавитный указатель авторов

- Азовцев Д.Ю., 46
Андреева Г.Н., 177
Аникеев П.П., 135
Асатрян А.Г., 135
Астанин А.А., 123
Баранова Н.П., 135
Барыкина Е.И., 140
Барышова А.Н., 62
Башкирёва А.С., 135
Белова А.Н., 101
Богданова Д.Ю., 135
Бондаренко Т.В., 135
Бугрова Н.А., 86
Васильченко Е.М., 21
Виноградова Т.В., 140
Воробейчикова О.В., 149
Гаврилюк О.Н., 46
Глухов А.Н., 163
Гныря Л.Ю., 149
Гогов Д.В., 37
Гордиевская Е.О., 128
Горяйнов И.В., 146
Горяйнова М.В., 46, 146
Гришин М.М., 177
Гуткевич Е.А., 149
Гуткевич Е.В., 149
Дмитриева Е.К., 140
Долганова Т.И., 107
Донник А.В., 140
Дудченко Л.Ш., 177
Ефименко Н.В., 163
Жаворонков Р.Н., 9
Жаринова Е.Е., 86
Жукова Е.В., 62, 69
Жукова Н.В., 177
Запарий С.П., 169
Зонтова О.В., 113, 118
Ишутина И.С., 30
Кавинов М.А., 101
Карасаева Л.А., 46, 146
Кожемяченко Е.Н., 177
Колосова Г.В., 135
Колюка О.Е., 14
Короткина С.А., 140
Курникова М.В., 92
Лёвкин В.Г., 182
Лецкая О.А., 182
Либова Е.В., 140
Макарова О.В., 140
Макеева Д.С., 37
Миронова И.А., 123
Морозова Е.В., 62, 69
Мясников И.Р., 46, 146
Охлопков В.А., 169
Павлова С.В., 46
Петрова К.А., 69
Плотник А.В., 140
Познякова Е.А., 80
Попова Е.Е., 113
Пудов В.И., 113, 118
Пудов Н.В., 113
Радуго В.И., 14
Рочева Я.С., 14
Рябцев М.В., 128
Самусенко А.Г., 169
Свинцов А.А., 14
Севастьянов М.А., 135
Смолькова Л.В., 107
Соболева Е.И., 163
Соловьева Е.А., 177
Старобина Е.М., 128
Струкова О.Г., 62, 69
Таран О.А., 26
Тер-Акопов Г.Н., 163
Трофимов А.О., 97
Фокин В.А., 149
Ходаковский М.Д., 30
Чалая Е.Н., 163
Чернякина Т.С., 14
Шабанова О.А., 30
Шакуро М.А., 140
Шведунова Л.Н., 163
Шейко Г.Е., 101
Шестаков В.П., 14
Шишко А.В., 135
Яновский Т.С., 156

Index of authors

Andreeva G.N., 178
Anikeev P.P., 136
Asatryan A.G., 136
Astanin A.A., 124
Azovtsev D.Yu., 47
Baranova N.P., 136
Barykina E.I., 142
Baryshova A.N., 63
Bashkireva A.S., 136
Belova A.N., 102
Bogdanova D.Yu., 136
Bondarenko T.V., 136
Bugrova N.A., 87
Chernyakina T.S., 16
Dmitrieva E.K., 142
Dolganova T.I., 108
Donnik A.V., 142
Dudchenko L.Sh., 178
Efimenko N.V., 164
Fokin V.A., 151
Gavrilyuk O.N., 47
Glukhov A.N., 164
Gnyrya L.Yu., 151
Gogov D.V., 38
Gordievskaya E.O., 129
Goryainov I.V., 147
Goryainova M.V., 47, 147
Grishin M.M., 178, 179
Gutkevich E.A., 151
Gutkevich E.V., 151
Ishutina I.S., 32
Karasaeva L.A., 47, 147
Kavinov M.A., 102
Khodakovskiy M.D., 32
Kolossova G.V., 136
Kolyuka O.E., 16
Korotkina S.A., 142
Kozhemyachenko E.N., 178,
Kurnikova M.V., 93
Letskaya O.A., 183
Levkin V.G., 183
Libova E.V., 142
Makarova O.V., 142
Makeeva D.S., 38
Mironova I.A., 124
Morozova E.V., 63, 70
Myasnikov I.R., 47, 147
Okhlopkov V.A., 171
Pavlova S.V., 47
Petrova K.A., 70
Plotnik A.V., 142
Popova E.E., 114
Poznyakova E.A., 81
Pudov N.V., 114
Pudov V.I., 114, 118
Raduto V.I., 16
Rocheva Y.S., 16
Ryabtsev M.V., 129
Samusenko A.G., 171
Sevastyanov M.A., 136
Shabanova O.A., 32
Shakuro M.A., 142
Sheiko G.E., 102
Shestakov V.P., 16
Shishko A.V., 136
Shvedunova L.N., 164
Smolkova L.V., 108
Soboleva E.I., 164
Solovyova E.A., 178
Starobina E.M., 129
Strukova O.G., 63, 70
Svincov A.A., 16
Taran O.A., 27
Ter-Akopov G.N., 164
Trofimov A.O., 98
Vasilchenko E.M., 22
Vinogradova T.V., 142
Vorobeychikova O.V., 151
Yanovsky T.S., 156
Zapary S.P., 171
Zharinova E.E., 87
Zavoronkov R.N., 10
Zhukova E.V., 63, 70
Zhukova N.V., 178
Zontova O.V., 114, 118

РЕАБИЛИТАЦИЯ – XXI ВЕК: ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ

V НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Сборник статей

Подписано в печать 22.08.2022 г. Формат А4.
Объем 12 п.л. Тираж 600 экз. Заказ 0609/2022

Типография ООО «ЦИАЦАН»
8-981-969-45-55
CIACAN@yandex.ru