МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

II МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕАБИЛИТАЦИИ: НАУКА И ПРАКТИКА

Сборник статей

Санкт-Петербург
18–19 апреля 2019 года

УДК 364

ББК 67.305

Инновационные технологии реабилитации: наука и практика: сборник статей II Международ. науч. конф., Санкт-Петербург, 18-19 апреля 2019 года / Минтруд России; [Глав. ред. д-р мед. наук, проф. Г.Н. Пономаренко; ред. коллегия: д-р мед. наук, проф. Г.В. Помников канд. мед. наук Е.М. Васильченко, канд. мед. наук наук, доц. О.Н. Владимирова, канд. биол. наук А.В. Шошмин, К.Н. Рожко]. – Санкт-Петербург: ООО «Р-КОПИ», 2019. – 316 с.

ISBN

В сборнике статей II Международной научной конференции «Инновационные технологии реабилитации: наука и практика» представлены работы, обобщающие результаты научно-практических исследований в области реализации Конвенции о правах инвалидов, современной модели инвалидности, пилотного проекта по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, ранней помощи детям и их семьям, проблем реабилитации инвалидов, оценки эффективности реабилитации, применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, межведомственного взаимодействия при освидетельствовании и реабилитации инвалидов, применения инновационных технологий в травматологии и ортопедии и применения ассистивных технологий.

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

Главный редактор:

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

Редакционная коллегия:

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

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

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

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

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

© Минтруд России, 2019
© ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, 2019

THE MINISTRY OF LABOUR AND SOCIAL PROTECTION OF THE RUSSIAN FEDERATION

FEDERAL STATE BUDGETARY INSTITUTION
"FEDERAL SCIENTIFIC CENTRE OF REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE NAMED AFTER G.A. ALBRECHT" OF THE MINISTRY OF LABOUR AND SOCIAL PROTECTION OF THE RUSSIAN FEDERATION

II INTERNATIONAL SCIENTIFIC CONFERENCE

INNOVATIVE TECHNOLOGIES OF REHABILITATION: SCIENCE AND PRACTICE

Proceedings of the Conference
(Articles)

St. Petersburg
18–19 April 2019

Innovative Technologies of Rehabilitation: Science and Practice: Proceedings of the II International scientific conference (Articles), St. Petersburg, 18-19 April 2019 / The Ministry of Labour of Russia; [Chief Ed. Dr. Med. Sci., Prof. G.N.Ponomarenko; Ed. board: Dr. Med. Sci., Prof. G.V.Pomnikov, Ph.D in Medicine E.M.Vasilchenko, Ph.D in Medicine O.N. Vladimirova, Ph.D in Biology, A.V.Shoshmin, K.N.Rozhko]. – St. Petersburg: OOO "R-KOPY", 2019. – 316 p.

ISBN

Proceedings of the II International scientific conference "Innovative Technologies of Rehabilitation: Science and Practice"contain articles summarizing findings in implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, contemporary disability model, the pilot project on forming the system of comprehensive (re)habilitation of persons with disabilities and children with disabilities, early childhood interventions, rehabilitation of persons with disabilities, , evaluation of rehabilitation outcomes, implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health, interagency cooperation while disability assessment and rehabilitation of persons with disabilities, of implementation of innovative technologies in traumatic surgery and orthopaedics and implementation of assistive technologies.

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

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

Chief Editor:

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

Editorial board:

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

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

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

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

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

ISBN

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА
И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Приветственные слова участникам II Международной научной конференции «Инновационные технологии реабилитации: наука и практика»!

Уважаемые участники конференции!

От имени Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и от себя лично приветствую вас на открытии II Международной научной конференции «Инновационные технологии реабилитации: наука и практика»!

Проведение подобных мероприятий способствует выработке новых эффективных методов социальной интеграции и реабилитации инвалидов и детей-инвалидов, имеющих нарушения здоровья.

Основным приоритетом реабилитации в настоящее время является комплексный подход к формированию реабилитационных услуг, который основан на эффективном межведомственном взаимодействии и внедрении инновационных технологий реабилитации.

Решение поставленных задач во многом зависит от эффективной совместной работы различных ведомств как на федеральном, так и на региональном уровнях.

Уверен, что Конференция пройдет в конструктивном ключе, будет способствовать объединению усилий специалистов и развитию научных и прикладных исследований в области реабилитации. Желаю участникам конференции интересной и плодотворной работы, укрепления связей и сотрудничества!

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

Рад приветствовать участников II Международной научной конференции «Инновационные технологии реабилитации: наука и практика».

Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта стал той площадкой, на которой решаются стратегические задачи по формированию реабилитационной среды для инвалидов и детей-инвалидов, с учетом современных тенденций развития: инновационного, комплексного подхода, учета индивидуальных потребностей при формировании реабилитационного маршрута инвалида.

Создание и дальнейшее развитие эффективных практик предоставления комплексных реабилитационных услуг может и должно быть реализовано в рамках межведомственного взаимодействия, именно поэтому данное мероприятие объединяет специалистов различных сфер: здравоохранения, образования, социального обслуживания населения, занятости населения, физической культуры и спорта.

Одно хочется подчеркнуть особо – любые инновации в сфере реабилитации должны создаваться для человека, с учетом его нужд, ожиданий и потребностей, и иметь своей конечной целью формирование качественно нового уровня жизни общества.

Время ставит перед нами все более амбициозные задачи, требующие умения отвечать на вызовы здесь и сейчас, поэтому хочется пожелать всем присутствующим энергии и сил для новых свершений.

Председатель Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга ***А.Н. Ржаненков***

2019

Оглавление

РАЗДЕЛ 1 ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ, ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Злоказов А.В., Онохова Т.С. 19

МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ТИПОВЫХ БАЗОВЫХ ПЕРЕЧНЕЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ КАК ЭЛЕМЕНТ ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ С ИНВАЛИДАМИ (ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ В СООТВЕТСТВИИ С ТРЕХУРОВНЕВОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СИСТЕМОЙ

Иосифова Э.К., Валиуллина Л.А. 25

ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ ПЕРЕЧНЯ И СТАНДАРТА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА)

Шестакова Е.В. 30

РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ РАЗЛИЧНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП В КОМПЛЕКСНОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Осипов С.А. 36

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МОНИТОРИНГА ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В СУБЬЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 2018 ГОД

Порохина Ж.В., Ярков А.А., Морозова Е.В., Жукова Е.В. 40

ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ТЕХНОЛОГИЙ СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ ИНВАЛИДОВ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кожушко Л.А., Владимирова О.Н. 47

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ

Карапетян К.К., Васильченко Е.М. 51

О ПОТРЕБЕНОСТИ В ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ КАДРОВ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В СФЕРЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ

Гордиевская Е.О., Лорер В.В., Старобина Е.М., Чукардин В.А. 53

РАЗДЕЛ 2 СОЦИАЛЬНАЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ

УСЛОВИЯ ВОВЛЕЧЕННОСТИ ИНВАЛИДА В ОБЩЕСТВО

Демина Э.Н. 57

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Дробова Т.В., Кавалерчик Ю.Г. 60

ПРОБЛЕМА КАТЕГОРИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО АСПЕКТА РЕАБИЛИТАЦИИ В ОБЩЕЙ СТРУКТУРЕ НОРМАТИВНО- ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ДАННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Морозова Е.В. 63

ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Рогачева Т.В.....66

ФОРМИРОВАНИЕ ПОЗИТИВНОГО ОБРАЗА ЧЕЛОВЕКА С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Пяткина Е.С., Гринина Е.С., Шипова Л.В. 71

СОЦИАЛЬНО-СРЕДОВАЯ АБИЛИТАЦИЯ И СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ АДАПТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С МЕНТАЛЬНОЙ ИНВАЛИДНОСТЬЮ И ПСИХОФИЗИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ УЧЕБНОГО СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ. (ИЗ ОПЫТА РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ПЛОЩАДКА УЧЕБНОГО СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ «ЖИТЬ ПРОСТО!»)

Ермакова З.Д., Машурова Н.А. 75

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ И РЕЛАКСАЦИОННЫХ УПРАЖНЕНИЙ

Минина Е.Н., Бобрик Ю.В., Хаит Н. 80

УЧРЕЖДЕНИЯ КУЛЬТУРЫ В СИСТЕМЕ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ: ОПЫТ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Гильфанова И.А.....85

АРТТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРАКТИКЕ

Цветкова И.В., Бердникова Н.Ю. 90

АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ РУССКОГО МУЗЕЯ. ТЕОРЕТИЧЕСКО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ОСНОВА

Шишкина О.С. 92

СОХРАНЕНИЕ ТРАДИЦИЙ НАРОДНОГО ТВОРЧЕСТВА И РЕМЁСЕЛ РОССИИ ЛИЦАМИ С ОВЗ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Иосифова А.В. 98

ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО МЕХАНИЗМА РЕАЛИЗАЦИИ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА НАСЕЛЕНИЯ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ НА ОСНОВЕ МКФ.

Лабейко О.А.....107

АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТЕЙ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИХ ТРУДОУСТРОЙСТВА В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Шамшева Е.В., Калашников А.И., Саликова С.И. 111

УЧЕТ ВОЗМОЖНОСТИ РАЗУМНОГО ПРИСПОСОБЛЕНИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ СТЕПЕНИУТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ.

Севастьянов М.А., Пенина Г.О., Деденева И.В., Чистякова Н.П., Божков И.А. 116

ВОЗВРАЩЕНИЕ К ТРУДУ, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Полонская И.И., Сергеева В.В. 121

РАЗДЕЛ 3 РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ. РАННЯЯ ПОМОЩЬ

ЕВРОПЕЙСКИИЙ ОПЫТ ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Ишутина И.С., Ходаковский М.Д., Конева С.А. 125

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Колюка О.Е., Чернякина Т.С. 129

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОСНОВАННАЯ НА ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПО КОДАМ МКФ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Смычек В.Б., Емельянцева Т.А. 135

ОБСЛУЖИВАНИЕ НА ДОМУ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТМНР

Балашова Л.М. 140

ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В МЛАДЕНЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В АБИЛИТАЦИИ И РАННЕМ СОПРОВОЖДЕНИИ

Андрущенко Н.В, Майер М.А., Мухамедрахимов Р.Ж., Крюков Е.Ю., Иова А.С., Аринцина И.А., Аникина В.О., Потешкина О.В., Солодунова М.Ю., Чернего Д.И. 144

АНАЛИЗ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ДИССЕРТАЦИОННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ «РАССТРОЙСТВО АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА» (2008-2018)

Лорер В.В., Виноградская З.В. 148

ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ ВИДОВ АКВАРЕАБИЛИТАЦИИ НА ДИНАМИКУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГАМК У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Голубова Т.Ф., Цукурова Л.А., Власенко С.В. 151

СКАЗКОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Чалаева А.С., Бобрик Ю.В. 156

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ И ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДОШКОЛЬНИКОВ: ЖИЗНЬ В ЦВЕТЕ

Вечканова И.Г., Кириллова Е.В., Комарова Л.Р. 158

НЕЙРОГЕНЕЗ В КОМПЛЕКСЕ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В ПРОЦЕССЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Каладзе Н.Н., Мошкова Е.Д., Пономаренко Ю.Н. 164

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЕРОЗИН-НЕГАТИВНОЙ ВРОЖДЕННОЙ МИОДИСТРОФИИ У 2-Х ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА

Лебедева Н.В., Дьякова Е.С., Стрекалова С. А., Адрианов А.В., Помников В.Г., Мельникова Г.С. 170

РАЗДЕЛ 4 МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ. САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МКФ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Погольская М.А., Виноградская З.В. 173

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕННЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ ДИНАМИКИ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА И БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ишутина И.С., Потемкина С.В., Громакова С.В. 177

ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Евдокимова Т.А., Заровкина Л.А. Соломкина Н.Ю. 183

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СПИНАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Давыдов А.Т., Бутко Д.Ю. 186

РЕСПИРАТОРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Дудченко Л.Ш., Мизин В.И., Ежов В.В., Беляева С.Н., Масликова Г.Г., Кожемяченко Е.Н., Ковальчук С.И. 192

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИЙ МОЗГА И ЗРЕНИЯ У ИНВАЛИДОВ С ДИАГНОЗОМ ДЦП, АСТИГМАТИЗМ, МИОПИЯ, АМБЛИОПИЯ И КОСОГЛАЗИЕ

Габибов И.М. 196

ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пальцева М.Ф., Кобылко Л.А., Грибова И.П. 203

РЕСПИРАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ПОЗИЦИИ МКФ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Афанасьева В.В., Потапчук А.А. 206

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ КАПИЛЛЯОСКОПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Лысов Н.А., Супильников А.А., Прибытков Д.Л. 210

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ТРЕНИНГ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ CI-ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМИПАРЕЗОМ

Сикорская И.С., Святская Е.Ф., Жукова Т.В., Емельянов Г.А. 215

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ И МЫШЕЧНОЙ РЕЛАКСАЦИИ

Давыдов А.Т., Бутко Д.Ю. 219

ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМАЛЬНЫХ СЕЗОННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ЮЖНОМ БЕРЕГУ КРЫМА

Иващенко А.С., Мизин В.И., Ежов В.В., Дудченко Л.Ш., Масликова Г.Г., Беляева С.Н., Дорошкевич С.В. 223

ОПТИМИЗАЦИЯ КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ГРУППЫ. ОПЫТ САНАТОРИЯ «ТАВРИЯ» (Евпатория)

Каладзе Н.Н., Крадинова Е.А., Козачков С.П., Мошкова Е.Д. 229

ПРИМЕНЕНИЕ СОПОЧНЫХ ПЕЛИТОВ В САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ СУСТАВОВ И ПОЗВОНОЧНИКА

Ежов В.В., Мизин В.И., Царев А.Ю. 235

РАЗДЕЛ 5 АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ И ОРТЕЗИРОВАНИЯ

ПОТРЕБНОСТЬ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Копыток А.В. 240

ЗНАЧЕНИЕ ПОДГОТОВКИ И ИЗДАНИЯ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕХНИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА

Пономаренко Г.Н., Курдыбайло С.Ф., Сусляев В.Г., Евсеев С.П., Щербина К.К., Владимирова О.Н., Чекушина Г.В.....243

РОЛЬ РАННЕГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С АМПУТАЦИОННЫМИ ДЕФЕКТАМИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ: ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, ЮРИДИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Сусляев В.Г., Владимирова О.Н., Щербина К.К., Сокуров А.В., Ермоленко Т.В., Чупряев В.А. 246

РОЛЬ КОМИССИИ ФКУ «ГБ МСЭ ПО САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНТРУДА РОССИИ ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ДОРОГОСТОЯЩИХ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ В ИПРА И ПРП, В ЧАСТИ РЕКОМЕНДАЦИИ ТРАНСПОРТНОГО СРЕДСТВА, В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ГРАЖДАН САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Драч Д.А., Трекин С.В., Бессмертная О.Г., Бочкова И.А., Потапенко М.В., Садилова Л.А.....261

ВНЕДРЕНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ НА ФГУП «МОСКОВСКОЕ ПРОП» МИНТРУДА РОССИИ

Монахова М.И., Менжулова Е.А. 268

ЭТАПЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЛЕЧА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Ивасюк Г.В., Ямалдинова Е.А. 274

РАЗДЕЛ 6 ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОСТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ

Потемкина С.В., Ишутина И.С., Стадникова Г.Б.....280

ФОРМИРОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОРСОПАТИЙ С ПОЗИЦИЙ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА

Святская Е.Ф.....283

ОРТЕЗИРОВАНИЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТА

Кольцов А.А., Джомардлы Э.И.....288

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ (ПОЧКИ, ПЕЧЕНИ, СЕРДЦА)

Власова-Розанская Е.В. 292

РАЗДЕЛ 7 РАЗНОЕ

ИННОВАЦИОННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННО-ЭКСПЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ

Разумовский М.И., Разумовская А.М. 300

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНИМ С ОСТЕОПОРОЗОМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Дымнова С.Е., Сергеева В.В. 303

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Родионова А.Ю., Сергеева В.В. 308

Table of contents

SECTION 1 FORMATION OF THE SYSTEM OF COMPLEX REHABILITATION AND ABILITATION OF DISABLED AND CHILDREN WITH DISABILITIES, PILOT PROJECT. ORGANIZATIONAL AND LEGAL ASPECTS OF REHABILITATION

ORGANIZATION OF INTERDEPARTMENTAL COOPERATION IN THE SYSTEM OF SOCIAL REHABILITATION AND HABILITATION OF DISABLED PEOPLE OF SVERDLOVSK REGION

Zlokazov A.V., Onokhova T.S. 19

A MULTIFUNCTIONAL MODEL OF TYPICAL BASIC LISTS OF REHABILITATION SERVICES AS AN ELEMENT OF OPTIMIZING WORK WITH PEOPLE WITH DISABILITIES (DISABLED CHILDREN) DEPENDING ON THE TYPE OF FUNCTION IMPAIRMENT IN ACCORDANCE WITH THE THREE-LEVEL REHABILITATION SYSTEM

Iosifova E.K., Valiullina L.A. 25

APPROACHES TO THE FORMATION OF THE LIST AND STANDARD OF PROVISION OF SOCIAL REHABILITATION AND HABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES, INCLUDING CHILDREN WITH DISABILITIES (BASED ON THE RESULTS OF THE PILOT PROJECT)

Shestakova E.V. 30

REHABILITATION OF DISABLED PERSONS OF DIFFERENT NOSOLOGICAL GROUPS IN A COMPREHENSIVE REHABILITATION FACILITY

Osipov S.A. 36

ANALYSIS OF THE RESULTS OF MONITORING THE FORMATION OF A SYSTEM OF COMPREHENSIVE REHABILITATION ANDHABILITATION OF DISABLED PERSONS IN THE SUBJECTS OF THE RUSSIAN FEDERATION FOR 2018

Porohina J.V., Yarkov A.A., Morozova E.V., Zhukova E.V. 40

ASSESSMENT OF THE AVAILABILITY OF TECHNOLOGY FOR THE PLACEMENT OF PERSONS WITH DISABILITIES IN THE REGIONS OF THE RUSSIAN FEDERATION

Kozhushko L.A., Vladimirova O.N. 47

RESEARCH INSTRUMENTS IN REHABILITATION IN LOCAL PRACTICE

Karapetian K.K., Vasilchenko E.M. 51

ABOUT THE NEED FOR TRAINING IN THE SYSTEM OF SOCIAL SERVICES IN THE FIELD OF COMPLEX REHABILITATION AND HABILITATION

Gordievskaya E.O., Lorer V.V., Starobina E.M., Chukardin V.A. 53

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

CONDITIONS OF INVOLVEMENT OF PERSONS WITH DISABILITIES IN SOCIETY

Demina E.N. 57

FEATURES OF THE REHABILITATION OF PEOPLE OLD AGE

Drobova T.V., Kavalerchik Yu.G. 60

THE PROBLEM OF THE CATEGORIZATION OF THE PSYCHOLOGICAL ASPECT OF REHABILITATION IN THE GENERAL STRUCTURE OF THE REGULATORY LEGAL REGULATION OF THIS ACTIVITY

Morozova E.V. 63

PERSONAL FACTORS AFFECTING THE EFFECTIVENESS
OF THE REHABILITATION PROCESS

Rogacheva T.V. 66

THE FORMATION OF A POSITIVE IMAGE PEOPLE WITH DISABILITIES
IN A REHABILITATION CENTER

Pyatkina E.S., Grinina E.S., Shipova L.V. 71

SOCIAL AND ENVIRONMENTAL REHABILITATION AND SOCIAL HOUSEHOLD
ADAPTATION OF ADOLESCENTS WITH MENTAL DISABILITY AND PSYCHOPHYSICAL
DISORDERS BY USING THE EDUCATIONAL ACCOMPANIED ACCOMMODATION
TECHNOLOGY (FROM THE EXPERIENCE OF REALIZATION OF THE PROJECT
«AREA OF THE EDUCATIONAL ACCOMPANIED ACCOMMODATION «LIVE SIMPLY»)

Ermakova Z.D., Mashurova N.A. 75

REHABILITATION OF WOMEN WITH INCREASED LEVEL OF ANXIETY WITH THE USE OF
RESPIRATORY AND RELAXATION EXERCISES

Minina E.N., Bobrik Yu.V., Hait N. 80

THE CULTURAL INSTITUTIONS IN THE SYSTEM OF SOCIAL AND CULTURAL
REHABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES: THE EXPERIENCE
OF THE SVERDLOVSK REGION

Gilfanova I.A. 85

ART THERAPEUTIC TECHNIQUES IN REHABILITATION PRACTICE

Tsvetkova I.V., Berdnikova N.Yu. 90

THE ART-THERAPY PROGRAMS FOR REHABILITATION
OF THE STATE RUSSIAN MUSEUM. THEORETICAL AND METHODOLOGICAL BASIS

Shishkina O.S. 92

PRESERVING THE TRADITIONS OF FOLK CREATIVITY AND RUSSIAN CRAFTS
BY PEOPLE WITH HEALTH LIMITATIONS AND DISABILITIES

Iosifova A.V. 98

DEVELOPMENT OF A COMPREHENSIVE MECHANISM FOR THE IMPLEMENTATION
OF THE LABOUR POTENTIAL OF THE POPULATION WITH DISABILITIES
ON THE BASIS OF THE ICF

Labeiko O.A. 107

ANALYSIS OF THE NEEDS OF PERSONS WITH DISABILITIES OF WORKING AGE
IN VOCATIONAL REHABILITATION AND SOME ASPECTS OF THEIR EMPLOYMENT
IN THE OMSK REGION

Shamsheva E.V., Kalashnikov A.I., Salikov S.I. 111

THE ROLE OF INSTITUTIONS OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE IN THE
ORGANIZATION OF SOCIAL INSURANCE AND THE REHABILITATION
OF INJURED AT WORK

Sevastianov M.A., Penina G.O., Dedeneva I.V., Chistyakova N.P., Bozhkov I.A. 116

RETURN TO WORK, AS AN INDICATOR OF THE EFFECTIVENESS OF REHABILITATION
OF PATIENTS AND DISABLED PERSONS WITH CORONARY HEART DISEASE
AFTER CARDIAC TREATMENT

Polonskaya I.I., Sergeyeva V.V. 121

SECTION 3 REHABILITATION AND ABILITATION OF CHILDREN. EARLY CHILDHOOD INTERVENTION

EUROPEAN EXPERIENCE ON DEINSTITUTIONALISATION
OF CHILDREN WITH DISABILITY

Ishutina I.S., Khodakovskii M.D., Koneva S.A. 125

PROBLEMS THE ORGANIZATION REHABILITATION OF DISABLED CHILDREN
IN TERRITORIAL SUBJECTS OF THE RUSSIAN FEDERATION

Kolyuka O.E., Chernyakina T.S. 129

MEDICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS,
BASED ON THE ASSESSMENT OF THE FUNCTIONING OF THE ICF CODES,
TAKING INTO ACCOUNT AGE CHARACTERISTICS

Smychek V.B., Yemelyantsava T.A. 135

HOME CARE AS AN EFFECTIVE TECHNOLOGY OF SOCIAL REHABILITATION
OF CHILDREN WITH MULTIPLE DISABILITIES

Balashova L.M. 140

FEATURES OF THE STUDY OF THE MENTAL FUNCTIONING OF PREMATURE INFANTS
IN INFANCY WITH THE IMPLEMENTATION OF AN INTERDISCIPLINARY APPROACH
IN HABILITATION AND EARLY INTERVENTION

Andrushchenko N.V., Mayer M.A., Muhamedrahimov R.J., Kryukov E.Yu., Iova A.S.,
Arintsina I.A., Anikina V.O., Poteshkina O.V., Solodunova M.Yu., Chernego D.I. 144

ANALYSIS DOMESTIC DISSERTATION WORKS ON THE THEME
OF «AUTISM SPECTRUM DISORDERS» (2008-2018)

Lorer V.V., Vinogradskaya Z.V. 148

INFLUENCE OF DIFFERENT TYPES OF AQUAREHABILITATION
THE DINAMICS OF GABA IN CHILDREN WITH DISORDERS OF AUTISM SPECTRUM

Golubova T.F., Tsukurova L.A., Vlasenko S.V. 151

FAIRY TALE THERAPY IN COMPLEX REHABILITATION
OF MENTALLY RETARDED YOUNG SCHOOLCHILDREN

Chalaeva A.S., Bobrik Yu.V. 156

ALTERNATIVE AND AUGMENTATIVE COMMUNICATION IN THE PSYCHOLOGICAL AND
PEDAGOGICAL REHABILITATION OF DISABLED PRESCHOOLERS: COLOURFUL LIFE

Vechkanova I.G., Kirillova E.V., Komarova L.R. 158

NEUROGENESIS IN THE COMPLEX OF ADAPTATION REACTIONS IN CHILDREN
WITH CEREBRAL PALSY IN PROCESS OF SPA RESORT TREATMENT

Kaladze N.N., Moshkova E.D., Ponomarenko Yu.N. 164

A CLINICAL CASE OF TWO YEAR MEROSIN-DEFICIENT
CONGENITAL MUSCULAR DYSTROPHY PATIENT

Lebedeva N.V., Dyakova E.S., Strekalova S.A., Adrianov A.V., Pomnikov V.G., Melnikova G.S. ...170

SECTION 4 MEDICAL REHABILITATION. SANATORIUM AND RESORT REHABILITATION

USING ICF IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH DISEASES OF THE
MUSCULOSKELETAL SYSTEM

Pogolskaya M.A., Vinogradskaya Z.V. 173

EVALUATION OF RESULTS OF THE CARRIED OUT REHABILITATION MEASURES ON THE BASIS OF STUDYING OF DYNAMICS OF CLINICAL AND FUNCTIONAL STATUS OF THE BODY AND PAIN IN PATIENTS WITH VERTEBROGENIC PATHOLOGY

Ishutina I.S., Potemkina S.V., Gromakova S.V. 177

PHYSICAL REHABILITATION PROGRAMS FOR PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

Evdokimova T.A. , Zarovkina L.A., Solomkina N.U. 183

FEATURES REHABILITATION OF PATIENTS WITH POST-TRAUMATIC SPINAL PAIN SINDROME

Davydov A.T., Butko D.Y. 186

RESPIRATORY THERAPY IN COMPLEX REHABILITATION OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Dudchenko L.Sh., Mizin V.I., Ezhov V.V., Belyaeva S.N., Maslikova G.G., Kozhemyachenko E.N., Kovalchuk S.I. 192

INNOVATIVE METHODS OF EVALUATION AND RESTORATION OF FUNCTIONS OF THE BRAIN AND VISION IN DISABLED PEOPLE WITH DIAGNOSIS OF CP

Gabibov I.M. 196

POSSIBILITIES OF MEDICAL REHABILITATION AFTER RADICAL TREATMENT OF BREAST CANCER

Paltseva M.F., Kobylko L.A., Gribova I.P. 203

RESPIRATORY REHABILITATION PULMONARY SURGERY PATIENTS FROM A POSITION UF (A REVIEW OF THE LITERATURE)

Afanasyeva V.V., Potapchuk A.A. 206

THE USE OF COMPUTER CAPILLAROSCOPY IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH OBLITERATING DISEASES OF LOWER LIMB ARTERIES

Lysov N.A., Supilnikov A.A., Pribytkov D.L. 210

FUNCTIONAL TRAINING OF UPPER LIMBS WITH THE USE OF CI-THERAPY IN PATIENTS WITH HEMIPARESIS

Sikorskaya I.S., Sviatskaya E.F., Zhukava T.V., Emelyanau G.A. 215

EXPERIENCE OF REHABILITATION PATIENTS WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDES THE USE OF SELF-REGULATION METHODS AND MUSCLE RELAXATIONS

Davydov A.T., Butko D.Y. 219

OPTIMAL SEASONAL CHARACTERISTICS JUSTIFICATION OF THE REGIONAL PROGRAMS OF HEALTH RESORT MEDICAL REHABILITATION AT THE SOUTHERN COAST OF CRIMEA

Ivaschenko A.S., Mizin V.I., Ezhov V.V., Dudchenko L.Sh., Maslikova G.G., Beliaeva S.N., Doroshkevich S.V. 223

OPTIMIZATION OF THE SPA TREATMENT OF THE METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS OF THE GERONTOLOGICAL GROUP. EXPERIENCE OF SPA RESORT "Tavria" (Evpatoriya)

Kaladze N.N., Kradinova E.A., Kozachkov S.P., Moshkova E.D. 229

APPLICATION OF VOLCANOUS PELITES IN THE SANATORIUM AND RESORT REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC PAIN SYNDROME OF THE JOINT AND SPINE

Ezhov V.V., Mizin V.I., Tsarev A.Yu. 235

SECTION 5 ASSISTANT TECHNOLOGIES. INNOVATIVE TECHNOLOGIES OF PROSETHIZING AND ORTASING

THE NEEDS OF PEOPLE WITH DISABILITIES OF ASSISTIVE PRODUCTS OF SOCIAL REHABILITATION

Kapytok A.V. 240

IMPORTANCE OF PREPARATION AND EDITION OF EDUCATIONAL AND METHODICAL LITERATURE ON ASSISTIVE PRODUCTS OF REHABILITATION FOR ADAPTIVE PHYSICAL CULTURE AND SPORT

Ponomarenko G.N., Kurdybailo S.F., Suslyaev V.G., Evseev S.P., Shcherbina K.K., Vladimirova O.N., Chekushina G.V.....244

THE ROLE OF THE EARLY PROSTHETIC HELP IN THE SYSTEM OF REHABILITATION OF THE MILITARY PERSONNEL WITH AMPUTATION DEFECTS OF THE LOWER LIMB: ORGANIZATIONAL, LEGAL AND METHODICAL ASPECTS

Suslyaev V.G., Vladimirova O.N., Scherbina K.K., Sokurov A.V., Ermolenko T.V., Chupryaev V.A. 247

THE ROLE OF THE COMMISSION ON RECOMMENDATION OF EXPENSIVE REHABILITATION TECHNICAL TOOLS TO THE INDIVIDUAL PROGRAM OF REHABILITATION OR HABILITATION OF DISABLED PERSON AND TO THE PROGRAM OF REHABILITATION OF INJURED AT WORK PERSON, INCLUDING RECOMMENDATION OF THE TRANSPORT VEHICLE, OF THE FEDERAL STATE INSTITUTION «THE HEAD BUREAU OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE IN SAMARA REGION» OF THE MINISTRY OF LABOR AND SOCIAL PROTECTION OF THE RUSSIAN FEDERATION IN IMPROVING QUALITY OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE IN SAMARA REGION

Drach D.A., Trekin S.V., Bessmertnaya O.G., Bochkova I.A., Potapenko M.V., Sadilova L.A.....261

INTEGRATION OF DIGITAL TECHNOLOGIES IN THE MANUFACTURE OF PROSTHETIC AND ORTHOPEDIC PRODUCTS AT MOSCOW PROSTHETIC AND ORTHOPEDIC ENTERPRISE OF THE MINISTRY OF LABOUR OF RUSSIA

Monakhova M.I., Menzhulova E.A.....268

TRAUMATIC SHOULDER INJURY. STAGES OF REHABILITATION

Ivasyuk G.V., Yamaldinova E.A.....274

SECTION 6 INNOVATIVE TECHNOLOGIES OF RECONSTRUCTIVE SURGERY

OPTIMIZATION OF REHABILITATION OF PATIENTS AFTER HIP REPLACEMENT USING BIOFEEDBACK TRAINING

Potemkina S.V., Ishutina I.S., Stadnikova G.B. 280

FORMATION OF INDIVIDUAL PROGRAM OF MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS AFTER SURGICAL TREATMENT OF DORSOPATHIES WITH THE POSITION OF A MULTIDISCIPLINARY APPROACH

Sviatskaya E.F. 283

ORTHOTICS AND SURGICAL TREATMENT IN COMPLEX MEDICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH SPASTIC FORMS OF CEREBRAL PALSY DEPENDING ON THE LEVEL OF PHYSICAL ACTIVITY OF THE PATIENT

Koltsov A.A., Dzhomardly E.I. 288

REHABILITATION ASSISTANCE TO PATIENTS AFTER ORGAN TRANSPLANTATION (KIDNEY, LIVER, HEART)

Ulasova-Razanskaya E.V. 292

SECTION 7 OTHER ARTICLES

NORDIC WALKING IN MEDICAL REHABILITATION ELDERLY PATIENTS

Krysyuk O.B., Kantemirova R.K., Fidarova Z.D. 297

INNOVATION DIRECTIONS OF REHABILITATIVE-EXPERT DIAGNOSTICS OF PATIENTS AND INVALIDS AS A RESULT OF THE OPHTHALMO-PATHOLOGY

Razumovskiy M.I., Razumovskaya A.M. 300

CURRENT PROBLEMS OF RENDERING MEDICAL CARE TO A PATIENT WITH OSTEOPOROSIS OF THE ELDERLY

Dymnova S.E., Sergeeva V.V. 303

TOPICAL ISSUES OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION WITH METABOLIC SYNDROME

Rodionova A.U., Sergeeva V.V. 308

РАЗДЕЛ 1 ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ, ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ.

SECTION 1 FORMATION OF THE SYSTEM OF COMPLEX REHABILITATION AND ABILITATION OF DISABLED AND CHILDREN WITH DISABILITIES, PILOT PROJECT. ORGANIZATIONAL AND LEGAL ASPECTS OF REHABILITATION

УДК 364

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Злоказов А.В.[1], Онохова Т.С.[2]

[1]Министерство социальной политики Свердловской области
[2]ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов»
Россия, Екатеринбург

ORGANIZATION OF INTERDEPARTMENTAL COOPERATION IN THE SYSTEM OF SOCIAL REHABILITATION AND HABILITATION OF DISABLED PEOPLE OF SVERDLOVSK REGION

Zlokazov A.V.[1], Onokhova T.S.[2]

[1]Ministry of social policy of Sverdlovsk region
[2]Regional center for rehabilitation of disabled people
Russia, Ekaterinburg

Аннотация: в статье представлен опыт межведомственного взаимодействия в системе в системе социальной реабилитации и абилитации в Свердловской области с описанием деятельности реабилитационных организаций. Рассмотрены подходы к организации межведомственного взаимодействия в условиях уровневой региональной системы социальной реабилитации инвалидов. Подчеркивается, что главным результатом реформы является обеспечение результативности и эффективности процесса реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида), индивидуальной программы ранней помощи, сопровождения инвалида, семьи ребенка-инвалида.

Abstract: the article presents the experience of interdepartmental interaction in the system of social rehabilitation and habilitation in the Sverdlovsk region with the description of the activities of rehabilitation organizations. Approaches to the organization of interdepartmental interaction in the conditions of level regional system of social rehabilitation of disabled people are considered. It is emphasized that the main result of the described experience is to ensure the effectiveness and efficiency of the implementation of the individual program of rehabilitation and habilitation of a disabled person (disabled child), an individual program of early assistance, support of a disabled person, the family of a disabled child.

Ключевые слова: система социальной реабилитации и абилитации инвалидов, межведомственное взаимодействие, реабилитационная организация.

Key words: system of social rehabilitation and habilitation of disabled people, interdepartmental interaction, rehabilitation organization.

Построение региональной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов предполагает в качестве одного из основных направлений формирование и дальнейшую реализацию механизма межведомственного взаимодействия органов исполнительной государственной власти и реабилитационных организаций всех ведомств,

реализующих индивидуальную программу реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) (ИПРА). В Свердловской области реабилитационным организациям в сфере социальной защиты отводится особое место в осуществлении взаимодействия с организаций здравоохранения, образования, занятости населения, физической культуры и спорта, предоставляющих услуги в сфере реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

Цель данной статьи – представить опыт Свердловской области по отработке подходов к организации межведомственного взаимодействия в системе социальной реабилитации и абилитации инвалидов.

Сформированная в Свердловской области система социальной реабилитации и абилитации инвалидов предполагает, что все организации социального обслуживания населения, предоставляющие инвалидам (детям-инвалидам) услуги по реабилитации и абилитации, подразделяются на три уровня и четыре модели. На каждом уровне в организациях любой модели могут быть реализованы различные этапы процесса социальной реабилитации и абилитации инвалидов, в ходе которых возникает множество вопросов, требующих межведомственного взаимодействия с реабилитационными организациями иных ведомств.

Разделение реабилитационных организаций на три уровня связано с территориальной близостью к месту проживания инвалида (ребенка-инвалида). Уровневая организация социальной реабилитации и абилитации лежит в основе изменения функций реабилитационных организаций в сфере взаимодействия с участниками процесса реализации мероприятий ИПРА инвалида (ребенка-инвалида), определяет основные отличия в направлениях деятельности структурных подразделений этих организаций и специалистов этих подразделений, практически организующих взаимодействие.

Цель деятельности реабилитационной организации в реализации межведомственного взаимодействия - не только обеспечить результативность и эффективность процесса реализации ИПРА инвалидов, но и оказать инвалиду (законному представителю ребенка-инвалида) содействие в получении мер социальной защиты и социальной поддержки, во временном обеспечении его техническими средствами реабилитации (ТСР) на период решения вопросов предоставления их через фонд социального страхования.

В связи с этим в процессе межведомственного взаимодействия реабилитационной организации сферы социальной защиты предстоит обеспечить решение дополнительных задач в соответствии с тем уровнем, к которому она относится:

– сформировать систему учета инвалидов (детей-инвалидов), проживающих на данной территории, по группам инвалидности, по ведущим ограничениям жизнедеятельности, по установлению статуса (впервые, повторно или бессрочно получивших инвалидность);

– организовать учет потребностей инвалидов (детей-инвалидов) в предоставлении реабилитационных и абилитационных услуг, результатов завершения процесса комплексной реабилитации и абилитации в установленные ИПРА сроки;

– внедрить систему мониторинга социально-экономического положения инвалидов и членов их семей, для своевременного предоставления мер социальной поддержки и социальной защиты в случае его ухудшения;

– обеспечивать формирование и реализацию внутриведомственного реабилитационного маршрута в соответствии с установленными критериями;

– организовывать межведомственное и внутриведомственное взаимодействие по вопросам предоставления инвалидам (детям-инвалидам) реабилитационных и абилитационных услуг на дому;

Межведомственное взаимодействие организаций различной ведомственной принадлежности, предоставляющих в Свердловской области услуги по реабилитации и

абилитации инвалидов, осуществляется по следующим единым для всех его участников направлениям:

– обмен информацией, используемой при предоставлении услуг по реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, услуг ранней помощи и сопровождения;

– координация и осуществление совместных действий по вопросам формирования оптимального индивидуального реабилитационного маршрута, сформированного в соответствии с мероприятиями, предусмотренными ИПРА инвалида (ребенка-инвалида);

– оказание необходимой помощи инвалиду (законным представителям ребенка-инвалида) по вопросам, возникающим в процессе межведомственного взаимодействия;

– планирование совместной деятельности по формированию и реализации оптимального индивидуального реабилитационного маршрута инвалида (ребенка-инвалида).

Для реабилитационных организаций сферы социальной защиты Свердловской области существуют дополнительные направления деятельности по участию в межведомственном взаимодействии со всеми субъектами реализации мероприятий ИПРА инвалидов (детей-инвалидов), обусловленные выше названными целью и задачами взаимодействия:

– создание структурных подразделений, обеспечивающих реализацию межведомственного и внутриведомственного взаимодействия, соответствующих уровню реабилитационной организации сферы социальной защиты;

– внедрение в данных структурных подразделениях новых штатных должностей специалистов, непосредственно отвечающих за организацию процесса внутриведомственного и межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций, реализующих мероприятия ИПРА инвалидов (детей-инвалидов);

– разработка положений о структурных подразделениях, должностных инструкций специалистов, организующих межведомственное и внутриведомственное взаимодействие;

– формирование системы отчетности данных специалистов, структурных подразделений о результатах реализации межведомственного и внутриведомственного взаимодействия;

– разработка критериев и показателей оценки результативности деятельности данных специалистов, структурных подразделений;

– предоставление инвалидам (детям-инвалидам) наряду с реабилитационных социальных услуг, мер социальной защиты и социальной поддержки;

– предоставление инвалидам (детям-инвалидам) во временное пользование технических средств реабилитации, в том числе для реализации реабилитационного процесса в домашних условиях.

Деятельность реабилитационных организаций сферы социальной защиты по внутриведомственному и межведомственному взаимодействию имеет существенные отличия от деятельности организаций, предоставляющих услуги по реабилитации и абилитации инвалидов сферы здравоохранения, образования, занятости населения, физической культуры и спорта, что обусловлено:

– наличием трехуровневой организационной модели системы социальной реабилитации и абилитации, которая предусматривает, что основную нагрузку по осуществлению как внутриведомственного, так и межведомственного взаимодействия, будут нести организации территориального уровня, приближенные к месту проживания инвалида;

– необходимостью этих организаций предоставлять помимо реабилитационных, социальные услуги инвалидам (детям-инвалидам), направленные в том числе на их социальную защиту и социальную поддержку;

– наделением данных организаций полномочиями по предоставлению инвалидам (детям-инвалидам) технических средств реабилитации во временное пользование через созданные на их базе пункты и центры проката ТСР.

Отличительными особенностями осуществления внутриведомственного и межведомственного взаимодействия реабилитационными организациями в сфере социальной защиты Свердловской области являются:

– выполнение различных функций в реализации межведомственного и внутриведомственного взаимодействия реабилитационными организациями различного уровня:

– наличие в организациях различного уровня специально созданных структурных подразделений с различными целями, задачами и направлениями деятельности в сфере внутриведомственного и межведомственного взаимодействия;

– выполнение организациями территориального уровня функций уполномоченной организации в сфере внутриведомственного взаимодействия по вопросам социальной реабилитации и абилитации инвалидов;

– наделение организаций территориального уровня полномочиями по выявлению потребности инвалидов (детей-инвалидов) в предоставлении услуг по реабилитации и абилитации, мониторингу уровня удовлетворенности предоставленными услугами;

– организация и координация деятельности межведомственных реабилитационно-диагностических служб (комиссий);

– организация взаимодействия с общественными организациями инвалидов (родителей-детей-инвалидов) по вопросам социальной адаптации граждан, впервые получивших инвалидность;

– организация информационно-просветительских мероприятий для инвалидов (детей-инвалидов) с участием представителей организаций иной ведомственной подчиненности.

В организационной модели системы социальной реабилитации и абилитации Свердловской области предусмотрено, что на каждом ее уровне в реабилитационных организациях созданы структурные подразделения, отвечающие за осуществление внутриведомственного и межведомственного взаимодействия, в каждом из подразделений предусмотрены штатные единицы специалистов, непосредственно организующих деятельность по взаимодействию организаций.

Следует учесть, что организационная модель системы социальной реабилитации и абилитации инвалидов предусматривает наличие в организациях территориального (приближенного к месту проживания инвалида, в том числе ребенка-инвалида) или окружного (предоставляющего услуги для проживающих на территории управленческого округа) уровней реабилитационных отделений (далее РО), предоставляющих инвалидам (детям-инвалидам) услуги, как по социальной, так и по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. В этом случае создаются кабинет социального мониторинга (на территориальном уровне), консультирования, приема граждан и межведомственного взаимодействия (на окружном уровне).

Таблица 1. Структурные подразделения и специалисты организаций социальной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) различного уровня, непосредственно осуществляющие внутриведомственное и межведомственное взаимодействие в Свердловской области

Вид организации системы социальной реабилитации и абилитации	Исполнитель внутриведомственного и межведомственного взаимодействия	**Уровень организации**		
		Территориальный	**Окружной**	**Региональный**
Организация, имеющая РО	Структурное подразделение	Отделение социального мониторинга	Отделение консультирования, приема граждан и межведомственного взаимодействия	Отсутствует
	Специалист	Интеграционный консультант	Куратор случая	
МРЦ, СРЦ	Структурное подразделение	Отделение социального мониторинга	Отделение консультирования, приема граждан и межведомственного взаимодействия	Отделение консультирования, приема граждан и межведомственного взаимодействия
	Специалист	Интеграционный консультант	Куратор случая	Куратор случая

Вторая из возможных форм реабилитационных организаций системы социальной реабилитации – многопрофильные или специализированные реабилитационные центры (далее МРЦ, СРЦ). В подобных центрах создаются отделения социального мониторинга (на территориальном уровне), отделения консультирования, приема граждан и межведомственного взаимодействия (на окружном и региональном уровнях).

Организационная модель системы социальной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе, детей-инвалидов, в Свердловской области предусматривает, то на каждом уровне могут быть созданы различные модели организаций.

Базовая модель – предполагает предоставление услуг по социально-средовой, социально-бытовой, социально-психологической, социально-педагогической и социокультурной реабилитации. Комплексный подход к реабилитации и абилитации инвалида может быть реализован только за счет межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций здравоохранения, образования, занятости населения, физической культуры и спорта, культуры.

Оптимальная модель – отличается от базовой наличием услуг по профессиональному информированию и консультированию, по формированию и восстановлению мобильности, в том числе средствами адаптивной физической культуры. Комплексный подход к реабилитации и абилитации инвалида может быть реализован только за счет межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций здравоохранения, образования, занятости населения, физической культуры и спорта, культуры.

Расширенная модель – предполагает предоставление услуг по социально-средовой, социально-бытовой, социально-психологической, социально-педагогической и социокультурной реабилитации, профессиональному информированию и консультированию, формированию и восстановлению мобильности, в том числе

средствами адаптивной физической культуры, а также предоставление медицинских услуг в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность. Комплексный подход к реабилитации и абилитации инвалида может быть реализован, в том числе за счет межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций здравоохранения, образования, занятости населения, физической культуры и спорта, культуры.

Комплексная модель – обеспечивается за счет предоставления услуг по всем направлениям реабилитации и абилитации инвалидов:

– социально-бытовая, социально-средовая, социально-психологическая, социально-педагогическая, социокультурная,

– формирование и восстановление мобильности, в том числе средствами адаптивной физической реабилитации;

– профессиональная ориентация в части профессионального информирования, профессионального консультирования, профессионального отбора, профессионального подбора;

– медицинские реабилитация в части немедикаментозной терапии и динамического наблюдения.

Комплексный подход к реабилитации и абилитации инвалида в этой модели может быть расширен за счет межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций здравоохранения, образования, занятости населения, физической культуры и спорта, культуры. Исходя из описаний моделей очевидно, что процесс межведомственного взаимодействия обеспечивает комплексность подхода к реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) в каждой из представленных моделей, однако непосредственно порядок и содержание процесса не зависят от модели реабилитационной организации в сфере социальной защиты Свердловской области. Это объясняется тем, классификация организаций по моделям реабилитации основана на перечне и условиях предоставления реабилитационных и абилитационных услуг, что никаким образом не влияет на виды, формы, направления и содержание процесса взаимодействия.

Апробация разработанных в регионе методических рекомендаций по организации межведомственного и внутриведомственного взаимодействия в системе социальной реабилитации и абилитации инвалидов старше 18 лет на базе организаций социального обслуживания города Полевского Свердловской области доказала возможность практического применения данных методических документов в организациях различного уровня и различных моделей.

Таким образом, опыт работы региона по реализации пилотного проекта доказал, что главным результатом организации в Свердловской области процесса межведомственного взаимодействия в системе социальной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, является обеспечение результативности и эффективности процесса реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида), индивидуальной программы ранней помощи, сопровождения инвалида, семьи ребенка-инвалида за счет внедрения разработанной в области организационной модели.

УДК 364.465

МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ТИПОВЫХ БАЗОВЫХ ПЕРЕЧНЕЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ КАК ЭЛЕМЕНТ ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ С ИНВАЛИДАМИ (ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ В СООТВЕТСТВИИ С ТРЕХУРОВНЕВОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СИСТЕМОЙ

Иосифова Э.К., Валиуллина Л.А.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Методический центр развития социального обслуживания»
Россия, Сургут

A MULTIFUNCTIONAL MODEL OF TYPICAL BASIC LISTS OF REHABILITATION SERVICES AS AN ELEMENT OF OPTIMIZING WORK WITH PEOPLE WITH DISABILITIES (DISABLED CHILDREN) DEPENDING ON THE TYPE OF FUNCTION IMPAIRMENT IN ACCORDANCE WITH THE THREE-LEVEL REHABILITATION SYSTEM

Iosifova E.K., Valiullina L.A.

Budgetary institution of the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug - Ugra “Methodical center for the development of social services»
Russia, Surgut

Аннотация: В статье рассмотрен процесс создания многофункциональной матрицы в Ханты-Мансийском автономном округе, на основании действующей нормативной базы и анализа статистических данных действующей системы реабилитации в округе, которая позволит оптимизировать работу реабилитационных центров в зависимости от вида нарушений и ограничений в соответствии с трехуровневой реабилитационной системой с учетом возрастной категории.

Abstract: The article describes the process of creating a multifunctional matrix in the Khanty-Mansiysk Autonomous District, based on the current regulatory framework and statistical data obtained by analyzing the current rehabilitation system in the district, which will optimize the work of rehabilitation centers depending on the type of violations and restrictions in accordance with the three-level rehabilitation system taking into account the age category.

Ключевые слова: многофункциональна матрица, реабилитация и абилитация инвалидов (детей-инвалидов), социальные услуги, коммуникативные реабилитационные услуги, базовый уровень, расширенный уровень, комплексный уровень.

Key words: multifunctional matrix, rehabilitation and habilitation of people with disabilities (disabled children), social services, communicative rehabilitation services, basic level, advanced level, integrated level.

Актуальность. Вопросы социальной реабилитации в современном обществе с каждым днем приобретают все более значимый статус. Социальная реабилитация представляет собой комплекс мер, направленный на восстановление разрушенных или утраченных индивидом общественных связей и отношений Социальная реабилитация является сложным процессом взаимодействия личности с социальной средой. Цель социальной реабилитации - это приспособление человека к окружающей реальности, его социальная адаптация, восстановление социального статуса, достижение материальной независимости.

Социальная реабилитация представляет собой процесс, результат которого может быть достигнут при проведении социально-реабилитационных мероприятий, в том числе в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида,

индивидуальной программой реабилитации инвалида; проведении мероприятий социальной реабилитации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, индивидуальной программы реабилитации инвалидов (детей-инвалидов); осуществлении динамического контроля за процессом реабилитации; разработке индивидуальных рекомендаций по дальнейшей жизнедеятельности в постреабилитационный период.

В связи с чем представляется интерес поиска новых решений для оптимизации работы с инвалидами (детьми-инвалидами) в зависимости от вида нарушений функций в соответствии с трехуровневой реабилитационной системой.

Цель проекта оптимизация деятельности учреждений в рамках реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) по всем видам нарушений с распределением в рамках трехуровневой реабилитационной системы, путем создания многофункциональной матрицы.

Методы. Проведен мониторинг потребности целевых групп инвалидов (детей-инвалидов) в зависимости от вида и степени нарушений жизнедеятельности в разрезе муниципальных образований Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Данные получены путем применения метода статистического анализа, в частности сводки и группировки материалов статистического наблюдения и абсолютных и относительных статистических величин. Полученные данные свидетельствовали о нерациональном использовании материальных и человеческих ресурсов.

В Российской Федерации и Ханты-Мансийском автономном округе – Югре действуют нормативно-правовые документы, регламентирующим деятельность в области оказания социальных услуг:

1. ГОСТ Р 57760-2017. Национальный стандарт Российской Федерации. Социальное обслуживание населения. Коммуникативные реабилитационные услуги гражданам с ограничениями жизнедеятельности. Данный стандарт отражает новое направление, связанное с коммуникативным потенциалом, на основе которого формируются коммуникативные способности человека, а также ориентированы на конкретную и реально достижимую цель. Стандартом определены социально-реабилитационные мероприятия в сфере социального обслуживания (услуги по медицинской реабилитации, услуги по социальной реабилитации) [2].

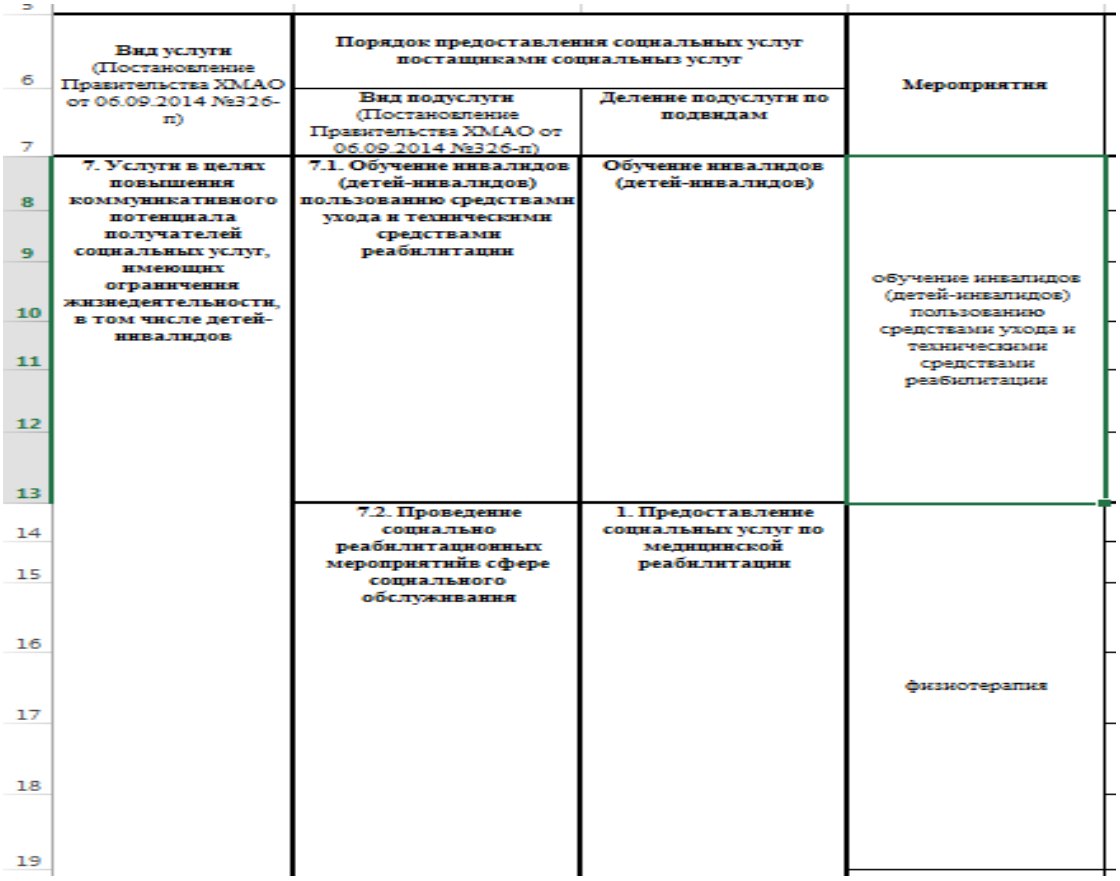
2. Постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 06.09.2014 г. №326-п «О порядке предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре». Постановлением Правительства услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов разграничены на подуслуги: обучение инвалидов (детей-инвалидов) пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации; проведение социально- реабилитационных мероприятий в сфере социального обслуживания [3].

3. Приказ Минтруда России № 700 от 27.09.2017 г. «О примерных штатных нормативах организаций, представляющих услуги социальной и профессиональной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов». Данный приказ разграничивает штатные нормативы по трем уровням (базовый, расширенный и комплексный), каждый последующий уровень зависит от их структурно- функциональной модели организации комплексной реабилитации инвалидов, детей-инвалидов. Организации, предоставляющие услуги по социальной реабилитации инвалидов, детей-инвалидов, расширенного и комплексного уровней отличаются более широким спектром услуг по комплексной реабилитации [1].

Поскольку, любой проект требует соблюдение причинно-следственной связи и экономии материальных и человеческих ресурсов, встала необходимость создания некоего продукта – многофункциональной матрицы, позволившего систематизировать и

обобщить полученные методом статистического анализа данные и перенести на действующую нормативно-правовую базу для оптимизации деятельности мероприятий, направленных на социальную реабилитацию любой возрастной категории.

Результаты. Многофункциональная матрица носит аккумулирующую составляющую, которая систематизирует ряд элементов в единое целое. Коммуникативные услуги представляются комплексно, последовательно и непрерывно [3] специалистами разных профессий и на разных уровнях (рисунок 1).



Вид услуги (Постановление Правительства ХМАО от 06.09.2014 №326-п)	Порядок предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг		Мероприятия
	Вид подуслуги (Постановление Правительства ХМАО от 06.09.2014 №326-п)	Деление подуслуги по подвидам	
7. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов	7.1. Обучение инвалидов (детей-инвалидов) пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации	Обучение инвалидов (детей-инвалидов)	обучение инвалидов (детей-инвалидов) пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации
	7.2. Проведение социально реабилитационных мероприятийв сфере социального обслуживания	1. Предоставление социальных услуг по медицинской реабилитации	физиотерапия

Рис.1. Детализация услуг в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов.

В соответствии с индивидуальной программой реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) предусмотрено тесное взаимодействие с соответствующими реабилитационными учреждениями [2] (рисунок 2).

	Вид услуги (Постановление Правительства ХМАО от 06.09.2014 №326-п)	Порядок предоставления социальных услуг постащиками социальныз услуг		Мероприятия	категория целевой группы	уровень учреждения
		Вид подуслуги (Постановление Правительства ХМАО от 06.09.2014 №326-п)	Деление подуслуги по подвидам			
8	7. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов	7.1. Обучение инвалидов (детей-инвалидов) пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации	Обучение инвалидов (детей-инвалидов)	обучение инвалидов (детей-инвалидов) пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации	дети	базовый
9					взрослые	
10					дети	расширенный
11					взрослые	
12					дети	комплексный
13					взрослые	
14		7.2. Проведение социально реабилитационных мероприятийв сфере социального обслуживания	1. Предоставление социальных услуг по медицинской реабилитации	физиотерапия	дети	базовый
15					взрослые	
16					дети	расширенный
17					взрослые	
18					дети	комплексный
19					взрослые	

Рис.2. Распределение услуг в соответствии с уровнями учреждений (базовый, расширенный, комплексный)

Каждый этап предоставления услуг ориентирован на конкретную и реально достижимую цель [1] (рисунок 3).

Вид услуги (Постановление Правительства ХМАО от 06.09.2014 №326-п)	Порядок предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг		Мероприятия	категория целевой группы	уровень учреждения	нарушение слуха		
	Вид подуслуги (Постановление Правительства ХМАО от 06.09.2014 №326-п)	Деление подуслуги по подвидам				1 ст	2 ст	3 ст
7. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов	7.1. Обучение инвалидов (детей-инвалидов) пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации	Обучение инвалидов (детей-инвалидов)	обучение инвалидов (детей-инвалидов) пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации	дети	базовый	нет	нет	нет
				взрослые		нет	нет	нет
				дети	расширенный	30 мин 1 раз в неделю	30 мин 1 раз в неделю	30 мин 1 раз в неделю
				взрослые		20 мин. 1-2 раза в год	20 мин. 1-2 раза в год	20 мин. 1-2 раза в год
				дети	комплексный	30 мин 1 раз в неделю	30 мин 1 раз в неделю	30 мин 1 раз в неделю
				взрослые		20 мин. 1-2 раза в год	20 мин. 1-2 раза в год	нет

Рис.3. Объем, состав и содержание мероприятий по оказанию помощи инвалидам (детям-инвалидам) в зависимости от вида нарушений и степени ограничений.

На сегодняшний день работа над внедрением многофункциональной матрицы ведется активно, определены пилотные территории по реализации проекта и составления индивидуального плана социально-реабилитационных мероприятий в зависимости от вида нарушений функций в соответствии с трехуровневой реабилитационной системой.

Выводы. Разработка многофункциональной матрицы позволила оптимизировать управленческие процессы в части принятия решений по составлению индивидуального плана по социальной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) в зависимости от вида нарушений функций в соответствии с трехуровневой реабилитационной системой.

Список литературы:

1. Приказ Минтруда России № 700 от 27 сентября 2017 г. «О примерных штатных нормативах организаций, предоставляющих услуги по социальной и профессиональной реабилитации инвалидов и детей инвалидов».

2. ГОСТ Р 57760-2017. Национальный стандарт Российской Федерации. Социальное обслуживание населения. Коммуникативные реабилитационные услуги гражданам с ограниченными возможностями жизнедеятельности» (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 04.10.2017 № 1324-ст).

3. Постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 6 сентября 2014 года № 362-п «О порядке предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре».

References:

1. Prikaz Mintruda Rossii № 700 ot 27 sentyabrya 2017 g. «O primernyh shtatnyh normativah organizacij, predostavlyayushchih uslugi po social'noj i professional'noj reabilitacii invalidov i detej invalidov».

2. GOST R 57760-2017. Nacional'nyj standart Rossijskoj Federacii. Social'noe obsluzhivanie naseleniya. Kommunikativnye reabilitacionnye uslugi grazhdanam s

ogranichennymi vozmozhnostyami zhiznedeyatel'nosti» (utv. i vveden v dejstvie Prikazom Rosstandarta ot 04.10.2017 № 1324-st).

3. Postanovlenie Pravitel'stva Hanty-Mansijskogo avtonomnogo okruga – Yugry ot 6 sentyabrya 2014 goda № 362-p «O poryadke predostavleniya social'nyh uslug postavshchikami social'nyh uslug v Hanty-Mansijskom avtonomnom okruge – Yugre».

УДК 364

ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ ПЕРЕЧНЯ И СТАНДАРТА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА)

Шестакова Е.В.

ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов»

Россия, Екатеринбург

APPROACHES TO THE FORMATION OF THE LIST AND STANDARD OF PROVISION OF SOCIAL REHABILITATION AND HABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES, INCLUDING CHILDREN WITH DISABILITIES (BASED ON THE RESULTS OF THE PILOT PROJECT)

Shestakova E.V.

State Autonomous Institution of Sverdlovsk region
"Regional center for rehabilitation of disabled people"
Russia, Ekaterinburg

Аннотация: В статье рассмотрены нормативные правовые подходы к формированию стандарта предоставления услуг по социальной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, перечень реабилитационных абилитационных услуг. Сформулированы предложения по созданию проекта стандарта реабилитационных и абилитационных услуг по социальной реабилитации. Описаны этапы апробации проектов стандарта по организации основных направлений социальной реабилитации. Предложена структура содержания основных положений проекта стандарта по социальной реабилитации и абилитации инвалидов.

Abstract: the article deals with normative and legal approaches to the formation of standards for the provision of services of social rehabilitation and habilitation of persons with disabilities, including children with disabilities, a list of rehabilitation habilitation services. Proposals for the creation of a draft standard of rehabilitation and habilitation services for social rehabilitation are formulated. The stages of approbation of the standard projects on the organization of the main directions of social rehabilitation are described. The structure of the content of the main provisions of the draft standard for social rehabilitation and habilitation of disabled people is proposed.

Ключевые слова: стандарт предоставления услуг по социальной реабилитации и абилитации; реабилитационная услуга.

Key words: standard of social rehabilitation and habilitation services; rehabilitation service.

В последние годы Российская Федерация предпринимает значительные усилия для повышения качества жизни людей с инвалидностью. Ратификация Конвенции ООН о правах инвалидов (2012), принятие федеральных законов свидетельствует о намерении государства и общества создавать условия для реализации норм Конвенции, в частности,

«наделить инвалидов возможностью для достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей, полного включения и вовлечения во все аспекты жизни. С этой целью государства-участники *организуют, укрепляют и расширяют комплексные абилитационные и реабилитационные услуги и программы*, особенно в сфере здравоохранения, занятости, образования и социального обслуживания» [2].

Актуальность обозначенной темы обусловлена необходимостью исполнения норм Конвенции («государства-участники организуют, укрепляют и расширяют комплексные абилитационные и реабилитационные услуги и программы») [2] и сложившейся практикой, по данным, указанным в Первоначальном докладе Российской Федерации о выполнении Конвенции о правах инвалидов. В настоящее время в Российской Федерации функционирует «сеть реабилитационных учреждений, включающая:

- 1411 стационарных учреждений социального обслуживания;
- 134 стационарных учреждений социального обслуживания для детей-инвалидов;
- 1986 центров, из них 1448 комплексных центров социального обслуживания с 11601 отделениями социального обслуживания на дому, 864 социально-реабилитационными службами (отделений, кабинетов и т.д.);
- 600 реабилитационных центров;
- 11 колледжей-интернатов» [4].

Однако до настоящего времени отсутствует единая система реабилитации инвалидов, не сформулирован перечень реабилитационных абилитационных услуг, не утверждена система, определяющая содержание реабилитационных и абилитационных услуг, объем, периодичность их предоставления, требования к условиям и качеству их оказания.

Цель данной статьи - рассмотреть подходы к формированию перечня услуг по социальной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей – инвалидов и сформулировать предложения по разработке проекта стандарта реабилитационных и абилитационных услуг по социальной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей – инвалидов.

Свердловская область на основании Приказа Минтруда России от 18.08.2016 N 436н «Об утверждении технического задания пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов» включена в данный пилотный проект. Одной из задач в рамках пилотного проекта выступает *апробация* и *внедрение* проектов стандартов по организации основных направлений реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов с учётом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности (по социально-средовой, социально-педагогической, социокультурной, социально-психологической, социально-бытовой реабилитации), разработанных Федеральным бюро медико-социальной экспертизы (далее ФГБУ ФБ МСЭ) Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

Реализация поставленной задачи осуществлялась поэтапно:

1 этап. Анализ предложенных к апробации примерных Стандартов по организации основных направлений реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, с учётом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности (по социально-средовой, социально-педагогической, социокультурной, социально-психологической, социально-бытовой реабилитации), разработанных Федеральным бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (далее примерные Стандарты).

2 этап. Анализ зарубежного и отечественного опыта по вопросам реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей инвалидов.

3 этап. Апробация примерных Стандартов и соотнесение теоретических аспектов, изложенных в методических документах, с практической деятельностью в реабилитационных отделениях Свердловской области.

4 этап. Анализ результатов апробации.

5 этап. Внесение предложений по доработке (в соответствии с пунктом 5 технического задания «Подготовка субъектом Российской Федерации предложений по доработке методических, методологических, технических, нормативных документов по результатам их апробации») стандартов.

Был сформирован Перечень услуг по социальной реабилитации и абилитации, предоставляемых реабилитационными организациями в Свердловской области на основании следующих документов:

- Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее МКФ);
- Федерального закона от 24.11.1995г. №181 ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;
- Проектов стандартов по организации основных направлений реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов с учётом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности (по социально-средовой, социально-педагогической, социокультурной, социально-психологической, социально-бытовой реабилитации), разработанные ФГБУ ФБ МСЭ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации;
- Национальных стандартов, в которых дана классификация основных направлений реабилитации и видов реабилитационных услуг (ГОСТ Р 53874-2010; ГОСТ Р 54738-2011; ГОСТ Р 53349-2009).

Виды услуг по социальной реабилитации и абилитации, предоставляемых реабилитационными организациями в Свердловской области, состоят из перечня услуг:

- по социально-бытовой реабилитации и абилитации;
- по социально-средовой реабилитации и абилитации;
- по социально-психологической реабилитации и абилитации;
- по социокультурной реабилитации и абилитации;
- по социально-педагогической реабилитации и абилитации;
- по формированию и восстановлению мобильности;
- по обеспечению пребывания в реабилитационной организации при оказании услуг по социальной реабилитации и абилитации.

По результатам апробации потребовалось установление единых требований к содержанию реабилитационных и абилитационных услуг, объему, периодичности их предоставления, к условиям и качеству их оказания. Для достижения поставленной цели последовательно была проведена следующая деятельность:

1. Классификация существующей нормативно-правовой базы по функциональному назначению:

- нормативно-правовые акты, определяющие идеологию реабилитации и абилитации инвалидов, имеющие теоретико-методологическое значение;
- национальные стандарты, в которых дана классификация основных направлений реабилитации и видов реабилитационных услуг;
- национальные стандарты, в которых изложены требования к условиям предоставления реабилитационных услуг;
- национальные стандарты, которые устанавливают правила и порядок контроля качества реабилитационных услуг.

Проведенный анализ нормативно-правовой базы показал, что национальные стандарты не содержат требований к объёму реабилитационных услуг, периодичности их предоставления, порядку оказания, в действующей НПА существуют смысловые и терминологические противоречия. Так, перечисленные основные направления

реабилитации и абилитации инвалидов в Федеральном законе от 24.11.1995 г. №181 ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» в ГОСТ Р 53874-2010 трансформируются в услуги по социальной реабилитации инвалидов, эффективность услуг по социальной реабилитации инвалидов в соответствии с п.4.10. стандарта ГОСТ Р 54738-2011 характеризуется расширением социального функционирования, появлением способности к самообслуживанию, общению, возвращению к профессиональной деятельности. Однако в соответствии с ISO 9000:2015 под эффективностью понимается экономический показатель «соотношение между достигнутым результатом и использованными ресурсами» [1].

Следовательно, существующая нормативно-правовая база, регламентирующая вопросы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, нуждается в актуализации. На основании проведенного анализа нормативно-правовой базы можно предложить следующие подходы к построению структуры, содержанию основных положений проекта стандарта. Услуги должны быть сгруппированы по следующим критериям:

1. По направлениям социальной реабилитации:

- социально-бытовая;
- социально-средовая;
- социально-психологическая;
- социально-педагогическая;
- социокультурная;
- формирование и восстановление мобильности;
- услуги по обеспечению пребывания в реабилитационной организации при оказании услуг по социальной реабилитации и абилитации.

2. По формам обслуживания:

- на дому;
- в полустационарной (амбулаторной) форме;
- в стационарной форме.

3. По формам предоставления услуги:

- в индивидуальной форме;
- в групповой форме.

4. Описание услуг по социальной реабилитации и абилитации должно содержать требования по следующим структурным элементам:

Наименование услуги	Содержание услуги	Сроки предоставления услуги и её продолжительность	Условия оказания услуги		Показатели, характеризующие качества услуги
			Специалисты	*Оборудование для оказания услуги*	
Содержание структурных элементов проекта стандарта:					
Обозначение услуги, позволяющее отличить одну «сущность» от другой	Описано содержание услуги, состоящее из направлений деятельности, этапов её оказания, требований к документальному	Описаны требования к: - периодичности предоставления услуги; - продолжительности оказания услуги. Указана единица услуги	Укомплектованность поставщика услуг специалистами и их квалификация	Специальное и табельное, техническое оснащение поставщика услуг	Своевременность предоставления услуги; Соответствие установленным стандартом требованиям; Физическая и информационная

	сопровождению услуги				доступность услуги; Удовлетворенность потребителя услуги

Нормативно-правовые основания и методические документы, использованные для построения отдельных структурных элементов проекта стандарта:

Наименование услуги	ГОСТ Р 53874-2010 «Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг»; ГОСТ Р 54738-2011 «Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов»; ГОСТ Р 53349-2009 «Социальное обслуживание населения. Реабилитационные услуги гражданам пожилого возраста. Основные виды»; (Проект) ГОСТР 53874-2017 «Реабилитация и абилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных и абилитационных услуг»; Проекты стандартов по организации основных направлений реабилитации и абилитации (по социально-средовой, социально-педагогической, социокультурной, социально-психологической, социально-бытовой реабилитации) разработанные ФГБУ ФБ МСЭ; Наименование услуг в рамках нового направления реабилитации и абилитации «Формирование и восстановление мобильности» сформулировано на основании положений МКФ
Содержание услуги	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.
Сроки предоставления услуги и её продолжительность	Методические рекомендации «Предложения по формированию штатной численности организации (социально-реабилитационных отделений) социального обслуживания населения, оказывающих услуги инвалидам по направлениям социальной реабилитации и абилитации», разработанные в рамках пилотного проекта Свердловской областью
Условия оказания услуги	*Специалисты:* Профессиональные стандарты; ГОСТ Р54735-2011 «Реабилитация инвалидов. Требования к персоналу учреждений реабилитации инвалидов». *Оборудование для оказания услуги:* ГОСТ Р 54736-2011 «Реабилитация инвалидов. Специальное техническое оснащение учреждений реабилитации инвалидов»; Проект ГОСТ Р 51260-2017 Тренажеры реабилитационные; Проект стандарта оснащения реабилитационных организаций социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов разработанные ФГБУ ФБ МСЭ; Методические рекомендации «Оснащение реабилитационных организаций» разработанные в рамках пилотного проекта Свердловской областью
Показатели, характеризующие качество услуги	ГОСТ Р 55138-2012 «Реабилитация инвалидов. Качество реабилитационных услуг»; ГОСТ ISO 9000:2015 «Система менеджмента качества»;

	ГОСТ Р 52131-2003 «Средства отображения информации знаковые для инвалидов»; ГОСТ Р 51671-2000 «Средства связи и информации технические общего пользования, доступные для инвалидов. Классификация. Требования доступности и безопасности»; СП 59.13330.2012. «Свод правил. Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения»; СП 35-104-2001 «Здания и помещения с местами труда для инвалидов» т.д.

Обозначенные подходы реализованы в проекте стандарта предоставления услуг по социальной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, разработанные Свердловской областью в ходе пилотного проекта. Назначение проекта стандарта предоставления услуг по социальной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, состоит в урегулировании взаимоотношений между всеми заинтересованными сторонами, которыми являются:

Потребители услуг (задача - обеспечение гарантий получения реабилитационных и абилитационных услуг в гарантированном объеме и надлежащего качества).

Реабилитационные организации (необходим документ, регламентирующий деятельность в процессе оказания реабилитационных и абилитационных услуг и взаимодействие с потребителем услуг).

Министерство социальной политики Свердловской области (задачи - обоснование стоимости реабилитационной услуги; разработка механизма контроля за качеством оказания реабилитационной и абилитационной услуги; определение единых требований ко всем поставщикам услуг, включая негосударственные (коммерческие и некоммерческие) организации, в том числе социально ориентированные некоммерческие организации, предоставляющие реабилитационные и абилитационные услуги).

3. Финансовый орган (задача - планирование бюджета и оценка эффективности бюджетных расходов).

Выводы. Апробация проектов Стандартов в практическую деятельность реабилитационных отделений Свердловской области показала, что в методических документах сформулированы цели каждого из направлений реабилитации, описаны этапы реабилитации, выделены основные мероприятия в рамках реабилитационных направлений с учетом нарушенных функций инвалидов. Тем не менее, для практического применения предлагаемых проектов Стандартов необходимо выделить перечень услуг по основным направлениям реабилитации, описать содержание реабилитационных и абилитационных услуг, определить объем, периодичность их предоставления, установить требования к условиям и качеству их оказания.

Список литературы:

1. ГОСТ ISO 9000:2015 «Система менеджмента качества». М.: Стандартинформ, 2018. 53 с

2. Конвенция о правах инвалидов / http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml.

3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) с изменениями и дополнениями по состоянию на 2016 год. СПб.: ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А.Альбрехта, 2017. 223 с.

УДК 331

РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ РАЗЛИЧНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП В КОМПЛЕКСНОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Осипов С.А.

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

REHABILITATION OF DISABLED PERSONS OF DIFFERENT NOSOLOGICAL GROUPS IN A COMPREHENSIVE REHABILITATION FACILITY

Osipov S.A.

Budgetary institution of the Voronezh region «Voronezh Regional
Rehabilitation Center for the Disabled of a Young Age»,
Russia, Voronezh

Аннотация: Статья посвящена вопросам применения инновационных технологий реабилитации и абилитации инвалидов в комплексном реабилитационном учреждении, рассмотрен опыт регионального реабилитационного учреждения по восстановлению социально-трудового статуса инвалидов различных нозологических групп, дано определение медико-социальной реабилитации.

Abstract: The article is devoted to the issues of using the rehabilitation or habilitation innovation technologies for the disabled people in a comprehensive rehabilitation facility, the experience of the regional rehabilitation institution for restoring the social and labor status of disabled people of different nosological groups, definition of the medical and social rehabilitation for disabled people of working age is given.

Ключевые слова: инвалид, реабилитация инвалидов, медико-социальная реабилитация, инвалиды различных нозологических групп.

Key words: disabled, rehabilitation of disabled persons, medical and social rehabilitation, disabled persons of different nosological groups.

Вступление. Конвенция о правах инвалидов, ратифицированная Российской Федерацией, определила содержание процесса реабилитации и абилитации инвалидов как «достижение и сохранение максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения и вовлечения во все аспекты жизни» [1,2]. Реабилитация рассматривается как комплексный системный процесс восстановления социальных и трудовых функций.

Актуальность и цели. Ежегодно в Воронежской области комиссиями ФКУ «Главное бюро МСЭ по Воронежской области» Минтруда России (далее МСЭ) разрабатывается более 50 тыс. индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов (далее ИПРА). Основной целью в области реинтеграции инвалидов в общество становится поиск эффективных технологий реабилитации и абилитации на основе комплексного подхода.

Методы. Ведущее место в социализации инвалидов и вовлечении их в трудовую сферу деятельности занимает реабилитация.

В бюджетном учреждении Воронежской области «Воронежский областной реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста», действующем с 1994 года, разработана и апробирована технология комплексного предоставления услуг социальной, психологической и профессиональной реабилитации для инвалидов различных нозологических групп. К социальному аспекту реабилитации отнесены мероприятия обучения технике и методическим приемам самообслуживания, адаптационное обучение

пользованию инфраструктурой поселения, обучение пользованию средствами реабилитации, арт-терапия.

В рамках психологической реабилитации осуществляется психологическое консультирование, психологическая коррекция, проводятся психологические тренинги.

К профессиональному аспекту реабилитации отнесены профессиональная ориентация, включая профессиональное информирование и консультирование, профессиональный подбор (отбор), проводимый с помощью психологического тестирования и профессиональных проб-тестов с выполнением простейших трудовых операций по планируемой затем профессиональной подготовке. Профессиональная подготовка и трудовая адаптация завершают мероприятия профессиональной реабилитации. В центре реабилитации профессиональная подготовка проводится по 20 направлениям, в том числе швея, столяр, плотник, водитель категории «В», раскройщик, оператор ЭВ и ВМ без зрительного контроля, оператор ЭВ и ВМ, реализуются прикладные программы: компьютерная графика, складской учет, ремонт ПК, программы народного творчества: бисероплетение, художественное плетение из ивового прута, изготовление мягкой игрушки и другие.

Ежегодно в Центре реабилитации получают услуги по реализации ИПРА инвалиды, страдающие заболеваниями, распределенными более чем по 10 нозологическим группам. Введение новой технологии работы, содержащей комплексность и этапность реабилитации, позволяет предоставлять услуги инвалидам как индивидуально, так и в группе. В таблице 1 показаны характеристики основных этапов реабилитации.

Таблица 1. Характеристика основных этапов комплексной профессиональной и социальной реабилитации инвалидов

Этап	Характеристика	Основные мероприятия
I. Профессиональная ориентация, включающая: 1. Изучение психофизиологических функций 2. Профессиональное информирование, консультирование 3. Профессиональная проба, профессиональный подбор	Система и процесс определения структуры наиболее развитых способностей, показаний и противопоказаний к конкретным видам трудовой деятельности (учебе) в определенных условиях	Диагностическое собеседование и обследование, тестирование социально-значимых личностных и профессионально важных качеств, общих и профессиональных знаний и умений, подбор технических средств реабилитации. Выбор профессий, наиболее востребованных на рынке труда и отвечающих условиям рационального трудоустройства с учетом реабилитационного прогноза. Разработка индивидуального плана реабилитации (медико-социальной и профессиональной)
II. Восстановление и коррекция социально и профессионально важных качеств. Допрофессиональная подготовка	Система и процесс развития социальных навыков, профессионально важных функций, психологическая коррекция, восстановление утраченных, передача новых знаний, умений,	Обучение жизнедеятельности в обычной социальной среде с учетом инвалидности, обучение использованию технических средств и приспособлений, выполнению трудовых операций ручным и механическим инструментом. Реализация образовательных программ, восстановление общих и

	социально-бытовая и средовая адаптация, творческая реабилитация	профессиональных знаний, умений, психологические тренинги, медицинская поддержка, адаптация к учебному месту, режиму, техническим средствам обучения
III. Профессиональное обучение	Система и процесс передачи знаний, умений, навыков в области рекомендуемой профессиональной деятельности	Реализация программ профессионального обучения обычных или адаптированных к возможностям восприятия реабилитанта. Информационное, психологическое, медицинское сопровождение учебного процесса
IV. Профессионально-трудовая адаптация	Система и процесс определения оптимального уровня производственных нагрузок, приспособление инвалида к условиям реально действующего производства	Реализация программ адаптации жизнедеятельности инвалидов в условиях реальных производств, установление режимов труда и отдыха, психологическая и технологическая адаптация к рабочему месту и оборудованию, психологический тренинг, медицинская поддержка
V. Содействие рациональному трудоустройству	Система и процесс организации и правовой регламентации трудовой деятельности	Информирование и консультирование медицинское, профессиональное. Проведение специальных мероприятий содействия занятости

Анализ, проведенный за 2017-2018 годы, показывает, что Центром реабилитации обслужено более 900 человек.

Все инвалиды, обратившиеся в Центр реабилитации, нуждались в услугах социальной реабилитации и консультировании по вопросам реабилитации и социальной защиты. В услугах профессиональной реабилитации нуждались почти 70% инвалидов, из их числа наибольшая потребность (у 86,1%) – в получении новой профессии и трудовой адаптации.

Помимо перечисленных услуг при адаптации инвалидов к рабочему (учебному) процессу, адаптации к техническим средствам реабилитации, выполнению бытовых операций возникает потребность в медико-социальных услугах.

Термин «медико-социальная реабилитация инвалидов», широко применяемый на практике и встречающийся во многих литературных источниках, - законодательно не закреплен. В то же время проводимые для инвалидов мероприятия по приспособлению их к активной жизнедеятельности носят междисциплинарный характер, включающий социальный и медицинский аспекты. Так, при обучении инвалидов использованию технических средств реабилитации, применению здоровьесберегающих технологий при овладении профессией, обучении приемам самообслуживания, выполнении трудовых операций и других услугах реабилитации, относящихся к направлению социальной реабилитации, одновременно требуются медицинские рекомендации.

Данные мероприятия, проводимые совместно медицинскими работниками и специалистами по реабилитации, на наш взгляд, могли бы быть отнесены к инновационным мероприятиям медико-социальной реабилитации как к самостоятельному направлению реабилитационной работы.

Обобщая имеющийся опыт в области реабилитации, в т.ч. опыт специалистов Центра реабилитации в данном направлении, предлагается следующее определение услуги «медико-социальная реабилитация».

Медико-социальная реабилитация инвалидов – это интегрированный процесс, сочетающий методы медицинского воздействия и социальной реабилитации, осуществляемый в целях восстановления, коррекции и формирования наиболее важных качеств, навыков и умений, способствующих вовлечению инвалидов в социум и трудовую сферу деятельности.

Инновации (от англ. innovation - нововведение) – проявляются в совместной реабилитационной работе врачей и специалистов в области социальной работы при создании школ обучения самостоятельной жизнедеятельности на базе комплексных многопрофильных центров реабилитации инвалидов. Инновации как введение нового в цели и содержание реабилитационной деятельности, основанной на использовании опыта социальной работы и медицинского сопровождения, внедряются при организации работы учебных квартир, целью которых является обучение инвалидов, имеющих неблагоприятный реабилитационный прогноз, самостоятельному проживанию с сопровождением.

Результаты. В настоящее время в Воронежской области на базе Воронежского центра реабилитации инвалидов молодого возраста реализуется проект «Ресурсный центр адаптивной занятости молодых инвалидов с ментальными нарушениями», целью которого является создание условий для получения полного цикла услуг реабилитации или абилитации молодых инвалидов путем формирования новых мест для адаптивной занятости, профессиональной ориентации, социально-трудовой адаптации инвалидов. С этой целью построена теплица для занятий цветоводством, растениеводством, примыкающая к садовому участку. В учебно-производственных мастерских обувной, столярной, народного творчества выделены места трудовой адаптации. Созданы места для профессиональной ориентации инвалидов с ментальными нарушениями. С целью реализации задач реабилитации Центр взаимодействует с социальными партнерами, в т.ч. органами занятости, образования, медицины и другими организациями. Для развития системы реабилитации, решения вопросов организационно-экономического взаимодействия, формирования комплексного подхода к реабилитации стратегическое значение могло бы иметь принятие Федерального закона «О реабилитации инвалидов».

Выводы. Совершенствование законодательства и формирование новых подразделений в дополнение к имеющимся отделениям позволят развернуть инновационные направления в реабилитационной работе и предоставлять завершенный цикл реабилитационных услуг инвалидам разных нозологических групп, обсуживающимся в комплексных центрах реабилитации.

Список литературы:

1. Конвенция о правах инвалидов: принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года. [Электронный ресурс] URL: http://ombudsmanspb.ru/files/files/OON_02_site.pdf (Дата обращения: 14.02.2019).
2. Федеральный закон от 03.05.2012 № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» URL: http://www.kremlin.ru/acts/bank/35237 (Дата обращения 14.02.2019).
3. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов» (в ред. Федерального закона от 19.12.2016 № 461-ФЗ)//СЗ РФ.1995 .- №48.
4. Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания инвалидов (Собрание Законодательства Российской Федерации), 2013, № 52, ст.7007; 2014, № 30, ст.4257.
5. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 23 апреля 2018 года N 275 «Об утверждении примерных положений о многопрофильных

реабилитационных центрах для инвалидов и детей-инвалидов, а также примерных перечней оборудования, необходимого для предоставления услуг по социальной и профессиональной реабилитации и абилитации инвалидов и детей инвалидов». URL: http://docs.cntd.ru/document/557298070 (Дата обращения: 04.03.2019).

6. Базовый (отраслевой) перечень услуг и работ в сфере «Социальная защита населения», утвержденный Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации от 06.10.2016 г. URL: https://bus.gov.ru/pub/services?activity=22&order=order1&orderAsc=true (Дата обращения: 04.03.2019).

7. ГОСТ Р 53874-2010 Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг. URL :http:vsegost.com/ Catalog /51/51159.shtm (Дата обращения: 04.03.2019).

8. Тен Е.Е. Основы медицинских знаний: Учебник/ Е.Е. Тен.- М.; Мастерство, 2002. 256 с.

9. Сухова Л.С. Основы медико-социальной реабилитации: Оккупациональная терапия / -М.: Издательство «Свято-Димитриевское училище сестер милосердия», 2003. 80с.: ил.

10. Сухова Л.С. Современные подходы к медико-социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями: диссертация … кандидата медицинских наук: 14.00.33 /Миронов Андрей Сергеевич/;.Место защиты: ФГУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы». Москва, 2008. 163с.: ил

11. Епифанов В.А., Епифанов А.В.: Медико-социальная реабилитация пациентов с различной патологией. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2017.

УДК 364.07

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МОНИТОРИНГА ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В СУБЬЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 2018 ГОД

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

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

Россия, Москва

ANALYSIS OF THE RESULTS OF MONITORING THE FORMATION OF A SYSTEM OF COMPREHENSIVE REHABILITATION ANDHABILITATION OF DISABLED PERSONS IN THE SUBJECTS OF THE RUSSIAN FEDERATION FOR 2018

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

Federal center for scientific, methodic and methodological support for the development of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children on the basis of the Federal state budget institution Federal Bureauof medical and social expertise of the Ministry of labor of Russia

Russia, Moscow

Аннотация: В статье изложены основные результаты оценки, проведенной по результатам предоставленной от 85 субъектов Российской Федерации информации об организационных, нормативно-правовых, планово- экономических, материально-технических и кадровых мерах, направленных на решение задачи формирования системы

комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации.

Abstract: The article presents the main results of the evaluation carried out on the results provided by the 85 subjects of the Russian Federation information about the organizational, legal, economical, material, technical and personnel measures aimed at the solution of the problem of formation of system of comprehensive rehabilitation and habilitation of persons with disabilities and children with disabilities in the Russian Federation.

Ключевые слова: комплексная система реабилитации, абилитации инвалидов, детей-инвалидов, доступность реабилитационных услуг.

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

Актуальность формирования комплексной системы реабилитации и абилитации инвалидов в субъектах Российской Федерации обусловлена объективными показателями инвалидности. По данным Федерального реестра инвалидов, численность инвалидов в Российской Федерации на 1 декабря 2018 года составила 11,9 млн. человек, из них, 670,9 тыс. инвалиды. Современная парадигма реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации основывается на положениях Конвенции о правах инвалидов, ратифицированной Федеральным законом от 03.05.2012 г. № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов». Одним из основных постулатов Конвенции является идея создания условий, обеспечивающих доступность получения инвалидами качественных реабилитационных и/или абилитационных услуг. Данное положение реализуется посредством Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда на 2011– 2020 годы» (подпрограмма 2 «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов») в которой четко поставлена цель -повышения уровня обеспеченности инвалидов реабилитационными и абилитационными услугами.

На современном этапе реабилитация и абилитация инвалидов и детей- инвалидов в Российской Федерации осуществляется в реабилитационных организациях, которые возможно классифицировать по разным признакам:

- по уровням (реабилитационные центры, реабилитационные отделения, реабилитационные кабинеты);
- по направлениям деятельности (медицинские, социальные, образовательные);
- по спектру предоставляемых реабилитационных и абилитационных услуг (многопрофильные организации, специализированные организации);
- по формам предоставления реабилитационных и абилитационных услуг (стационарная, полустационарная, амбулаторная, на дому);
- по организационно-правовым формам и формам собственности (государственные реабилитационные организации: федеральные, региональные, муниципальные; негосударственные: частные, принадлежащие общественным и религиозным организациям).

Вместе с тем, при множестве имеющихся форм реабилитационных организаций, отсутствует единообразие организационных методологических, методических и нормативно-правовых подходов к организации реабилитационного и абилитационного процесса, что существенно затрудняет формирование в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов.

Реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации осуществляется на основании индивидуальных программ реабилитации/абилитации инвалидов (далее - ИПРА). Количество разработанных ИПРА на 1 декабря 2018 года составило 9702,8 млн. В 2018 году было выдано 2314,7 млн. ИПРА, из них, детям-

инвалидам 327,1 тыс. Также реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов осуществляется на основании индивидуальных программ предоставления социальных услуг.

Во исполнение перечня, поручений Президента Российской Федерации В.В. Путина (№ Пр-50 от 13.01.2018) по итогам встречи с инвалидами и представителями общественных организаций и профессиональных сообществ, оказывающих содействие инвалидам, прошедшей 5 декабря 2017 года, Федеральным Центром научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов проведен анализ представленной из 85 субъектов Российской Федерации информации об организации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов. Представленные сведения включали оценку мер по созданию и развитию региональных и муниципальных центров комплексной реабилитации инвалидов и детей- инвалидов, которые в соответствие с поручением ПР-50 должны предусматривать участие в работе данных центров врачей, педагогов и психологов.

Информация об организации комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, предоставлялась субъектами Российской Федерации в формализованном виде по форме «Реабилитационный паспорт субъекта». Реабилитационный паспорт субъекта включает различные организационные, нормативно-правовые, финансово-экономические, материально-технические и кадровые параметры, позволяющие охарактеризовать качество сформированности системы реабилитации, абилитации инвалидов на уровне субъекта Российской Федерации. Также реабилитационный паспорт включает сведения о структуре инвалидности субъекта, количественные и качественные показатели обеспеченности инвалидов (детей-инвалидов) реабилитационными услугами, количество реабилитационных организаций, специалистов и другие сведения, позволяющие охарактеризовать не только уровень сформированности системы реабилитации и абилитации в субъекте Российской Федерации, но и эффективность подходов к реализации данной задачи.

Одной из важнейших организационных задач субъекта Российской Федерации по организации системы комплексной реабилитации является формирование структуры межведомственного взаимодействия для обеспечения поставленной цели. По представленной субъектами Российской Федерации информации 62% субъектов определили орган исполнительной власти, координирующий вопросы организации оказания услуг по реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов. В 32% субъектов включены в систему организации оказания услуг (мероприятий) по реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов органы исполнительной власти в сфере социального обслуживания, здравоохранения, образования, культуры и искусства, физической культуры и спорта, занятости населения по основным направлениям реабилитации. При этом, в ряде субъектов Российской Федерации отдельные органы исполнительной власти не включены в систему организации оказания услуг по реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов: в сфере социального обслуживания – в 3 субъектах (6% субъектов); в сфере здравоохранения – в 4 субъектах (5% субъектов); в сфере образования - в 8 субъектах (10% субъектов), в сфере физической культуры и спорта – в 18 субъектах (21 % субъектов); в сфере культуры и искусства – в 47 субъектах (55% субъектов). От 3 субъектов (4% субъектов) информация об органах исполнительной власти, отвечающих за организацию оказания услуг (мероприятий) по реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов не представлена.

По организации межведомственного взаимодействия в субъектах Российской Федерации выявлено следующее. В большинстве субъектов отсутствуют механизмы и способы организации межведомственного взаимодействия, включая систему контроля за исполнением ИПРА инвалида и ИПРА ребенка-инвалида. В настоящее время в субъектах Российской Федерации отсутствует системный подход к сбору и мониторингу сведений от

всех органов исполнительной власти субъекта, в том числе с использованием Федерального реестра инвалидов, о проводимых реабилитационных мероприятиях в соответствии с ИПРА инвалидов и ИПРА детей-инвалидов.

Вопросы реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов регулируются нормативно-правовыми актами федерального уровня и используются субъектами в качестве основополагающих. В 93% субъектов (78 субъектов) представлены региональные нормативно-правовые акты, регулирующие вопросы предоставления реабилитационных и абилитационных услуг инвалидам и детям-инвалидам. Из них, в 58 субъектах (74% субъектов) разработаны нормативно-правовые акты, регулирующие вопросы межведомственного взаимодействия.

В 2018 году в 56 субъектах Российской Федерации были разработаны проекты региональных программ по формированию и совершенствованию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов с предполагаемым финансированием в объеме 7127,2 млн. руб., из них 3639,1 млн. рублей за счет средств федерального бюджета, 2026,9 млн. руб. за счет средств регионального бюджета и 205,6 тыс. руб. – средства из внебюджетных источников финансирования.

В 18 субъектах Российской Федерации утверждены региональные программы развития комплексной реабилитации и абилитации инвалидов с обеспечением финансирования на их реализацию (Брянская обл., Калининградская обл., Ивановская обл., Липецкая обл., Кабардино-Балкарская Республика, Республика Крым, Республика Северная Осетия-Алания, Ульяновская обл., Чеченская Республика, Ханты-Мансийский АО, Калужская обл., Самарская обл., Сахалинская обл., Волгоградская обл., Свердловская обл., Республика Татарстан, Хабаровский край). Общий объем финансирования программных мероприятий в данных субъектах составил 2375,6 млн. руб. Из них, 503,5 тыс. руб. составляют средства федерального бюджета, 1327,1 млн. руб. составляют средства регионального бюджета и 545,0 тыс. руб. – средства из внебюджетных источников финансирования.

По вопросам обеспеченности реабилитационными услугами инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации выявлено следующее. Обеспеченность реабилитационными услугами инвалидов, детей-инвалидов составляет 66,3%, где средняя доля инвалидов старше 18 лет, обеспеченных услугами по реабилитации, составляет 57,3%; средняя доля детей-инвалидов, обеспеченных услугами по реабилитации и абилитации - 75,3%.

Динамика обеспечения доступности реабилитационных и абилитационных услуг инвалидам и детям-инвалидам в 2018 году в Российской Федерации имеет тенденцию к незначительному росту в общем по Российской Федерации - на 5%. Положительная динамика отмечается в 28% субъектов Российской Федерации (27 субъектов). Снизился показатель доли инвалидов и детей-инвалидов, обеспеченных реабилитационными услугами, в 12% субъектов (10 субъектов). Показатель остался неизменным в 16% субъектов (17 субъектов). Остальными субъектами данные либо не были представлены, либо были представлены некорректно.

В качестве приоритетной задачи, определенной Государственной программой Российской Федерации «Доступная среда» (Подпрограмма 2 «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов») поставлена задача формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов на основе комплексного подхода.

При этом, проведенный анализ представленных данных свидетельствует об ограниченном спектре услуг по реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, оказываемых в разрезе основных направлений реабилитации и абилитации. Услуги по социальной реабилитации для инвалидов старше 18 лет оказываются в 85% субъектов Российской Федерации (для детей-инвалидов – в 87% субъектов), по медицинской реабилитации – в 79% субъектов для инвалидов старше 18 лет (для детей-

инвалидов – в 78% субъектов), по профессиональной реабилитации для инвалидов старше 18 лет – в 68% субъектов (для детей- инвалидов – в 58% субъектов), реабилитационных мероприятий в сфере физкультуры и спорта для инвалидов старше 18 лет - в 55% субъектов (для детей- инвалидов – в 70% субъектов), реабилитационных мероприятий в сфере образования для инвалидов старше 18 лет – в 21% субъектов (для детей- инвалидов – в 47% субъектов).

Большая доля услуг по реабилитации инвалидов старше 18 лет приходится на социальную реабилитацию – 85% (у детей-инвалидов – 89%), 79% - на медицинскую реабилитацию, 68% - на профессиональную реабилитацию, реабилитационные мероприятия в сфере физкультуры и спорта – 55%, реабилитационные мероприятия в сфере образования – 21%.

Определенный интерес представляет комбинаторность предоставления услуг по реабилитации и абилитации в разрезе субъектов Российской Федерации, качественно определяющая комплексность. Наиболее часто встречаются следующие варианты комбинаций предоставляемых услуг:

- по медицинской и социальной реабилитации и абилитации в 66 (78%) субъектах для инвалидов и 64 (75%) субъектах для детей-инвалидов;
- по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации и абилитации, мероприятиям по физической культуре и спорту в 31 (36,5%) субъекте для инвалидов и в 29 (34%) субъектах - для детей-инвалидов;

-по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации в 51 (60%) субъекте для инвалидов и 35 (41%) субъектах для детей-инвалидов.

По представленным субъектами данным в настоящее время в Российской Федерации функционирует 430 реабилитационных организаций. Из них 318 (74%) относятся к организациям социального обслуживания, 69 (16%) - к сфере здравоохранения, 13 (3%) - к сфере образования, к сфере занятости – 17 (4%), к сфере физкультуры и спорта -13 (3%). Центры комплексной реабилитации представлены 228 организациями. Из них, 52 (23%) организаций оказывают услуги инвалидам старше 18 лет, 107 (47%) организаций оказывают услуги детям-инвалидам, 68 (30%) организаций предоставляют услуги одновременно инвалидам и детям-инвалидам. Всего за период с 2015 по 2018 годы было создано 62 центра комплексной реабилитации (2015 год – 21 центр, 2016 – 10 центров, 2017 – 8 центров, 2018 – 23 центра). В 2019 году планируется создание новых центров комплексной реабилитации и развитие уже действующих центров с учетом критериев комплексного реабилитационного подхода.

По данным 50-ти субъектов Российской Федерации в сфере реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов работает около 18 тыс. специалистов. Из них, специалисты, занятые в сфере социального обслуживания составляют 10790 чел. (60%), 5396 (30%) специалистов трудится в сфере здравоохранения, 899 чел. (5%) - в сферах занятости, в сфере физкультуры и спорта – 899 (5%) специалистов. От 35 субъектов (41% субъектов) данные о количестве работающих специалистов в области комплексной реабилитации не представлены.

Данные о потребности в специалистах, оказывающих услуги или мероприятия по реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов представлены от 49 субъектов Российской Федерации (58% субъектов).

По представленным данным, в настоящее время существует потребность в более чем 10 тыс. специалистах, из них, 3,5 тыс. (33%) - потребность в специалистах-врачах и медицинском персонале - 3,5 тыс. (33%) - в педагогических работниках, включая логопедов, дефектологов и 3,5 тыс. (33%) - в специалистах по социальной работе, психологах, специалистах по адаптивной физической культуре. Потребность в специалистах дифференцирована следующим образом: о недостатке медицинских работников, в том числе врачей заявляют 32% субъектов, логопедов - в 18% субъектов, дефектологов - в 15% субъектов, психологов – в 9% субъектов. Наименьшая потребность

выявлена в работниках культуры (менее 1% субъектов сделали запрос на потребность в этих специалистах).

По представленным данным, подготовка специалистов по всем направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей- инвалидов ведется в 27% субъектов Российской Федерации (23 субъекта). В 32 субъектах (38% субъектов) подготовка ведется по трем направлениям комплексной реабилитации и абилитации – социальной, медицинской и педагогической. 35% субъектов Российской Федерации (30 субъектов) данные о потребности в обучении специалистов не представили.

Профессиональную подготовку и дополнительное профессиональное образование специалистов, реализующих услуги по реабилитации и абилитации инвалидов, в Российской Федерации, осуществляют 75 образовательных организаций высшего образования, 23 организации среднего профессионального образования, 81 организация дополнительного профессионального образования и 20 автономных некоммерческих образовательных организаций.

Данные об образовательных организациях, осуществляющих обучение, профессиональную переподготовку или повышение квалификации специалистов по реабилитации и абилитации инвалидов не представили 28 субъектов.

Учитывая актуальную потребность в специалистах данного профиля, а также запланированные мероприятия по созданию новых центров комплексной реабилитации и совершенствованию действующих центров, необходимо расширение спектра образовательных направлений и программ (включая профессиональную подготовку, переподготовку а также программ повышения профессиональной квалификации) по данным направлениям образовательной деятельности с целью обучения специалистов, количество которых в ближайшей перспективе может значительно возрасти.

Также произведен мониторинг сведений субъектов Российской Федерации о проведении оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на основе методики утвержденной приказом Минтруда России от 30.06.2017 № 545. Субъекты предоставляли сведения о проведенной оценке региональной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, по результатам которой констатирована:

- необходимость совершенствования региональной системы для 40 субъектов Российской Федерации (48% субъектов);
- необходимость формирования региональной системы с последующей разработкой и реализацией соответствующей программы для 19 субъектов Российской Федерации (22% субъектов);
- оценка не проведена в 10 субъектах (11% субъектов).

Данные не представлены от 16 субъектов (19% субъектов) Российской Федерации.

Субъекты, в которых по результатам проведения оценки региональной системы было принято решение о сформированности региональной системы, отсутствуют.

Таким образом многофакторный анализ управленческих, организационных мер и мероприятий, включая эффективность организации координирующим органом системы комплексной реабилитации, мер нормативно-правового характера, финансового и кадрового обеспечения в субъекте Российской Федерации по повышению доступности реабилитационных и абилитационных услуг и принятию мер по созданию и развитию региональных и муниципальных центров комплексной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов в соответствии с перечнем поручений Президента Российской Федерации В.В. Путина от 13.01.2018 № Пр-50 позволяет сделать следующие выводы:

1. В целом, отмечается недостаточная включенность органов исполнительной власти субъектов Российской федерации, отвечающих за организацию оказания услуг (мероприятий) по реабилитации и абилитации, по основным направлениям реабилитации в соответствии с направлением их деятельности. Наиболее включены в процесс формирования системы комплексной реабилитации органы исполнительной власти в

сфере социального обслуживания, здравоохранения и образования, менее включены на данном этапе – органы исполнительной власти в сфере физической культуры и спорта, в сфере культуры и искусства.

2. В большинстве субъектов Российской Федерации приняты конкретные меры организационного характера по созданию и развитию региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в части определения координирующего органа исполнительной власти и формирования нормативно-правовой базы, регулирующей вопросы предоставления реабилитационных и абилитационных услуг инвалидам и детям-инвалидам.

3. Обеспеченность доступности реабилитационных и абилитационных услуг (мероприятий) для инвалидов и детей-инвалидов по субъектам Российской Федерации носит неравномерный характер и, на наш взгляд, обусловлена факторами управленческого и организационного характера, включая эффективность организации координирующим органом системы комплексной реабилитации, в том числе межведомственного взаимодействия, вопросы нормативно-правового регулирования, финансового и кадрового обеспечения в субъекте. В качестве положительного факта отмечается достаточно высокий уровень доступности реабилитационных и абилитационных услуг для детей-инвалидов в Российской Федерации в сравнении с обеспеченностью этими услугами инвалидов старше 18 лет. Полный (комплексный) спектр реабилитационных и абилитационных услуг (мероприятий) по основным направлениям реабилитации и абилитации предоставляет незначительный процент субъектов Российской Федерации. Наиболее доступны инвалидам услуги по социальной и медицинской реабилитации и абилитации, менее доступны мероприятия в сфере образования. Выявлена отчетливая тенденция к увеличению доступности мероприятий для инвалидов и детей-инвалидов в сфере физической культуры и спорта.

4. Выявлена положительная динамика в создании центров комплексной реабилитации с увеличением их количества и наличием планов мероприятий по их развитию с обеспечением финансирования, что должно привести к повышению доступности реабилитационных и абилитационных услуг инвалидам и детям-инвалидам.

5. Выявлена тенденция предоставления реабилитационных и абилитационных услуг инвалидам и детям-инвалидам на основе комплексного подхода, однако внимание субъектов Российской Федерации по-прежнему смещено в сторону оказания услуг по социальной, медицинской и профессиональной реабилитации, без учета других элементов комплексности (культуры, спорта и др.). Выявлена значительная потребность в специалистах, оказывающих услуги или мероприятия по реабилитации и абилитации инвалидов и детей- инвалидов, особенно в логопедах, дефектологах и специалистах врачебных специальностей.

6. Оценка уровня сформированности системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в субъекте выявила отсутствие субъектов, система реабилитации которых сформирована в полной мере. При этом, в качестве положительного можно отметить факт наличия в половине субъектов Российской Федерации, системы комплексной реабилитации которая сформирована, но требует дальнейшего совершенствования.

В заключении отметим, что в процессе мониторинга информации, полученной от субъектов Российской Федерации выявлено несовершенство системы сбора и предоставления информации, что свидетельствует о необходимости разработки единой методики мониторинга, учета, анализа и оценки эффективности региональных систем комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в субъектах Российской Федерации.

УДК 364.04624

ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ТЕХНОЛОГИЙ СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ ИНВАЛИДОВ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кожушко Л.А., Владимирова О.Н.

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

ASSESSMENT OF THE AVAILABILITY OF TECHNOLOGY FOR THE PLACEMENT OF PERSONS WITH DISABILITIES IN THE REGIONS OF THE RUSSIAN FEDERATION

Kozhushko L.A., Vladimirova O.N.

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

Аннотация: В статье рассматриваются вопросы доступности технологий сопровождаемого проживания в Российской Федерации и перспективы дальнейшего развития этого направления. Исследование проведено методом мониторинга по материалам, представленным из субъектов Российской Федерации

Abstract: In the article, the accessibility of technologies of accompanied residence within the Russian Federation is considered as well as the opportunities for the further area development. The study was conducted by the method of monitoring based on materials from the subjects of the Russian Federation

Ключевые слова: Сопровождаемое проживание, права инвалидов, стационарозамещающие технологии социального обслуживания

Key words: assisted living, rights of disabped people, npatient social service technologies

Жизнеустройство людей с тяжелой инвалидизирующей патологией и включение их в жизнь общества является одной из приоритетных задач государства, решение которой направлено на реформирование стационарных учреждений социального обслуживания и внедрение технологий сопровождаемого проживания.

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

Инвалиды имеют право жить в обычных местах проживания, при равных вариантах выбора с другими людьми и участвовать в жизни общества [1,2,3]. Внедрение в нашей стране технологий сопровождаемого проживания направлено на реализацию данного права и нормализацию жизни людей с инвалидностью.

Цель исследования – оценить возможности и перспективы внедрения технологий сопровождаемого проживания инвалидов в различных субъектах Российской Федерации.

Материалы и методы

Исследование проведено методом мониторинга по материалам, представленным исполнительными органами власти 85 субъектов Российской Федерации. Объект исследования - инвалиды с различными нарушениями функций, проживающие в детских домах интернатах и психоневрологических интернатах.

Результаты исследования

Анализ результатов исследования показал, что внедрение технологий сопровождаемого проживания в нашей стране осуществляется в рамках действующего федерального законодательства: федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [4], федерального закона от 01.12.2014 N 419-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты

Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» [5], федерального закона от 28.12.2013г № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [6], постановления Правительства РФ от 01.12.2015 № 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы» [7], постановления Правительства РФ от 24.11.2014 № 1236 «Об утверждении примерного перечня социальных услуг по видам социальных услуг» [8], приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.12.2017 № 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» [9], а также на основе базовых федеральных законов в сфере образования инвалидов от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [10], и в сфере трудовой занятости от 19.04.1991 (с изменениями от 21.12.17) «О занятости населения в Российской Федерации» [11]. Квартиры для инвалидов выделяются в соответствие с Жилищным кодексом Российской Федерации от 29.12.2004 N 188-ФЗ (с изм. и доп., вступ. в силу с 11.01.2018) [12].

Для облегчения процедуры внедрения в субъектах Российской Федерации принимаются региональные законодательные акты для решения конкретных задач, в том числе по обеспечению инвалидов жильем, предоставлению услуг, тарифов и порядка выплат поставщикам услуг, межведомственному взаимодействию и другим вопросам. Данные документы приняты в 29 субъектах Российской Федерации, еще в 29 – готовятся к принятию.

По данным мониторинга - технологии сопровождаемого проживания реализуются в 68 субъектах (80 %) Российской Федерации. Первый этап (предварительный) реализован во всех 68 субъектах РФ, второй этап (учебный) – в 43 субъектах РФ, третий этап - имеет место в 47 субъектах РФ.

Учебное сопровождаемое проживание реализовано как на базе стационарных учреждений социального обслуживания – детских домов интернатов (ДДИ) и психоневрологических интернатов (ПНИ), так и на базе реабилитационных центров.

Тренировочные квартиры и отделения по сопровождению инвалидов в стационарных учреждениях созданы в 48 субъектах РФ, из них в 30 субъектах - в структуре ПНИ, в 28 субъектах – в структуре ДДИ, в 14 субъектах – и в ДДИ и в ПНИ.

По сведениям, представленным из субъектов Российской Федерации в процессе мониторинга из 1267 стационарных учреждений социального обслуживания в 104 учреждениях (11,5%) применяются технологии сопровождаемого проживания. В том числе 62 (59,6%) отделения - в структуре ПНИ, 31 (29,8%) – в структуре ДДИ и 11 (10,6%) в других учреждениях социального обслуживания.

Тренировочные квартиры в реабилитационных центрах функционируют в Москве, Санкт-Петербурге, Екатеринбурге и других крупных городах. В них проводятся занятия по привитию молодым инвалидам социальных навыков и обучению самообслуживанию.

Результаты исследования показали, что технологии постоянного сопровождаемого проживания инвалидов представлены двумя формами: индивидуальной и малыми группами. Индивидуальное сопровождаемое проживание организовано путем выделения квартир тем инвалидам из ДДИ, ПНИ и семей, которые прошли этап обучения в тренировочных квартирах, овладели навыками самообслуживания и самостоятельности в различных сферах жизнедеятельности и нуждаются в периодическом сопровождении. По данным анализа индивидуальная форма сопровождаемого проживания реализуется в 36 субъектах Российской Федерации (43,4 %).

Сопровождаемое проживание инвалидов малыми группами реализуется путем выделения для этих целей квартир в обычных жилых домах или строительства специальных жилых домов для сопровождаемого проживания государственной и

негосударственной форм собственности. Данная форма сопровождаемого проживания реализована – в 50 субъектах РФ (73,5%).

Отдельные жилые дома для сопровождаемого проживания инвалидов функционируют в 13 субъектах Российской Федерации, в т. ч. в Санкт-Петербурге, Ленинградской, Московской, Пензенской и других областях РФ.

Обе формы сопровождаемого проживания (индивидуальная и групповая одновременно) имеют место в 28 субъектах Российской Федерации.

Внедрение технологий сопровождаемого проживания происходит как на базе государственного жилищного фонда, так и частного. Примером общественно-частного партнерства может служить дом сопровождаемого проживания для людей с интеллектуальными нарушениями в Санкт-Петербурге «Новая Охта». Проект осуществлен ПАО «Группа ЛСР» совместно с Санкт-Петербургской ассоциацией общественных объединений родителей детей-инвалидов «ГАООРДИ», при поддержке Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга.

Как показал мониторинг, в регионах началась работа по информационному обеспечению нуждающихся инвалидов в СП и занесение их в информационный ресурс субъекта. Такой ресурс для сбора сведений по сопровождаемому проживанию создан уже в 18 субъектах РФ (21,0 %), еще в 27 (32,0 %) планируется его создание.

Одной из составляющей сопровождаемого проживания является занятость инвалидов – дневная и трудовая. Результаты анализа показали, что трудовой занятостью инвалиды обеспечены в 45 субъектах Российской Федерации. Большинство инвалидов, находящихся на сопровождаемом проживании, трудоустроены в Центральном Федеральном округе, в основном за счет работы в специально-созданных условиях.

При многих домах сопровождаемого проживания организованы трудовые мастерские или подсобные хозяйства. Например, в деревне «Светлана» Ленинградской области создано фермерское хозяйство: огород, ферма, пекарня, столярная, валяльная мастерские, на которых трудятся проживающие в деревне инвалиды. В «Квартале Луи» Пензенской области созданы Арт-холл, типография и хостел, в которых также работают преимущественно инвалиды. Готовятся к открытию мастерские в доме сопровождаемого проживания «Малая Охта» в Санкт-Петербурге.

В процессе трудовой деятельности инвалиды быстрей адаптируются к жизни в обществе, повышается уровень их самооценки и социальная значимость.

Для развития технологий сопровождаемого необходимым условием является подготовка кадров. В настоящее время 1281 специалист работает в этой сфере, из них только 576 прошли обучение.

Анализ финансового обеспечения использования технологий сопровождаемого проживания показал, что оно осуществляется из нескольких источников:

- бюджетное финансирование (бюджет субъекта РФ и местный) - предоставление гарантированных социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам, а также мероприятий по реализации индивидуальной программы предоставления социальных услуг гражданам, нуждающимся в социальном обслуживании;

- внебюджетное – президентские гранты, средства общественных, благотворительных организаций, частные пожертвования, личные средства инвалидов и другие.

В 2018 годы финансирование технологий сопровождаемого проживания осуществлялось только в 35 субъектах Российской Федерации, в основном за счет средств регионального бюджета и дополнительных внебюджетных источников. В 2019 году запланировано выделение денег на эти цели уже в 53 субъектах РФ, что больше по сравнению с 2018 годом на 21, 3%.

Заключение

Таким образом, анализ мониторинга показал, что прослеживается активная тенденция внедрения технологий сопровождаемого проживания в большинстве субъектах

РФ, увеличивается количество инвалидов, использующих данные технологии, формируется нормативная правовая база субъектов РФ и подготовка специалистов по обеспечению процессов сопровождаемого проживания, сопровождаемой дневной и трудовой занятости. Большинство субъектов запланировало выделение финансовых средств на эти цели в текущем году.

Предоставление инвалидам возможности жить в сопровождение будет способствовать нормализации их жизни и максимально полном включение в жизнь социума.

Список литературы:

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

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

3 Федеральный закон РФ от 25.06.1993 г. № 5242-1(ред. от 03.04.2017 г.) «О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации». -URL: http://www.consultant.ru/ document/ cons_ doc_LAW_2255/(дата обращения 12.02.2019).

4 Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ (с изм. и доп., вступ. в силу с 06.03.2018 г.) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». – URL: Consultant. ru›document/cons_doc_LAW_8559/ (дата обращения 12.02.2019).

5 Федеральный закон N 419-ФЗ от 01.12.2014, (с измен. от 24.11.1995) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов». - URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc _LAW_171577/ дата обращения: 12.03.2019).

6 Федеральный закон от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ (ред. от 14.11.2017) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». - URL: http://ivo.garant.ru /#/document/70552648/paragraph/1:1 (дата обращения 12.02.2019).

7 О постановление Правительства РФ от 1 декабря 2015 г. № 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 - 2020 годы». - URL: Consultant.ru›document/cons_doc_LAW_189921/ (дата обращения 12.02.2019).

8 Постановление Правительства РФ от 24.11.2014 г. № 1236 «Об утверждении примерного перечня социальных услуг по видам социальных услуг». - URL: Consultant. ru›law/hotdocs/38791.html/ (дата обращения 12.02.2019).

9 Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.12.2017 г. N 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://rosmintrud.ru/docs/1278 (дата обращения 12.02.2019).

10 Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». - URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_ 140174/ (дата обращения 12.02.2019).

11 Федеральный Закон № 1032-I-ФЗ от 19.04. 1991 (с измен. от 21.12.17) «О занятости населения в Российской Федерации». - URL: http://base.garant.ru/10164333/ (дата обращения 12.02.2018).

12 Жилищный кодекс Российской Федерации от 29.12.2004 N 188-ФЗ (с изм. и доп., вступ. в силу с 11.01.2018). - URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_51057/c7b7d54bb98fd39daf4b04c73897fa605287818d/ (дата обращения: 12.02.2019).

УДК: 616-082-71-071.1(470+571)

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ

Карапетян К.К., Васильченко Е.М.

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

RESEARCH INSTRUMENTS IN REHABILITATION IN LOCAL PRACTICE

Karapetian K.K., Vasilchenko E.M.

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

Аннотация: Оценка нарушений функционирования, доступности окружающей среды, уровня активности и участия долгие годы является неотъемлемой частью в зарубежной практике и становится всё более **актуальной** в отечественной практике. Необходимость в системном подходе и доказательной практике в реабилитации вместо оказания услуг на основе традиций и случаев, обуславливает необходимость применения надлежащих исследовательских инструментов (ИИ). **Цель:** описать в основных чертах технологию разработки исследовательских инструментов, а также опыт их применения в отечественной практике. **Материалы и методы**: применение русскоязычных версий, разработанных зарубежными специалистами исследовательских инструментов с доказанной надёжностью и валидностью в мультипроблемной популяции пациентов с травматической болезнью спинного мозга, поступивший в отделение нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. **Выводы:** внедрение исследовательских инструментов в отечественную практику необходимо как для частной оценки исходов реабилитационных программ, так и для формирования доказательной базы.

Abstract: Assessment impairments in functioning, environmental accessibility, level of activity and participation has been a crucial part of foreign rehabilitation practice for decades, and is gaining more traction in national practice. The need for a systemic approach and evidence-based rehabilitation practice rather than provision of services based on traditions and random cases determines the necessity in utilization of appropriate research tools (RT). **Objective:** to describe, in general terms, the procedure of the development of research instruments, and their utilization within local practice. **Materials and methods:** application of Russian version of reliable and valid research instruments developed by foreign professionals in a multiproblematic population of patients with traumatic spinal cord injury admitted to the department of neurosurgery in FSBI NSPC MSE RDP, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation. **Conclusions:** implementation of research instruments in local practice is essential both for the sake of assessment of rehabilitation outcomes in individual cases and for formation of evidence-based database.

Ключевые слова: исследовательские инструменты, опросник, МКФ, реабилитация.

Key words: research instruments, questionnaire, ICF, rehabilitation.

Введение.

Исследовательские инструменты (ИИ) представляют собой набор документов и методик для проведения исследований. В качестве ИИ могут выступать такие измерительные и оценочные средства, как опросники и шкалы. Существуют как специфичные инструменты, рассчитанные на конкретную популяцию, так и универсальные инструменты для широкого спектра популяций. Необходимость в разработке специфичных инструментов возникает в случаях, когда значительная часть вопросов из универсального инструмента не актуальна для определённой популяции.

Разработка нового ИИ – это длительный и комплексный процесс, в котором важную роль занимает профессионализм экспертного комитета, состоящего из компетентных специалистов. В первую очередь комитет определяет необходимость в разработке нового ИИ: проводит литературный обзор для изучения степени научной разработанности интересующего вопроса; при необходимости испытывает уже существующие универсальные ИИ на предмет целесообразности их применения в целевой популяции. В случае подтверждения обоснованности разработки нового ИИ комитет составляет первичный набор релевантных вопросов, определяет структуру вопросов и вид ответов, способ применения (самоотчётный или администрируемый интервьюером). Для формирования финальной версии инструмента специалисты проводят многочисленные исследования, на основе которых принимают решение в том числе о дополнении или усечении вопросов. С помощью классических тестов оцениваются психометрические свойства финальной версии. Доказательство *надёжности* и *валидности* финальной версии является неотъемлемой частью процесса разработки нового ИИ. Вместо разработки нового ИИ рекомендуется осуществлять кросс-культурную адаптацию уже существующих инструментов с доказанной надёжностью и валидностью [1].

Материалы и методы.

В рамках ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в последние годы внедряется ряд новых инструментов с доказанной надёжностью и валидностью. Одним из таких инструментов является Измеритель независимости при повреждения спинного мозга (Spinal Cord Independence Measure, SCIM-III) [2]. SCIM-III позволяет оценить степень независимости человека с ТБСМ от посторонней помощи и/или адаптивных приспособлений при выполнении действий повседневной жизнедеятельности, например, в приготовлении и приёме пищи, в мобильности в помещении и вне помещения, в передвижении по неровным поверхностям, соблюдении личной гигиены, и др. Будучи специфическим инструментом SCIM-III даёт наиболее чувствительные результаты и валидные сведения о физическом функционировании людей с травматической болезнь спинного мозга (ТБСМ).

В рамках международного проекта на русский язык был переведён и адаптирован универсальный Опросник профессиональной реабилитации (Work Rehabilitation Questionnaire, WORQ) [3]. Данный инструмент позволяет оценить функционирование в условиях профессиональной реабилитации в различных популяциях пациентов, детально изучить их социальный и профессиональный статус. Анализ взаимосвязи между функционированием и социально-профессиональными статусом поспособствует планированию процесса трудоустройства и построению профессиональной карьеры.

Также в перспективе применение масштабного опросника в рамках проекта Международного исследования повреждения спинного мозга среди людей, проживающих в обществе (International Spinal Cord Injury Community Survey, InSCI) [4], в котором на сегодняшний день участие приняли 28 стран. Основная цель исследования InSCI заключается в определении факторов, связанных с функционированием, благополучием и здоровьем людей с ПСМ. Систематический сбор всесторонней подробной информации об опыте жизни людей с повреждениями спинного мозга (ПСМ), проживающих в обществе, вне специальных учреждений, поможет выявить наиболее важные проблемы. Собранные

сведения и результаты исследований будут основой для создания необходимых регулирующих документов уполномоченными сторонами, что в конечном итоге поможет улучшить условия проживания людей с ПСМ в обществе.

Выводы.

Применение ИИ необходимо для прогноза и оценки результатов лечения. Совокупность собранных сведений с помощью различных инструментов позволяет проводить детальный анализ о статусе человека, выявить наиболее актуальные проблемы, и, соответственно, более предметно подбирать необходимые реабилитационные мероприятия. Внедрение ИИ в отечественную практику целесообразно не только для оценки исходов реабилитационных программ в каждом конкретном случае, но и для формирования общей и специфической доказательных баз.

Список литературы

1. Beaton D.E., Bombardier C., Guillemin F., Ferraz M.B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures // Spine. 2000. Vol. 25, № 24. P. 3186-3191.
2. Itzkovich M., Gelernter I., Biering-Sorensen I. et al. The Spinal Cord Independence Measure (SCIM) version III: reliability and validity in a multi-center international study // Disability and rehabilitation. 2007. Vol. 29, № 24. – P.1926-1933.
3. Finger M.E., Escorpizo R., Bostan C., De Bie R. Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ): Development and Preliminary Psychometric Evidence of an ICF-Based Questionnaire for Vocational Rehabilitation // Journal of Occupational Rehabilitation. 2014. Vol. 24, № 3, P. 498-510.
4. Gross-Hemmi M. H., Post M.W.M., Ehrmann C., Fekete C., Hasnan N., Middleton J.W. Int Spinal Cord Injury Community (2017). Study Protocol of the International Spinal Cord Injury (InSCI) Community Survey // American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation. 2017. Vol. 96, № 2, P. S23-S34

УДК 378+364.4

О ПОТРЕБЕНОСТИ В ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ КАДРОВ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В СФЕРЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ

Гордиевская Е.О., Лорер В.В., Старобина Е.М., Чукардин В.А.

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

ABOUT THE NEED FOR TRAINING IN THE SYSTEM OF SOCIAL SERVICES IN THE FIELD OF COMPLEX REHABILITATION AND HABILITATION

Gordievskaya E.O., Lorer V.V., Starobina E.M., Chukardin V.A.

Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled

Russia, St.Petersburg

Аннотация: статья посвящена анализу потребностей в повышении квалификации кадров в системе социального обслуживания населения в сфере комплексной реабилитации и абилитации в области ранней помощи на основании проведенного масштабного опроса, охватывающего широкий круг респондентов различных уровней (федерального, регионального), а также анализа актуальных нормативных документов – профессиональных стандартов профильных специалистов.

Abstract: the article is devoted to the about the need for training in the system of social services in the field of complex rehabilitation and habilitation, in the field of early care on the

basis of a large-scale survey covering a wide range of respondents at various levels (Federal, regional), as well as the analysis of relevant regulations – professional standards of specialized professionals.

Ключевые слова: комплексная реабилитация и абилитация, дополнительное профессиональное образование, примерные образовательные программы, международные классификации, мультидисциплинарный подход, компетенции.

Key words: complex rehabilitation and habilitation, additional professional education, approximate educational programs, international classifications, multidisciplinary approaches, competences.

Актуальность. В связи с формированием системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов особую актуальность приобретает вопрос подготовки квалифицированных кадров, вооруженных профессиональными компетенциями с учетом современных требований и на основе современных достижений, и технологий, знания о которых явно недостаточны, зачастую фрагментарны и искажены.

Цель. Изучение системы повышения квалификации кадров в системе социального обслуживания населения в сфере комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, и потребности регионов в повышении квалификации кадров, задействованных в комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов.

Метод. Проведен опрос органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения, с использованием специально разработанной анкеты, направленной на выявление следующих данных:

- количество учреждений и организаций различных уровней подчиненности и форм собственности в сфере социального обслуживания населения в субъектах Российской Федерации;
- количество специалистов с высшим и средним профессиональным образованием, работающих в учреждениях социального обслуживания;
- место переподготовки и повышения квалификации специалистов сферы социального обслуживания и объем программ;
- ежегодные потребности в дополнительном профессиональном образовании (ДПО) специалистов органов и учреждений социальной защиты;
- наличие в субъекте Российской Федерации образовательных организаций, осуществляющих повышение квалификации специалистов социальной сферы и в какой степени они удовлетворяют потребности субъекта в дополнительном профессиональном образовании специалистов социальной сферы.

Результаты. Ответы, полученные из 74 регионов, позволили провести статистическую обработку по следующим позициям: суммарное количество учреждений и организаций различных уровней подчиненности и форм собственности в сфере социального обслуживания населения; количество специалистов с высшим и средним профессиональным образованием, работающих в учреждениях социального обслуживания; учреждения, в которых эти специалисты повышают квалификацию; ежегодные потребности в дополнительном профессиональном образовании специалистов органов и учреждений социальной защиты [1, 2].

Анализ результатов показал, что в субъектах Российской Федерации наибольшим количеством представлены центры (отделения) социальной помощи на дому - среднее по субъектам - 27,24 (25,9%), стационарные учреждения социального обслуживания - среднее по субъектам - 15,36 (19,9%). В наименьшей степени представлены социальные приюты для детей и подростков - 0,87 (0,8%), центры психолого-педагогической помощи населению 0,240,27%), центры экстренной психологической помощи по телефону - 0,37

(0,35%), дома- интернаты для детей с физическими недостатками - 0,13 (0,13%). Реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями представлены средним количеством в субъекте - 3,27 (3,1%).

Количественно из специалистов с высшим и средним профессиональным образованием, работающих в учреждениях социального обслуживания, наибольшим числом представлены специалисты по социальной работе, социальные работники - среднее по субъектам 1513 (56,4%). Врачи и психологи - в наименьшем числе - 110 (4,1%) и 99 (3,8%) соответственно.

Опрос показал, что практически в каждом субъекте Российской Федерации имеются организации, осуществляющие повышение квалификации специалистов различного профиля, работающих в организациях социальной сферы (91-98%). В среднем объем программ дополнительного профессионального образования, по которым повышают квалификацию специалисты, работающие в учреждениях социального обслуживания, составляет от 144 до 240 часов в зависимости от специальности.

Во исполнение поручений Президента Российской Федерации В.В. Путина от 13.01.2018 № Пр-50 в ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А.Альбрехта Минтруда России в 2018 году проведен анализ информации об организации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, представленной из 85 субъектов Российской Федерации. Среди анализируемых проблем – кадровое обеспечение комплексной реабилитации.

По представленным данным, подготовка специалистов по всем направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов ведется в 27% субъектов Российской Федерации (23 субъекта). В 32 субъектах (38% субъектов) подготовка ведется по трем направлениям комплексной реабилитации и абилитации – социальной, медицинской и педагогической.

Профессиональную подготовку и дополнительное профессиональное образование специалистов, реализующих услуги по реабилитации и абилитации инвалидов, в Российской Федерации, осуществляют 75 образовательных организаций высшего образования, 23 организации среднего профессионального образования, 81 организация дополнительного профессионального образования и 20 автономных некоммерческих образовательных организаций.

Учитывая актуальную потребность в специалистах данного профиля, а также запланированные мероприятия по созданию новых центров комплексной реабилитации и совершенствованию действующих центров, необходимо расширение спектра образовательных направлений и программ (включая профессиональную подготовку, переподготовку, а также программы повышения профессиональной квалификации) по данным направлениям образовательной деятельности в образовательных организациях с целью обучения специалистов, количество которых в ближайшей перспективе может значительно возрасти.

По представленным от 49 субъектов Российской Федерации данным о потребности в специалистах, оказывающих услуги или мероприятия по реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, в настоящее время существует потребность в более чем 10 тыс. специалистов, из них, 3,5 тыс. (33%) - потребность в специалистах-врачах и медицинском персонале - 3,5 тыс. (33%) - в педагогических работниках, включая логопедов, дефектологов и 3,5 тыс. (33%) - в специалистах по социальной работе, психологах, специалистах по адаптивной физической культуре.

Таким образом, анализ вопросов кадровой обеспеченности реабилитационных организаций в субъектах Российской Федерации выявил значительную потребность в специалистах, оказывающих услуги или мероприятия по реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, особенно в логопедах, дефектологах и специалистах врачебных специальностей.

В целях обеспечения реализации государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 - 2020 годы по подготовке квалифицированных специалистов, обеспечивающих реабилитацию и абилитацию инвалидов, в том числе детей-инвалидов, а также в соответствии с п.1.6. межведомственного плана по формированию эффективной системы комплексной реабилитации детей-инвалидов до 2020 года в ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А.Альбрехта Минтруда России осуществлялась разработка примерных дополнительных профессиональных образовательных программ для подготовки и повышения квалификации специалистов организаций, осуществляющих деятельность в области ранней помощи, комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов с учетом актуального зарубежного опыта и практики применения эффективных технологий в области комплексной реабилитации и абилитации в условиях Российской Федерации.

Программы призваны ознакомить с организационно-правовыми и организационно-методическими основами реализации реабилитационных мероприятий по основным направлениям реабилитации, инновационными подходами и технологиями, снабдить слушателей соответствующими знаниями и способствовать совершенствованию у них профессиональных компетенций необходимых для выстраивания оптимальных алгоритмов работы в том числе, при взаимодействии со «смежными» специалистами с целью повышения эффективности и результативности ранней помощи, реабилитационных и абилитационных мероприятий.

Выводы. Проведенное авторами исследование показало высокую потребность и актуальность разработки примерных программ дополнительного профессионального образования, формирующих знания, умения и навыки, лежащие в основе общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, необходимых для реализации эффективных и результативных мероприятий по комплексной реабилитации и абилитации соответствующими разнопрофильными специалистами, задействованными в данной сфере деятельности.

Предполагается продолжение данной работы по разработке примерных программ ДПО, соответствующих запросам современности, востребованности знаний и умений специалистами различного профиля, занятыми в реализации мероприятий по комплексной реабилитации и абилитации различных категорий инвалидов, в соответствии с их потребностями в развитии и формировании актуальных компетенций. Данные программы, отражающее как теоретические основы, в их разнообразии и конкретизации применительно к соответствующему направлению, так и практико-ориентированные разделы, позволят сформировать у слушателей представление о базовых основах, значимости, структуре и методах ранней помощи, комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, организации работы в конкретном направлении, а также - межведомственном взаимодействии в ходе реализации соответствующих мероприятий.

Список литературы:

1 Кузьмина И.Е., Гордиевская Е.О., Кривенков С.Г., Старобина Е.М., Чукардин В.А. Изучение потребности субъектов РФ в повышении квалификации кадров в системе социальной защиты населения. I Национальный Конгресс с международным участием Реабилитация – XXI век: традиции и инновации. Материалы конгресса. ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. - СПб, 14-16 сентября 2017, с.135-136.

2 Старобина Е.М., Гордиевская Е.О., Чукардин А.В., Кривенков С.Г. Анализ требований к профессиональной деятельности специалистов, осуществляющих деятельность в области комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов// Медико- социальная экспертиза и реабилитация: сборник научных статей / под общ.ред. В. Б. Смычка. - Минск: Колорград, 2018. - (Вып. 20) - С. 236-240.

РАЗДЕЛ 2 СОЦИАЛЬНАЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ

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

УДК 331.5.024.5

УСЛОВИЯ ВОВЛЕЧЕННОСТИ ИНВАЛИДА В ОБЩЕСТВО

Демина Э.Н.

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

CONDITIONS OF INVOLVEMENT OF PERSONS WITH DISABILITIES IN SOCIETY

Demina E.N.

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

Аннотация: В статье рассматриваются условий вовлеченности инвалидов в общество.

Abstract: The article discusses the conditions for the involvement of persons with disabilities in society.

Ключевые слова: инвалид, общество, условия вовлеченности инвалида в общество.

Key words: disabled, the society, the conditions of engagement of persons with disabilities in society.

Проблема инвалидов, их вовлеченность в общество, взаимодействия и отношения этого общества к его, так называемому меньшинству, является сегодня актуальной. Принятая в 1995 году Копенгагенская декларация ООН о социальном развитии провозгласила заботу о людях в качестве основного условия устойчивого развития общества, где особо подчеркивается важность обеспечения полной интеграции инвалидов в общество. Согласно ратифицированной Конвенции ООН о правах инвалидов государство берет на себя ряд обязательств по защите прав инвалидов, предотвращению их дискриминации, созданию условий для успешного вовлечения и включения в общество. В настоящее время крайне актуально успешное решение задач социализации, вовлечение инвалидов в общественную жизнь в значительной степени определяет будущее страны, способствует её поступательному развитию [1,3]. Вовлечение инвалидов в общественную жизнь позволит во многом изменить не только их положение в обществе, сформировать к ним у населения определённый уровень толерантности, признать таких людей полноправными членами социума, но и дать им возможность реализовать себя как личность, стать весомой единицей трудовых ресурсов страны. Для полноценной, активной жизни инвалидов необходимо вовлечение их в общественно - полезную деятельность, развитие и поддержание связей инвалидов со здоровым окружением, государственными учреждениями различного профиля, общественными организациями и управленческими структурами [4]. По существу, речь идет о социальной интеграции инвалидов, которая является конечной целью реабилитации.

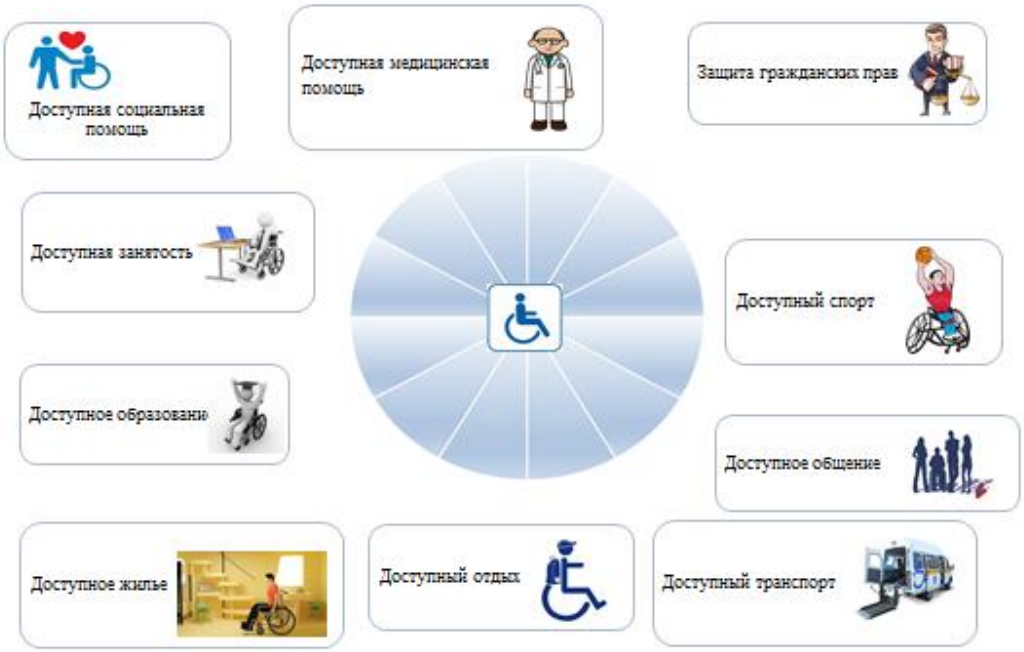
Целью данной работы явилось определение условий вовлеченности инвалидов в общество. Метод исследования - аналитический.

Вовлеченность инвалида - это полное и эффективное вовлечение и включение в общество, равенство возможностей, отсутствие дискриминации, доступность. Необходимыми условиями вовлеченности инвалида в общественную жизнь являются

доступная медицинская и социальная помощь, доступное жилье, доступное образование, доступная занятость, доступный транспорт, доступное общение, защита гражданских прав, доступный спорт и отдых, равные со здоровыми гражданами возможности реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, отсутствие дискриминации во всех сферах жизни (Рис. 1). Вовлеченность инвалидов в общество - процесс восстановления разрушенных связей инвалидов, обеспечивающего его включенность в основные сферы жизнедеятельности: труд, быт, досуг.

Главная цель вовлеченности инвалидов заключается в создании «общества для всех», то есть такого общества, в котором каждый индивидуум, обладая полным набором прав и обязанности, играет активную роль. Социальная интеграция одновременно является не только целью, но и средством постоянного развития общества, поскольку она способствует развитию общества на принципах не дискриминации, терпимости, уважения многообразия, равенства возможностей, солидарности, безопасности и участия всего населения, в том числе групп и лиц, находящихся в неблагоприятном положении, уязвимых групп и лиц. Механизм вовлеченности инвалидов - обеспечение их социальной защищенности, создания необходимых предпосылок для развития способностей инвалидов.

Рис. 1 Условия вовлеченности инвалида в общество



Критерии вовлеченности инвалида в общество: социальная адаптация, относительная независимость, материальная независимость, мобильность, занятость, полноценный досуг.

Необходимо отметить, что имеются проблемы вовлечения инвалидов в общество. К сожалению, отмечается **негативное отношение к людям с инвалидностью.** Инвалидов очень волнует вопрос об отношении к себе окружающих людей [2]. При этом треть из них чувствует пренебрежительное касательство. Здоровые люди не хотят общаться с ними, предпочитают общение, не требующее тесного контакта. Большинству легче контактировать «на равных», когда инвалид является его соседом или коллегой. Данный барьер особенно прослеживается при трудоустройстве людей-инвалидов, а также при получении образования на различных стадиях данного процессах [5]. Такое отношение к инвалидам в обществе отрицательно сказывается на включенности инвалидов в социальную жизнь общества. Недостаток услуг для инвалидов также являются проблемой. Так, инвалиды значительно более остро чувствуют дефицит услуг медико-социального

обслуживания, реабилитации, поддержки и помощи. В настоящее время отмечаются **проблемы с предоставлением услуг.** Недостаток медико-социальных, а также реабилитационных услуг может улучшено как их координацией, так и улучшением качества предоставляемых услуг. Большой проблемой в настоящее время является **недостаточное финансирование.** Экономика страны не в состоянии на высоком уровне поддерживать финансирование сферы обслуживания инвалидов. Низкий уровень финансирования становится дополнительной преградой для нормального получения инвалидами необходимых услуг. Проблемой вовлеченности инвалидов в общество является и **отсутствие доступности.** К сожалению, не вся транспортная инфраструктура и здания (в том числе общественного пользования), а также информация являются доступными для инвалидов. В этой связи, по данным статистики ВОЗ из-за недоступности инфраструктуры инвалиды вынуждены отказываться от поисков работы, что отрицательно сказывается на уровне и качестве их жизни. Следующей проблемой вовлеченности инвалидов в общество это **труднодоступность информации и коммуникации.** Так, в доступных для восприятия форматах имеется мало информации, а многие потребности инвалидов в области общения не удовлетворяются. Необходимо отметить и низкую активность самих инвалидов в общественную жизнь. Инвалиды довольно редко проявляют активность в области принятия решений, которые непосредственно затрагивают их жизнь.

В заключении следует отметить, что государство зачастую не обладает точными и актуальными сведениями о качестве жизни инвалидов. Вместе с тем, малая включенность инвалидов в общественную жизнь и недостаток опыта самостоятельного решения общественных проблем, связанных с доступность среды, мешает налаживанию эффективного диалога и продуктивного решения насущных проблем. В настоящее время в России имеется достаточно развитая система законодательства, регламентирующего положение инвалидов, однако отсутствует отлаженный механизм интеграции инвалида в общество. Интеграция инвалидов в обществе очень важна. Это процесс восстановления разрушенных отношений инвалидов должен обеспечивать его вовлеченность в основные сферы жизнедеятельности: труд, отдых и быт. Люди с ограниченными возможностями обладают огромным творческим и умственным потенциалом. Процесс вовлеченности инвалидов в общество необходимо характеризовать как процесс сложный и многогранный. Кроме того, это процесс обязательно двусторонний: то есть у общества и у инвалида должно быть обоюдное стремление к интеграции. Право инвалидов на участие в жизни общества может быть обеспечено главным образом через меры политического и социального характера.

Список литературы:

1. Аверина Е.А. Интеграция инвалидов в общество: теоретическое осмысление проблемы // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология 2011. № 1(13) С.5-11

2. Головко С. Г. Проблема дискриминации инвалидов в современном обществе //Омский научный вестник 2008.№5 (72) С. 82-84

3. Гонтмахер Е.Ш., Клепиков А.В. и др. Россия: на пути к равным возможностям.URL: http://www.unrussia.ru/sites/default/files/doc/russia_on_the_pat_ru.pdf (дата обращения: 28.06.2015).

4. Демьянова А.В. Меры государственной поддержки занятости инвалидов в России // Вопросы государственного и муниципального управления 2015, №4 С. 160-185

5. Малюга А.А. Проблемы вовлечения людей с ограниченными возможностями в трудовую деятельность //Современные проблемы науки и образования.2015. №1 (часть 2) С. 21-22

УДК 615.825

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Дробова Т.В., Кавалерчик Ю.Г.

« Гомельский клинический госпиталь ИОВ»
Республика Беларусь, Гомель

FEATURES OF THE REHABILITATION OF PEOPLE OLD AGE

Drobova T.V., Kavalerchik Yu.G.

Gomel Clinical Hospital JOB
Republic of Belarus, Gomel

Аннотация: В статье рассматриваются проблемные вопросы, связанные с реабилитацией лиц пожилого возраста. Обоснована необходимость индивидуального подхода к реабилитации для каждого пожилого человека.

Abstract: The article deals with problematic issues related to the rehabilitation of elderly people. The necessity of an individual approach to rehabilitation for every elderly person is substantiated.

Ключевые слова: лица пожилого возраста, пожилые люди, индивидуальная программа реабилитации, реабилитация лиц пожилого возраста.

Key words: elderly people, individual rehabilitation program, rehabilitation of elderly people.

Введение. В 2016-2017 году в Гомельской области проживало 205,2 тыс. человек в возрасте 65 лет и старше. Лица пенсионного возраста составляют четверть населения области. Для возрастной структуры населения Гомельской области характерно преобладание численности лиц старше трудоспособного возраста над лицами младше трудоспособного возраста (до 15 лет) При обследовании у пожилых пациентов обычно выявляют от 3 до 9 заболеваний, проявляющихся жалобами.

В пожилом возрасте люди склонны к болезням позвоночника, артрозам и артритам, диабету и сердечно-сосудистыми заболеваниями, из-за которых можно потерять подвижность и способность к самообслуживанию. Человеку преклонного возраста грозит беспомощность, одиночество и довольно безрадостное существование, поэтому он часто нуждается в реабилитации. Создание новых методов реабилитации граждан, находящихся в пожилом возрасте, становится всё более важным в социальном и экономическом плане. Их главная цель– адаптировать каждого пожилого человека к существованию в комфортном для него социальном окружении. Для её достижения необходима грамотная и своевременная восстановительная терапия, которая позволит предотвратить потерю важных функций организма и не дать человеку пожилого возраста превратиться в беспомощного инвалида. Но даже принятие всех профилактических и лечебных мер не всегда может полностью вернуть пожилому гражданину трудоспособность, поэтому помощь окружающих, их понимающее и доброжелательное отношение играют большую роль в его жизни. Успех реабилитации и гериатрической профилактики зависит от одного важного критерия – наличия у престарелого человека или инвалида личной мотивации к активной полноценной жизни. Если у него есть хобби, интересы, подходящая работа, социальная и культурная жизнь, близкие люди или глобальная цель – он будет медленнее стареть и имеет все шансы прожить дольше.

Цель. Установить и описать особенности реабилитации лиц пожилого и старческого возраста.

Обсуждение. При разработке программ реабилитации лиц пожилого возраста учитывают следующие факторы:

- Пожилые люди имеют, как правило,2 и более сопутствующих заболевания;

- Пожилые люди обычно принимают большое количество различных лекарств одновременно;

- Риск осложнений возрастает с каждым годом жизни;

- Пожилому человеку и его близким людям следует набраться терпения: восстановление может занять довольно много времени.

- Учитывать и исходить из возможностей каждого конкретного пожилого пациента;

- После того, как основная болезнь вылечена, необходима реабилитация и поддерживающая терапия всю оставшуюся жизнь.

На основании всех выше перечисленных фактов, вместе с пациентом и его родственниками разрабатывается индивидуальные цели, составляется индивидуальный план лечения и реабилитации [1]. Реабилитация пожилых пациентов включает различные аспекты реабилитационного процесса:

- медицинский;
- физический;
- психологический;
- социальный.

Медицинская реабилитация включает в себя регулярное и постоянное наблюдение за состоянием основных органов и систем организма (по таким показателям, уровень сахара в крови, давление и температура, частота пульса и дыхания), своевременная медикаментозная коррекция при любых отклонениях.

Физический аспект реабилитации включает в себя:

- Физиотерапевтические процедуры и лечебная гимнастика, которые поддерживают тонус мышц и гибкость суставов, предотвращают их атрофию, усиливают иммунитет, нормализуют кровообращение и обменные процессы, снимают воспаления, отёчность и боль;

- Эрготерапию - обучение двигательным навыкам, которые необходимы пожилому человеку в повседневной жизни.

- Механотерапию - физкультура с использованием специально разработанных аппаратов и тренажёров.

- Массаж - применяется на всех этапах реабилитации, в том числе, к лежачим больным.

- Фитотерапия.

Психологический аспект является важнейшей составляющей в реабилитации пожилых пациентов. Для результативной и быстрой реабилитации необходим оптимистичный, активный настрой пациента, вера в успех, интерес к жизни. С пожилыми людьми проводится комплексная психологическая работа, направленная на то, чтобы пробудить в них желание жить, нормализовать их эмоциональное состояние, научить преодолению стрессов и формированию устойчивой самооценки, укрепить когнитивные функции. Методы этой работы самые разнообразные: арт-терапия, ароматерапия, лечение травами, сеансы медитации и релаксации. Некоторые мероприятия проводятся в групповом формате. Возможно применение лекарственных средств [2].

Социальная реабилитация инвалидов и лиц пожилого возраста непременно должна быть комплексной и направленной на восстановление их активности в обществе. Реабилитация не увенчается успехом, если не будут учитывать характер, личностные особенности пожилого человека и социальное окружение, с которым он находится в тесной связи. Цель реабилитации – достижение гармонии между телом пациента, его психикой и социумом, в котором он находится. На данные ВОЗ свидетельствуют о том, что как минимум у 40 % людей пожилого возраста наблюдаются симптомы депрессии. Причины её связаны не только с состоянием здоровья, но и с социальными факторами: недостатком общения, чувством собственной ненужности и бесполезности, одиночеством, пренебрежением. Пожилым людям нужна не только поддержка в быту и медицинское обслуживание, но и социальная защита, а также психологическая помощь. С выходом на

пенсию многие люди выпадают из активной социальной жизни, и потом им не хватает мотивации включиться в неё опять, уже в новом статусе и им требуется социальная реабилитация. Один из главных компонентов реабилитации пожилых является общение. Оно необходимо любому человеку, чтобы чувствовать себя востребованным, а пожилым людям и инвалидам, нередко оказывающимся в изоляции и одиночестве, контакт с людьми ещё более важен. Социальная реабилитации инвалидов и лиц пожилого возраста складывается из комплексного применения следующих мер:

- Ресоциализация пожилых граждан (стимулирование их к социальной активности, возвращению к общественной жизни, выходу из изоляции).
- Социальная помощь.
- Развитие и сохранение навыков самообслуживания, оказания себе необходимой помощи и достижения экономической самостоятельности.
- Нормализация жилищных условий в соответствии с потребностями и ограничениями пациента, предоставление технических средств, необходимых для повседневного существования.
- Организация культурно-досуговых мероприятий и отдыха.
- Духовная поддержка.

Социальная реабилитация лиц пожилого возраста имеет своей целью не только их выживание, но и социализацию, адаптацию в обществе. Показателем успешности такой реабилитации является достижение пожилым человеком или инвалидом высокого статуса в социальной среде, удовлетворённости жизненными условиями и своим местом в обществе.

Медико-социальная реабилитация людей пожилого возраста реализуется в формате обслуживания на дому, адресной соцзащиты, срочной разовой социальной помощи и т.д. Система реабилитации включает в себя множество учреждений разных видов – жилые дома и интернаты для престарелых, учреждения дневного пребывания, центры социального обслуживания, санатории и многие другие.

Трудовая реабилитация граждан пожилого возраста включает в себя терапию занятостью, или трудотерапию – подбор видов созидательной деятельности таким образом, чтобы вылечить или скомпенсировать психические и физиологические нарушения пациента. В результате ожидается восстановление функций, необходимых для самостоятельной повседневной жизни [3].

Просветительская реабилитация ведётся в следующих направлениях:

- Предоставление информации и консультаций, касающихся медицинской реабилитации.
- Информирование самого пациента и его родственников о возможностях социально-бытовой реабилитации.
- Оповещение о существующих источниках социальной реабилитации и поддержки.

Людям пожилого возраста бывает нелегко ориентироваться в окружающей их социальной действительности, которая быстро меняется. Поэтому необходимо проводить просветительскую реабилитацию: рассказывать им о том, какие права у них есть, какие социальные услуги им положены и на каких условиях, предлагать оптимальные варианты. Кроме социально-экономического аспекта, есть и личностный: ознакомить пожилого человека с теми изменениями, которые происходят с возрастом в его организме и психике, объяснить закономерности и научить приспосабливаться к ним.

Выводы. Таким образом, реабилитация граждан пожилого возраста и инвалидов работает сразу в следующих направлениях:

- реинтеграция человека в социум;
- восстановление или сохранение его трудоспособности;
- обеспечение независимости от окружающих людей в бытовых и экономических вопросах.

Проведение реабилитации в пожилом возрасте должно опираться на следующие правила:

- Внимание к психологическому и эмоциональному состоянию пациента, учёт его мнения о заболеваниях и предпочтительном лечении;
- Следование чёткому плану мероприятий, который вырабатывается совместно с пациентом;
- Регулярное и постоянное наблюдение за состоянием основных органов и систем организма (по таким показателям, уровень сахара в крови, давление и температура, частота пульса и дыхания);
- Поддержание у пожилого пациента энтузиазма и уверенности в успехе реабилитации, отслеживание и поощрение любых позитивных изменений;
- Стимулирование пациента к активной позиции в лечении и самообслуживании.

Список литературы:

1. Анисимов, В.Н. Старение и ассоциированные с возрастом болезни/ В.Н. Анисимов // Клиническая геронтология. – 2005 – №1. – с.42-49.
2. Башук, В.В. К вопросу о медико-социальных аспектах геронтологической помощи при социально-значимой патологии пожилого возраста. / В.В. Башук // Фундаментальные исследования. – 2-11. – №3. – с. 43-46.
3. Смычек, В.Б. Реабилитация больных и инвалидов / В.Б. Смычек. – М.: Мед лит., 2009. – с.220 –221.

УДК 159.9.075

ПРОБЛЕМА КАТЕГОРИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО АСПЕКТА РЕАБИЛИТАЦИИ В ОБЩЕЙ СТРУКТУРЕ НОРМАТИВНО- ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ДАННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Морозова Е.В.

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

THE PROBLEM OF THE CATEGORIZATION OF THE PSYCHOLOGICAL ASPECT OF REHABILITATION IN THE GENERAL STRUCTURE OF THE REGULATORY LEGAL REGULATION OF THIS ACTIVITY

Morozova E.V.

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

Аннотация: В статье изложены основные вопросы нормативно-правового регулирования психологического аспекта реабилитации, охарактеризована проблема «неопределенного» статуса психологической реабилитации в структуре нормативно-правовых актов, регулирующих реабилитационную деятельность в сферах здравоохранения и социальной защиты, сформулировано четкое определение направления «социально- психологическая реабилитация и абилитация инвалидов, детей-инвалидов»,

охарактеризованы ее цели и задачи, рекомендуемые для включения в стандарт по основным направлениям социальной реабилитации и абилитации инвалидов, детей-инвалидов.

Abstract: The article presents the main issues of legal regulation of the psychological aspect of rehabilitation, described the problem of “uncertain” status of psychological rehabilitation in the structure of legal acts governing rehabilitation activities in the areas of health and social protection, formulated a clear definition of the direction of “socio-psychological rehabilitation and habilitation of disabled people, disabled children ", described its goals and objectives, recommended for inclusion in the standard on the main areas of social rehabilitation habilitation and persons with disabilities, children with disabilities.

Ключевые слова: психологическая реабилитация, стандарты реабилитационных услуг, комплексная система реабилитации, абилитации инвалидов, детей-инвалидов.

Key words: psychological rehabilitation, standards of rehabilitation services, a comprehensive system of rehabilitation, habilitation of the disabled, disabled children.

Действующая в Российской Федерации концепция реабилитации, реализуемая и в сфере здравоохранения, и в сфере социальной защиты населения, в том числе подразумевает в структуре реабилитационных мероприятий психологический аспект. В комплексе реабилитационного воздействия психологические мероприятия крайне важны [5].

Исследования, проводимые ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, выявили глубокие психологические проблемы у лиц, находящихся в условиях инвалидизирующего заболевания, обусловливающие дезадаптивные риски, решить которые мерами лишь социального и медикаментозного характера невозможно [1, 2, 3].

При этом, анализ нормативно-правовых актов, действующих в сфере охраны здоровья граждан и сфере социальной защиты населения, выявляет некую «размытость» и отсутствие четкого определения психологического аспекта реабилитации в структуре нормативно-правового регулирования в виду отсутствия четкой формулировки определения данного реабилитационного направления.

В Федеральном Законе от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в общем определении реабилитации упоминаются меры «психологического характера…»В сфере социального обслуживания граждан, регулируемой Федеральным Законом от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» в статье 20. «Виды социальных услуг» в подпункте 3., в перечне услуг обозначены услуги, непосредственно касающиеся психологического аспекта, определенные как «социально-психологические», с дальнейшей расшифровкой их направленности (далее по тексту Закона) «…предусматривающие оказание помощи в коррекции психологического состояния получателей социальных услуг для адаптации в социальной среде…». Касательно реабилитации инвалидов, в Федеральном Законе от 24.11.1995 N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», в ст. 9 в структуре основных направлений реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе включена реабилитация «социально-психологическая».

В национальном стандарте Российской Федерации: Реабилитация инвалидов «Услуги по психологической реабилитации инвалидов» в разделе 3

«Термины и определения» подробно изложены услуги по психологической реабилитации инвалидов, этапы и условия реализации реабилитации. Однако, четкое определение и формулировка, позволяющая понять, что такое «психологическая реабилитация» для инвалидов, также отсутствует.

Таким образом, в действующей нормативно-правовой базе, регулирующей вопросы реабилитации и абилитации, реализуемой различными органами исполнительной власти в сферах (здравоохранения, социальной защиты населения, социального обслуживания

граждан и др.) понятийный аппарат, в части конкретики социально-психологического аспекта реабилитации инвалидов не проработан.

Отсутствие в действующем Федеральном Законодательстве формулировки данного реабилитационного направления с методологических позиций, и с позиций четкого разграничения сфер деятельности специалистов, осуществляющих реабилитацию, требует восполнения данного пробела и определения ее содержания, очерчивающего «границы» ее полномочий, предмета деятельности и целей.

Обобщая методологические положения современной концепции инвалидности, действующее законодательство и предусмотренные в нем понятийные категории (направления реабилитации, действующие критерии оценки инвалидности и др.). А также, принимая во внимание актуальность приведения методологических основ реабилитации к современным международным тенденциям (положениям МКФ [4], в системе показателей которой важными факторами признаны не только функциональные параметры, но и личность, с присущими ей личностными характеристиками «активностью и участием» в жизнедеятельности), предлагаем под социально- психологической реабилитацией (абилитацией) понимать: восстановление, либо формирование компонентов психической деятельности (психических функций, нейродинамики, а также эмоционально- личностных характеристик), обеспечивающих активность и участие в различных серах жизнедеятельности (бытовой, межличностной, социально-средовой, социокультурной, образовательной, профессиональной и спортивной) для успешной социальной адаптации и интеграции инвалида в общество.

Основной целью психологической реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) следует считать реализацию комплекса мероприятий (услуг) для полного или частичного восстановления (формирования) компонентов психической деятельности, включая личностные характеристики, способствующие повышению реабилитационной приверженности, обеспечивающей активность и участие личности в реализации жизнедеятельности для достижения социально-психологической адаптации и интеграции в общество.

Категоризация психологического компонента, в общей структуре реабилитационных мероприятий, непосредственно соотносится с требованием времени в отношении пересмотра действующих стандартов реабилитации, в содержании которых ранее отсутствовала конкретика касательно психологической реабилитации. В проектах новых стандартов оказания услуг по социальной реабилитации и абилитации инвалидов, детей-инвалидов, разрабатываемых в рамках Госзаданий Минтруда России Федеральным центром научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей- инвалидов на базе Федерального государственного бюджетного учреждения Федеральное Бюро медико-социальной экспертизы Минтруда России данные недоработки учтены.

Таким образом, в проект новых стандартов реабилитации и абилитации инвалидов, в данный момент активно обсуждаемых профессиональным сообществом, а также иными заинтересованными сообществами включена четкая формулировка и характеристика целей социально-психологической реабилитации и абилитации инвалидов, что будет способствовать совершенствованию реабилитационных подходов, адресному оказанию реабилитационных услуг инвалидам, детям-инвалидам с учетом их индивидуальных потребностей.

Список литературы:

1. Морозова, Е.В. Социально-психологическая адаптация личности, на различных этапах заболевания /Е.В.Морозова// Медицина в Кузбассе. - 2010. - № 4.- С.15-19.

2. Морозова, Е.В. Роль и значение психологической реабилитации личности в экспертно-реабилитационном процессе / Е.В.Морозова //Медико- социальная экспертиза и

реабилитация. Медицина. – 2010. - № 1. - С.54-57.

3. Морозова, Е.В., Урываев В.А. Личность в ситуации инвалидизирующего заболевания // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности / под ред. Р.В. Кадырова. - Владивосток: Мор. гос. ун-тет, 2014. - С.105-124.

4. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) с изменениями и дополнениями по состоянию на 2016 год. СПб.: ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А.Альбрехта, 2017. 223 с.

5. Рыбников В.Ю., Морозова, Е.В. Организационно-методологические основы системы психологической реабилитации в контексте концепции «Внутренней картины инвалидности» / В.Ю.Рыбников, Е.В.Морозова // Российский психологический журнал. - 2016. – Т.13. - № 1. - С.125-147.

УДК 364

ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Рогачева Т.В.

ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов»
Россия, Екатеринбург

PERSONAL FACTORS AFFECTING THE EFFECTIVENESS OF THE REHABILITATION PROCESS

Rogacheva T.V.

Regional Center for the Rehabilitation of Disabled Persons
Russia, Ekaterinburg

Аннотация: В статье описаны результаты психодиагностического обследования инвалидов разных возрастных групп. Предложено определение результативности реабилитационного процесса. Показана зависимость результативности реабилитационного процесса от личностных факторов.

Abstract: the article describes the results of psychodiagnostic examination of disabled people of different age groups. It is proposed to determine the effectiveness of the rehabilitation process. The dependence of the effectiveness of the rehabilitation process on personal factors is shown.

Ключевые слова: реабилитационный процесс; результативность.

Key words: rehabilitation process; effectiveness.

Актуальность и цели. Российская практика оценивания процессов социальной направленности, результатом которых выступают улучшение социального функционирования человека, восстановление или компенсация способностей, или максимальное приспособление к новым условиям до сих пор рассматривается, по словам доктора экономических наук Т.Ч.Амалиева, «как затратная, а критерием эффективности часто является экономия на содержании и снижении удельных затрат» [1, 5]. С учетом многообразия опубликованных монографий и статей на тему эффективности и результативности деятельности социальных организаций, разноплановости проводимых исследований неизбежна множественность трактовок понятий «результативность» и «эффективность», а также методов, методик и мер измерения. Итог — отсутствие четкого однозначно трактуемого определения данных понятий. В научной литературе, освещающей проблемы оценивания, понятия «результативность» и «эффективность» часто употребляются как синонимы. М. Лебас и К. Юске указывают на то, что «термин

результативность представляет собой одно из «слов-чемоданов», внутрь которого каждый помещает подходящие ему понятия, перекладывая заботу об определении на контекст» [6, 126]. Как мы уже писали [3,37], при операционализации понятия эффективности принято различать результативность (effectiveness) и экономичность (efficiency) деятельности. Первая измеряет степень достижения установленных для организации целей. Вторая же, сопоставляя получаемые анализируемой единицей результаты со значениями факторов (обычно затратами ресурсов), при которых они были достигнуты, дает представление о том, насколько экономично функционирует организация. Поэтому под результативностью реабилитационного процесса в данной статье будет пониматься соответствие процесса реализации запланированной реабилитационной деятельности (цели реабилитации) достижению запланированных результатов. В первую очередь, результативность должна измеряться относительно конкретного инвалида, проходящего реабилитационный процесс в конкретном учреждении. Поэтому целью данной статьи выступает анализ результативности реабилитационного процесса при прохождении реабилитации в конкретном учреждении.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в течение 2018 года на базе ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов» г. Екатеринбурга. Инвалиды находятся на реабилитации в Центре в течение 14 дней на условиях стационарной формы обслуживания. Методом случайной выборки было отобрано 200 респондентов трудоспособного возраста (100 мужчин и 100 женщин) и 200 респондентов пенсионного возраста (100 мужчин и 100 женщин), проходивших реабилитацию в Центре и способных выполнить тестовые задания самостоятельно. Количество выбранных респондентов составляет около 50% от общего числа инвалидов, проходивших реабилитацию на условиях стационара в 2018 году.

В качестве психодиагностических методов использованы: ТОБОЛ [5], Методика «Реабилитационный потенциал личности», разработанный И.Ю. Кулагиной и Л.В.Сенкевич [4], ЦТО Эткинда (оценивались показатели: «Я», «реабилитация», «моя болезнь», «эмоциональное состояние») [2]. Результативность подсчитывалась по шкале, предложенной ФБГУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. Предлагается следующий подсчет результативности: на «входе» выставляются баллы за каждое нарушение функционирования от 0 до 4 (0 – нет нарушений; 4 – выраженность нарушения максимальная), далее на «выходе» также выставляются баллы. Далее подсчитывается среднее арифметическое баллов на «входе» и среднее арифметическое баллов на «выходе», первое полученное значение делится на второе.

Результаты обрабатывались с помощью пакета SPSS.

Результаты и их обсуждение. Выборка по нозологическим формам в целом соответствует генеральной совокупности получателей социальных услуг-инвалидов Центра (см. Таб. 1). На первом месте – болезни нервной системы, в основном – цереброваскулярные болезни и церебральный паралич, на втором – болезни костно-мышечной системы (артрозы, ревматоидные артриты и др.), на третьем – болезни системы кровообращения (характеризующиеся повышенным кровяным давлением, ишемическая болезнь сердца, «легочное сердце» и нарушения легочного кровообращения, наличие сердечных и сосудистых инмплантантов и трансплантатов).

По группам инвалидности выборка также соответствует генеральной совокупности. Инвалиды 1 группы составили 25% (26% в генеральной совокупности), II группы – 42% (40%), III группы – 33% (34%).

В ходе проведенного психодиагностического обследования на «входе» и на «выходе», после постановки цели реабилитации и проведенных в соответствии с целью и задачами реабилитационных мероприятий в реабилитационных отделениях Центра по социально-медицинской, социально-бытовой, социально-средовой, социально-психологической, социально-педагогической и социально-культурной реабилитации и

адаптивной физической культуре установлены следующие результаты: результативность улучшилась у каждого третьего инвалида (33%), осталась без изменений у 66,5% и ухудшилась у 0,5 % получателей социальных услуг.

Таблица 1. Соответствие нозологических форм в выборке и в генеральной совокупности (инвалиды стационарной формы обслуживания)

№	Нозологическая форма	Инвалиды, проходившие реабилитацию в Центре за 2018 год	выборка				
			Муж. Труд.	Жен. Труд.	Муж. Пенс.	Жен. Пенс.	Всего:
1	Болезни нервной системы	38%	10%	13%	10%	5%	38%
2	Болезни костно - мышечной системы	19%	2%	3%	2%	13%	20%
3	Болезни системы кровообращения	16%	2%	1%	8%	3%	14%
4	Травмы, отравления (в т.ч. наркотического генеза)	12%	8%	2,5%	1%	0,5%	12%
5	Психические расстройства	4%	0,5%	2%	1%	2,5%	6%
6	Новообразования	4%	0,5%	2%	1%	2,5%	6%
7	Другое	7 %	1%	2%	0,5%	0,5%	4%
	Всего:	100%	24%	25,5%	23,5%	27%	100%

Рассмотрим основные личностные факторы, повлиявшие на результативность реабилитационного процесса. Так, среди женщин результативность в 2 раза выше, чем среди мужчин и зависит от реабилитационного потенциала (См. Таб.2) и мотивированности (показатель корреляционной связи между реабилитационным потенциалом и результативностью: $r = 0,67$ при $p \leq 0,001$; показатель корреляционной связи между мотивированностью и результативностью: $r = 0,71$ при $p \leq 0,001$).

Стоит отметить, что если мужчины и женщины пенсионного возраста практически не отличаются по этому показателю, то у женщин трудоспособного возраста этот показатель в 2 раза выше, чем у мужчин трудоспособного возраста. Среди женщин этой группы чаще были инвалиды II и III группы, тогда как в мужской группе – инвалиды I и II групп. Выявлена тесная связь между показателем «группа инвалидности» и результативностью ($r = 0,64$ при $p \leq 0,01$).

Таблица 2. Зависимость результативности от мотивированности и реабилитационного потенциала (результативность улучшилась) (в % к общей выборке)

Пол	Реабилитационный потенциал высокий			Реабилитационный потенциал низкий		
	Мотив. высокая	Мотив. средняя	Мотив. низкая	Мотив. высокая	Мотив. средняя	Мотив. низкая
Муж.	14	4	0	0	4	3
Жен.	27	21	0	0	4	4

Показатель «группа инвалидности» прямо указывает на нозологические формы, к которым относятся у мужчин: болезни кровообращения (перенесенные инфаркты, перенесенные аорто-коронарное шунтирование и стентирование и пр.) и болезни нервной системы (чаще – перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения), тогда как у женщин это болезни опорно-двигательного аппарата (артрозы, церебральный паралич). Выявленный факт связан также с отношением к себе ($r = 0, 73$ при $p \leq 0,001$) и к своей болезни ($r = 0, 54$ при $p \leq 0,001$). При проведении методики ЦТО, смысл которой в том, что каждый из цветов обладает собственным эмоционально-личностным значением для личности, было выявлено, что только каждый третий мужчина этой группы в процессе реабилитации не поменял отношение к себе. Как на «входе» чаще всего получатель социальных услуг мужского пола оценивал себя зеленым цветом, что интерпретируется как «самостоятельный, настойчивый, иногда упрямый, напряженный», так и на «выходе» он оценивал себя с помощью зеленого цвета, что требует дополнительных ресурсов от личности, повышая реабилитационный потенциал. Женщины же значительно чаще меняли отношение к себе после реабилитационного процесса (91%), причем чаще с красного («символизирует силу волевого усилия, агрессивность, наступательные тенденции, возбуждение») на желтый («активность, стремление к общению, экспансивность, веселость»). Желтый цвет ограждает надежды на успех, спонтанное удовлетворение от участия в деятельности, ориентацию на дальнейшую работу. Женщины же были более стабильны в отношении к своей болезни. Так, почти половина женщин рассматривает свою болезнь как серую («слабость, пассивность, усталость») и на «входе» и на «выходе», что связано с болевым синдромом. У мужчин отношение к болезни меняется чаще (у 75%) с серой на красную, что добавляет активности и повышает результативность реабилитационного процесса. Следовательно, у мужчин трудоспособного возраста результативность улучшается за счет изменения отношения к себе и к своей болезни в процессе реабилитации на более активное. Женщины чаще меняли свое отношение к себе с активного на более ориентированного на взаимодействие с другими людьми и не меняли отношение к болезни, адаптировавшись к ней. Следовательно, у женщин результативность связана с ориентированностью на помощь и взаимодействие других людей и адаптированность к своей болезни.

Интереснее полученные данные о тех инвалидах, у которых при высоком реабилитационном потенциале и мотивированности результативность не изменилась (См. Таб.3).

Таблица 3. Зависимость результативности от мотивированности и реабилитационного потенциала (результативность без изменений) (в % к общей выборке)

Пол	**Реабилитационный потенциал высокий**			**Реабилитационный потенциал низкий**		
	Мотив. высокая	**Мотив. средняя**	**Мотив. низкая**	**Мотив. высокая**	**Мотив. средняя**	**Мотив. низкая**
Муж.	18	25	3	0	11	13
Жен.	32	19	0	1	2	4

Среди инвалидов, у которых результаты реабилитации не улучшились, почти в 2 раза больше женщин. В данных группах выявлена тесная корреляционная зависимость от типа отношения к болезни ($r = 0,48$ при $p \leq 0,0004$). Так, на первом месте, как у женщин, так и у мужчин с высоким реабилитационным потенциалом и высокой мотивированностью на реабилитацию диагностировано диффузное отношение к болезни, которое чаще состоит из 4 и более противоречивых типов (неврастенический, сензитивный, тревожный, эргопатический, дисфорический, паранойяльный). Диффузный тип отношения к болезни характеризуются наличием психической дезадаптации,

связанной с противоречивым отношением к своему заболеванию, т.к. содержит как интрапсихическую, так и интерпсихическую направленность реагирования на болезнь. Одномоментное реагирование на свою болезнь тревожно, неврастенически и меланхолически, с одной стороны, и эгоцентрически, дисфорически и паранойяльно, с другой, обуславливают нарушения социальной адаптации инвалидов и уменьшают эффект от проведенных реабилитационных мероприятий.

Зависимостей между группой инвалидности, нозологической формой и результативностью в этих группах не выявлено. По результатам проведенной методики ЦТО было установлено, что у 75 % женщин менялось отношение к себе с желтого на зеленый. То есть если женщины на «входе» рассматривали себя как активных, общительных и веселых, то на «выходе» они оценивали сове «Я» зеленым цветом, что может быть интерпретировано как самостоятельность, упрямство и напряженность. Как было выяснено при мониторинге оказания услуг в отделениях социально-психологической и социально-бытовой и социально-средовой реабилитации, именно эти женщины отказались от услуг вышеперечисленных отделений. У мужчин (83%) поменялось эмоциональное состояние с желтого и красного на фиолетовый. Другими словами, при «входе» мужчины были активны, общительны и полны надежд на взаимодействие, то на «выходе» рассматривали себя как пассивных и сензитивных. Именно у этих мужчин чаще диагностировался диффузный тип отношения к болезни, состоящий из противоречивых типов.

Выводы. Результативность реабилитационного процесса прямо связана с полом и возрастом инвалидов. Результативность женщин трудоспособного возраста прямо связана группой инвалидности, изменением отношения к себе и стабильностью к своей болезни в процессе реабилитации. У мужчин трудоспособного возраста результативность зависит от стабильности отношения к себе и изменения отношения к болезни в процессе реабилитации. Отсутствие результатов реабилитации у мужчин и женщин при высоком реабилитационном потенциале и высокой мотивированности связано с диффузным отношением к болезни и отказом от социально-психологических и социально-бытовых и социально-средовых услуг.

Список литературы:

1. Амалиев Т.Ч. Проблемы оценки результативности прикладной научной деятельности. М.: ОО ПП Сервис, 2014. 16 с.
2. Головей Л.А., Рыбалко Е.Ф. Практикум по возрастной психологии. СПб.: Речь, 2001. 694 с.
3. Исаева Е.Р., Рогачева Т.В. Теоретические основания определения результативности реабилитационного процесса / материалы Международной научной конференции «Технологии реабилитации: наука и практика». СПб., 25-26 апреля 2018. СПб.: ООО «Р-КОПИ», 2018. С.33-37.
4. Кулагина И.Ю., Сенкевич Л.В. Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях / Культурно-историческая психология. 2015. Т.11. №1. С.50-60.
5. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: методические рекомендации // Л.И. Вассерман, Б.В.Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. Л., 1987. 27 с.
6. Lebas M., Euske K. A conceptual and operational delineation of performance. In: Neely A. (ed.). Business Performance Measurement: Unifying Theory and Integrating Practice. Cambridge University Press: Cambridge, 2007. P.125–139.

УДК 159.9

ФОРМИРОВАНИЕ ПОЗИТИВНОГО ОБРАЗА ЧЕЛОВЕКА С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Пяткина Е.С.[1], Гринина Е.С.[2], Шипова Л.В.[3]

[1]Государственное автономное учреждение Саратовской области «Центр адаптации и реабилитации инвалидов» (ГАУ СО «ЦАРИ»)
[2]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского» (ФГБОУ ВО «СГУ имени Н.Г. Чернышевского)
[3]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского» (ФГБОУ ВО «СГУ имени Н.Г. Чернышевского)
Россия, Саратов

THE FORMATION OF A POSITIVE IMAGE PEOPLE WITH DISABILITIES IN A REHABILITATION CENTER

Pyatkina E.S.[1], Grinina E.S.[2], Shipova L.V.[3]

[1]Center of adaptation and rehabilitation of disabled persons, Saratov
[2]Saratov State University, Saratov
[3]Saratov State University, Saratov
Russia, Saratov

Аннотация: В статье рассматривается проблема формирования позитивного образа людей с инвалидностью в современной науке и практике, обсуждается отношение к инвалидам в обществе. Описывается опыт формирования позитивного образа человека с инвалидностью в социуме на материале деятельности реабилитационного центра.

Abstract: The article deals with the problem of forming a positive image of people with disabilities in modern science and practice, discusses the attitude to the disabled in society. The article describes the experience of forming a positive image of a person with disabilities in society on the material of the rehabilitation center.

Ключевые слова: человек с инвалидностью, позитивный образ, реабилитация, реабилитационный центр.

Key words: person with disability, positive image, rehabilitation, rehabilitation center.

Современное общество является динамичной, изменяющейся системой. Особую роль в ее развитии играют формирующиеся ценности, смысловые и поведенческие ориентиры, культурный уровень различных слоев населения. Одним из актуальных направлений сегодня является формирование инклюзивной культуры, предполагающей равенство прав и возможностей любого члена общества, независимо от его особенностей, возможностей, состояния здоровья. Одной из центральных проблем в данном контексте является отношение общества к людям с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью [10]. Значимым психологическим фактором в развитии инклюзивной культуры является готовность здорового большинства к позитивному восприятию лиц с инвалидностью, уважительному отношению к ним. Однако, имеющиеся у инвалидов специфические особенности, а также сложившиеся деструктивные стереотипы отношения к ним препятствуют этому. В связи с этим особую актуальность приобретает целенаправленная работа по формированию позитивного образа человека с инвалидностью.

Анализ современных литературных источников показывает, что в большинстве случаев общество не готово к полноценному принятию инвалидов, равнопартнерским и уважительным отношениям с ними, констатируется наличие значительной социальной и

психологической дистанции между основным населением и лицами с инвалидностью [5]. Отношение к инвалидам нередко обусловлено характером нарушения и вызываемыми ими особенностями. Так, по данным А.М. Щербаковой [11], отношение к «обобщенному» инвалиду и человеку с умственной отсталостью резко различаются. Большинство респондентов придерживаются в отношении инвалидов принимающей или амбивалентной позиции, тогда как в отношении лиц с умственной отсталостью преобладает отвергающее отношение. Е.В.Гусева [3] констатирует следующие варианты деструктивного отношения к людям с инвалидностью: агрессия, отрицание, игнорирование и насмешки, обвинение и осуждение, отвращение.

Исследование отношения студенческой молодежи к лицам с ограниченными возможностями здоровья показало их неоднозначность: более конструктивное отношение отмечается у тех представителей студенческой молодежи, которые имеют непосредственный опыт общения с такими людьми, а также перспективы дальнейшего профессионального взаимодействия с ними [2]. По мнению Н.А. Коростелевой, А.М. Краснова, В.В. Леонова, уровень толерантности отношения к студентам-инвалидам зависит от влияния социально-демографических характеристик преподавателей и студентов вуза: возраста, гендерной принадлежности, уровня образования, постоянного места жительства и др. Однако наиболее выраженное влияние на формирование толерантного отношения к лицам с ограниченными возможностями здоровья оказывает, как и в обозначенном выше исследовании, наличие опыта взаимодействия с ними в повседневной жизни [6].

Отмеченные выше факты свидетельствуют о преобладании деструктивного отношения к людям с инвалидностью со стороны здорового большинства, восприятия их не как равных себе, а в ряде случаев и представляющих определенную угрозу благополучию общество. Это обусловливает необходимость переориентации общественного сознания, формирования психологических предпосылок конструктивного восприятия людей с инвалидностью, формирование их положительного образа.

Однако, А.В. Чухина отмечает недостаточную эффективность средств массовой информации в создании положительного образа человека с инвалидностью [9]. Автор отмечает, что содержание большинства публикаций отражают преимущественно устаревшие термины и риторику в области проблем инвалидности, препятствуя тем самым полноценной интеграции инвалидов в общество. По данным А.Ю. Домбровской, нередко журналисты формируют представление об инвалидах как о социальной группе, единственной проблемой которой является получение социальной помощи; формируют образ немощных людей, не способных самостоятельно решить свои проблемы [4]. Следовательно, необходимо искать новые пути решения обозначенной проблемы.

Так положительный образ человека с инвалидностью может формироваться в ходе реализации различных социально-значимых проектов и мероприятий. Е.В. Старченко, Е.А. Аверина анализируют подобный опыт в рамках проведения кинофестиваля «Кино без барьеров: Томское эхо» [8]. По мнению Ю.Г. Воронецкой-Соколовой, существенную роль в формировании положительного образа человека с инвалидностью, может играть кинематограф. По данным автора, в зарубежном игровом кино отмечается тенденция перехода от негативного клише аутсайдера к гуманистическому пониманию личности «особого человека», его место в современном мире [1].

Формирование положительного образа человека с инвалидностью является одной из задач деятельности государственного автономного учреждения Саратовской области «Центр адаптации и реабилитации инвалидов» [7]. В Центре реализуются различные направления работы, в рамках которых люди с инвалидностью получают возможность самореализации, презентации себя в качестве полноценных граждан современного общества, обладающих активной социальной и жизненной позиции. Интересен и другой эффект: многие мероприятия, участниками которых являются клиенты Центра адаптации и реабилитации носят инклюзивный характер. В связи с этим люди с сохранными

возможностями здоровья имеют возможность по-новому взглянуть на людей с инвалидностью как на равноправных партнеров, людей, способных к значительным достижениям в различных сферах жизнедеятельности.

Значимую роль в формировании позитивного образа человека с инвалидностью играет деятельность фотоклуба «Отражение», члены которого являются постоянными участниками различных фотовыставок и конкурсов, занимают призовые места. В ноябре 2018 года приняли участие в IV открытом фотоконкурсе «Город. Библиотека. Книга», организованном Централизованной библиотечной системой Энгельсского муниципального района, приуроченной к столетнему юбилею библиотек г. Саратова и области.

Работы участников фотоклуба «Отражение» экспонируются на ежегодной фотовыставке «Городской натюрморт», которая организуется фотоклубом «Саратов», в большом зале Саратовского областного дома работников искусств. Участники фотоклуба освещают в прессе и СМИ различные мероприятия, которые проходят в городе и в Центре, к примеру, конкурс авторской песни (октябрь 2018 года).

Участники танцевальной студии «Вдохновение» на II Международных Парадельфийских играх (Ижевск, 11-17 ноября 2018) получили диплом третьей степени в номинации «Хореографическое искусство». Танцоры заняли призовое место среди участников Парадельфийских игр из шестидесяти регионов.

С 29 октября по 1 ноября 2018 года в г. Москве танцевальный коллектив «Вдохновение» Центра адаптации и реабилитации инвалидов «Парус надежды», принимал участие в заключительном этапе международного Фестиваля Inclusive Dance 2018. 30 и 31 октября на Большом Кубке «Inclusive Dance» состоялись Международные соревнования по инклюзивному танцу среди пар. По итогам состязаний танцевальный коллектив «Вдохновение» занял первое место в двух номинациях: классический танец и эстрадный танец. 1 ноября на гала-концерте VI Международного благотворительного танцевального фестиваля Inclusive Dance инклюзивный танцевальный коллектив «Вдохновение» г. Саратова представил танцевальную композицию «Без границ». По результатам международного Фестиваля Inclusive Dance 2018 года танцевальный коллектив «Вдохновение» стал лауреатом первой степени.

В рамках фестиваля состоялось награждение лауреатов фотоконкурса «Прекрасные мгновения инклюзивного танца», в котором принимали участие члены фотоклуба «Отражение». Начинающие фотографы стали лауреатами I и II степени. Фотографии победителей опубликованы в специальном журнале «Inclusive Dance 2018».

Центр адаптации и реабилитации инвалидов второй год подряд является одной из площадок по проведению акции «Тотальный диктант», в которой могут принять участие все желающие. За это время более ста человек пришли проверить свои знания, из них пятьдесят человек с ограниченными возможностями здоровья. На площадке Центра текст диктанта читают известные ведущие программы «Вести. Саратов» на телеканале Россия24, для слабовидящих участников диктанта организована отдельная площадка, также присутствует сурдопереводчик для людей с нарушением слуха.

Команда КВН Центра адаптации и реабилитации инвалидов «Кофе в постель» приняла участие и заняла четвертое место в финале КВН среди команд инвалидов России Международного Союза КВН «СВОЯ лига», которая является официальной лигой особого статуса творческого объединения «АМиК». В текущем году работа команды КВН продолжается, и уже 12-14 мая 2019 года в Центре адаптации и реабилитации инвалидов «Парус надежды» состоится VII областной Фестиваль команд интегрированного КВН, который является четвертьфинальным этапом «КВН ВОИ 2019» среди команд инвалидов Приволжского федерального округа России. Победитель регионального этапа получит право выступить в полуфинале, команды – победители полуфинала по решению организаторов, редакторов и жюри приглашаются для участия в финале лиги, который

пройдет в Санкт-Петербурге 12-16 октября текущего года. Общая тема сезона «КВН ВОИ 2019» – «НА СВОЕЙ ВОЛНЕ».

Традиционным стало участие людей с инвалидностью в конкурсе по фигурному вождению автомобиля (2014-2018 гг.). Центр адаптации и реабилитации инвалидов ежегодно принимает самое активное участие в подготовке мероприятий: организует тренировки участников соревнований на автодроме учреждения, осуществляет подготовку концертной программы и выставок. В рамках конкурса люди с ограниченными возможностями здоровья соревнуются в водительском мастерстве. Основная цель соревнований – популяризация адаптивного спорта и привлечение широкого круга людей с инвалидностью к активному участию в общественной жизни города.

Таким образом, раскрытие творческого потенциала людей с инвалидностью, создание ситуации успеха, вовлечение инвалидов в продуктивную творческую деятельность, демонстрация достижений инвалидов в процессе деятельности, оптимизация эмоциональных состояний и самооценки у людей с инвалидностью, стимулирование конструктивного взаимодействия с окружающими способствуют формированию позитивного образа инвалида в современном социуме.

Список литературы:

1. Воронецкая-Соколова Ю.Г. Эволюция образа «особого человека» в зарубежном игровом кинематографе // Научно-методический электронный журнал Концепт. 2014. № Т. 20. С. 996-1000.

2. Гринина Е.С Отношение студенческой молодежи к лицам с ограниченными возможностями здоровья // Известия Саратовского университета. Новая серия. Акмеология образования. Психология развития. 2015. Т. 4. № 4. С. 333-338.

3. Гусева Е.В. Агрессия по отношению к бомжам и инвалидам: ненависть или страх // Российская наука и образование сегодня: проблемы и перспективы. 2015. № 4 (7). С. 17-21.

4. Домбровская А.Ю. Формирование социальных стереотипов инвалидности // Среднерусский вестник общественных наук. 2009. № 2 (11). С. 63-66.

5. Кондакова Н.А., Фахрадова Л.Н. Отношение населения Вологодской области к статусу инвалида // Вопросы территориального развития. 2015. №1 (21). С 1-13.

6. Коростелева Н.А., Краснов А.М., Леонов В.В. Актуальность проблемы формирования толерантного отношения к студентам-инвалидам в современном социуме // Научно-педагогическое обозрение. 2014. №1 (3). С. 24-33.

7. Пяткина Е.С., Шлыкова Е.В. Возможности реабилитационного центра в развитии инновационных технологий // Реабилитация, абилитация и социализация: междисциплинарный подход. Москва, 2016. С. 481-488.

8. Старченко Е.В., Аверина Е.А. Формирование положительного образа человека с инвалидностью в рамках проведения томского кинофестиваля «Кино без барьеров: Томское эхо» / Наука, технологии, инновации: Материалы всероссийской научной конференции молодых ученых: в 10 частях. Министерство образования и науки Российской Федерации, Новосибирский государственный технический университет. 2013. С. 66-68.

9. Чухина А.В. СМИ как эффективный инструмент в создании положительного образа человека с инвалидностью в общественном сознании // Четвертая промышленная революция: реалии и современные вызовы. X юбилейные Санкт-Петербургские социологические чтения. Сборник материалов Международной научной конференции. 2018. С. 884-888.

10. Шипова Л.В., Гринина Е.С. Социализация и реабилитация в современном мире (итоги конференции) // Известия Саратовского университета. Новая серия. Акмеология образования. Психология развития. 2017. Т. 6. № 4. С. 386-388.

11. Щербакова А.М. Психологические аспекты инклюзии детей с ограниченными возможностями здоровья // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2013. № 2 (13). С. 67-74.

УДК 364.048.6

СОЦИАЛЬНО-СРЕДОВАЯ АБИЛИТАЦИЯ И СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ АДАПТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С МЕНТАЛЬНОЙ ИНВАЛИДНОСТЬЮ И ПСИХОФИЗИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ УЧЕБНОГО СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ. (ИЗ ОПЫТА РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ПЛОЩАДКА УЧЕБНОГО СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ «ЖИТЬ ПРОСТО!»)

Ермакова З.Д., Машурова Н.А.

Смоленское областное государственное бюджетное учреждение «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Вишенки»
Россия, Смоленск

SOCIAL AND ENVIRONMENTAL REHABILITATION AND SOCIAL HOUSEHOLD ADAPTATION OF ADOLESCENTS WITH MENTAL DISABILITY AND PSYCHOPHYSICAL DISORDERS BY USING THE EDUCATIONAL ACCOMPANIED ACCOMMODATION TECHNOLOGY (FROM THE EXPERIENCE OF REALIZATION OF THE PROJECT «AREA OF THE EDUCATIONAL ACCOMPANIED ACCOMMODATION «LIVE SIMPLY»)

Ermakova Z.D., Mashurova N.A.

Smolensk Regional State Budget Institution
«Rehabilitation Centre for disabled children «Vishenki»
Russia, Smolensk

Аннотация: в статье содержится описание использования технологии учебного сопровождаемого проживания для несовершеннолетних с ментальными и психофизическими нарушениями в условиях специально созданной тренировочной квартиры на базе реабилитационного центра.

Abstract: This paper contains the experience of the educational accompanied accommodation technology for adolescents with mental and psychophysical disorders in a specially created training apartment on the basis of rehabilitation centre.

Ключевые слова: социально-средовая абилитация; социально-бытовая самостоятельность; учебное сопровождаемое проживание; ментальная инвалидность и психофизические нарушения.

Key words: social and environmental habilitation, social and household independence, educational accompanied accommodation, mental disability and psychophysical disorders.

Смоленское областное государственное бюджетное учреждение «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Вишенки» (далее – Центр) с 2003 года оказывает социальные услуги детям с ограниченными возможностями (в том числе с ментальными и психофизическими нарушениями) и их семьям. Ежегодно за услугами по социальной реабилитации в Центр обращается от 100 до 110 подростков в возрасте от 14 до 18 лет, 67% от их числа имеют ментальные или психофизические нарушения, которые сопровождаются выраженными и стойкими ограничениями в таких сферах жизнедеятельности как способность к самообслуживанию, способность к ориентации, способность к общению и способность к обучению.

На сегодняшний день одним из наиболее востребованных направлений социальной помощи (по результатам анкетирования родителей и законных представителей, проведенного в учреждении) является развитие навыков общения со сверстниками, навыков ориентации в социальной инфраструктуре и умений организовать свой досуг, то есть мероприятия по социально-средовой абилитации и социально-бытовой адаптации. Передовая социальная практика показывает, что одной из наиболее эффективных технологий, способствующей развитию социальных компетенций людей с ментальными и психофизическими нарушениями является учебное сопровождаемое проживание в специально обустроенных жилых помещениях [2].

Для включения модели учебного сопровождаемого проживания в практику работы Центра, был разработан проект «Учебная площадка сопровождаемого проживания детей-инвалидов «Жить просто!».

В соответствии с основными направлениями деятельности по социально-бытовой адаптации и социально-средовой абилитации в рамках проекта были поставлены следующие задачи:

- сформировать навыки самообслуживания и бытовой жизни (ведение домашнего хозяйства, приобретение товаров);
- обучить ориентации в среде обитания и передвижению в ней с использованием транспорта;
- сформировать умения ориентироваться в общих межличностных взаимодействиях, включаться в них и участвовать в созидательной деятельности;
- научить самостоятельно организовывать свой отдых и досуг.

Формирование и развитие навыков социально-бытовой самостоятельности подростков с ментальной инвалидностью и психофизическими нарушениями представляет собой многоаспектный процесс, который заключается не только в приобретении и присвоении социального опыта с учетом особенностей развития и потребностей каждого ребенка, но и в эффективном использовании освоенных навыков в повседневной жизни. В связи с этим применение технологии учебного сопровождаемого проживания предполагает соблюдение определенной последовательности:

-диагностирование (оценка) уровня развития навыков в приоритетныхсферах самообслуживания или нуждаемости в их совершенствовании;

-ознакомление с предметами иокружением социально-бытового назначения и их использованием (социально-бытовая ориентация);

-проведение практических обучающих занятий по формированию и навыков санитарно-гигиенической направленности, а также в сфере домашней хозяйственно-бытовой деятельности (социально-бытовое научение);

-использование освоенных навыков, предметов социально-бытового окружения в повседневной жизни (социально-бытовая адаптация).

Обязательным условием использования технологии учебного сопровождаемого проживания является создание структурированного учебного пространства (учебной тренировочной квартиры), максимально приближенного к реальной среде проживания подростков, включающего кухню, прихожую, санузел, спальню, гостиную. В рамках проекта на базе Центра создана учебная тренировочная квартира площадью 43 кв. м, расположенная в отдельно стоящем одноэтажном доме с автономным отоплением и всеми коммуникациями, включая доступ в сеть Интернет, и оборудованная необходимой мебелью и соответствующей бытовой техникой.

Проект предполагает две формы участия подростков:

1. Учебное дневное пребывание по будним дням в режиме пятидневной рабочей недели в течение 6-ти недель.

2. Учебное сопровождаемое круглосуточное пребывание – краткосрочное двухдневное обучение по выходным дням в течение 6-ти недель.

Выбор формы учебного сопровождаемого проживания определяется по результатам диагностических мероприятий, зависит от уровня самостоятельности и потребности в помощи при осуществлении бытовой, досуговой и социально-коммуникативной деятельности каждого подростка, а также места его проживания (областной центр или районы области) и пожеланий родителей.

Все участники проекта разделены на 6 учебных групп: 3 группы по четыре человека и 3 группы по три человека. При формировании групп учитывались следующие критерии:

- разнополый состав группы;
- психологическая совместимость участников;
- потребность в необходимой физической помощи со стороны сопровождающих.

В составе каждой группы включены подростки с разной степенью выраженности нарушений, нуждающиеся в разном объеме посторонней помощи, что дает возможность участникам проекта оказывать помощь друг другу [3].

Для реализации основных мероприятий проекта был разработан учебно-методический комплекс, в который вошли две программы:

1. «Ступени» объемом 128 учебных часов;
2. «Я сам» объемом 48 учебных часов.

В рамках программ организовано обучение участников проекта навыкам самообслуживания (умение следить за собой, прием пищи, уход за одеждой, обувью), навыкам ведения домашнего хозяйства (умение приготовить пищу, убрать квартиру, вымыть посуду, постирать белье, закупить необходимые продукты и предметы домашнего обихода и т.д.), навыкам ориентации в социальной инфраструктуре, умениям организовывать свое свободное время. В программы обучения включены учебные поездки по городу на общественном транспорте, посещение предприятий торговли и бытового обслуживания, кафе. Отдельный раздел каждой из программ посвящен организации досуговой деятельности (посещение кинотеатра, музеев, выставочных залов, театральных представлений, пешие прогулки по историческим местам г. Смоленска), занятиям творчеством, а также организации домашних праздников (приглашение гостей, составление меню, приготовление блюд, составление развлекательной программы).

Программы основываются на применении широкого комплекса опорных сигналов и методов визуальной поддержки. Их использование связано с необходимостью большого количества «подсказок» при формировании различных функциональных навыков, особенно тех, которые предполагали выполнение нескольких последовательных шагов (например, одевание, принятие водных процедур, приготовление пищи, закупок продуктов в магазинеи пр.). В качестве основных способов визуальной поддержки используются визуальные расписания, которые отображают порядок действий при выполнении навыка, и социальные истории, содержащие описание конкретных ситуаций, событий или занятий, или информацию о предстоящих событиях: чего стоит ожидать, и как следует себя вести.

С целью отслеживания и фиксации результатов освоения указанных программ используются индивидуальные карты навыков. Карта включает в себя следующие разделы:

1. Общие сведения о ребенке;
2. Оценка степени сформированности следующих групп навыков:

- самообслуживание (уход за телом, одевание, прием пищи и питьё);
- бытовые навыки (работа по дому, приготовление пищи, уход за вещами);
- осуществление покупок и распоряжение деньгами (приобретение товаров, обращение с деньгами);
- социальное взаимодействие (нормы общения, знание социальной инфраструктуры, безопасное поведение);
- организация досуга и отдыха (домашний отдых и досуг, отдых и досуг вне дома);

– навыки, необходимые для выбора профессии и будущей занятости.

В картах навыков с помощью оценочных знаков и соответствующих баллов отмечается степень сформированности каждого из обозначенных навыков на начало и конец обучения (входящий и итоговый контроль). Основным параметром успешности усвоения программного материала является объём помощи, который необходим подростку для выполнения того или иного действия, а также качественное содержание доступных ему действий.

Наиболее значительная динамика по результатам обучения наблюдается по навыкам, необходимым для осуществления работы по дому. Многие из подростков до участия в проекте никогда не занимались данными видами работы и не ощущали их необходимости. Практические занятия, а также обязательное выполнение ежедневных домашних дел в течение обучения позволяет многим научиться самостоятельно мыть посуду, протирать пыль, делать сухую и влажную уборку пола, выносить мусор.

У всех участников проекта отмечается повышение уровня сформированности навыков, связанных с осуществлением покупок и распоряжением деньгами. Этому способствует использование в процессе обучения множества деловых игр, еженедельные посещения организаций торговли, а также ведение тетрадей расходов, составление списков покупок и еженедельный подсчет потраченных и оставшихся средств.

Динамика отмечается также в развитии навыков, связанных с соблюдением последовательностей выполнения определенных бытовых действий (одевание, приготовление и прием пищи, уход за одеждой). Этому способствует активное использование в процессе обучения визуальных опор, что позволяет сократить объем посторонней помощи при выполнении данных бытовых действий.

Однако опыт реализации проекта выявил проблему мотивационной готовности подростков с ментальной инвалидностью и психофизическими нарушениями к самостоятельному выполнению различного рода бытовых действий, являющуюся одной из главных составляющих при организации учебного сопровождаемого проживания.

Учитывая неустойчивость интересов подростков, участвующих в проекте, их быструю пресыщаемость и слабость волевых процессов, в проекте разработан комплекс мер, направленных на поддержку мотивации активной деятельности:

1.Установление партнерских взаимоотношений между участниками процесса обучения и учёт мнения самих подростков при планировании работы домашних дел в учебной тренировочной квартире.

2. Обсуждение преимуществ, которые даст самостоятельное владение тем или иным навыком, как это снизит зависимость от взрослых в тех или иных повседневных бытовых ситуациях.

3. Создание ситуации успеха (подростки сначала подключаются к самым легким операциям, а специалисты подчеркивают их успешность в домашних делах).

4. Использование внешних стимулов-поощрений**.** В качестве поощрения за качественное и добросовестное выполнение домашних дел и успехи на занятиях используются жетоны, которые в конце каждой недели подростки могли обменять на какие-либо призы и привилегии.

Таким образом, учебное сопровождаемое проживание способствует не только поэтапной выработке социальных навыков, закреплению и эффективному переносу их в повседневную жизнь, но и формированию положительной мотивации к дальнейшему самостоятельному проживанию, включению подростков с ментальной инвалидностью и психофизическими нарушениями во все социальные системы, их активному участию в основных сферах жизни и деятельности макро- и микросоциума.

Важным аспектом реализации проекта является организация работы с семьями - участниками проекта. Родители получают психологическую поддержку в форме ежедневных контактов со специалистами, консультаций по развитию навыков социальной самостоятельности ребенка в домашних условиях, а также возможность обмена опытом

между собой. В ходе проекта организована школа для родителей и разработан специальный курс обучения «Вместе», направленный на повышение родительской компетентности в вопросах воспитания и социализации детей с ментальной инвалидностью и психофизическими нарушениями.

С целью повышения эффективности мероприятий проекта, а также обеспечения межведомственного подхода в социальной помощи детям-инвалидам, к реализации проекта был привлечен ряд социальных партнеров Центра. Среди них ОГБПОУ «Смоленский базовый медицинский колледж им. К.С. Константиновой», ГБУК «Смоленская областная универсальная, научная библиотека им. А. Т. Твардовского», СООО «Дети-Ангелы-Смоленск», НКО БФ «Наше дело».

Студенты ОГБПОУ «Смоленский базовый медицинский колледж им. К.С. Константиновой» (11 человек) в качестве волонтеров оказывают помощь в организации досуга участников проекта и проведении выездных мероприятий.

На этапе формирования целевой группы проводилась большая работа с семьями детей-инвалидов в сотрудничестве с СООО «Дети-Ангелы-Смоленск», включающая в себя информирование родителей о целях и содержании проекта по электронной почте, через сайт Центра и сайт СООО «Дети-Ангелы-Смоленск», очные консультации. Итогом этой работы стал список участников проекта.

ГБУК «Смоленская областная универсальная научная библиотека им. А. Т. Твардовского» разработала и реализует программу культурно-досуговых и профориентационных мероприятий, в том числе, краткосрочные курсы по теме «Работа в интернете проще простого» в объеме 8 учебных часов для участников проекта по форме учебного дневного пребывания.

НКО БФ «Наше дело» обеспечивает материальное сопровождение мероприятий проекта (семейные праздники), а также выделяет денежные средства для выплаты стипендий участникам проекта.

Проект Учебная площадка сопровождаемого проживания детей-инвалидов «Жить просто!» прошел конкурсный отбор Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации получил грант в размере 1,5 млн. рублей.

Таким образом, использование модели учебного сопровождаемого проживания для подростков с ментальными и психофизическими нарушениями является эффективным способом формирования социально-бытовой и социально-средовой самостоятельности, необходимых для их дальнейшего включения в активную жизнь общества. Полученный в ходе проекта опыт может быть использован государственными и некоммерческими организациями для решения задач реализации стационарозамещающего сопровождения лиц с ментальной инвалидностью психофизическими нарушениями.

Список литературы:

1. Вместе к самостоятельной жизни: опыт работы Центра лечебной педагогики и дифференцированного обучения Псковской области /Е.А. Виноградова, Е.А. Зуева, А.Т. Нестерова, А.М. Царев / Под ред. А.М. Царева. – Псков: ПОИПКРО, 2014.

2. Помощь людям с инвалидностью в организации самостоятельной жизни (Сопровождаемое проживание)/ Информационно- методический сборник. — М., 2017. — 200 с.

3. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 декабря 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".

УДК 616.85-055.2-083

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ И РЕЛАКСАЦИОННЫХ УПРАЖНЕНИЙ

Минина Е.Н., Бобрик Ю.В., Хаит Н.

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Медицинская академия
имени С.И. Георгиевского
Россия, Симферополь

REHABILITATION OF WOMEN WITH INCREASED LEVEL OF ANXIETY WITH THE USE OF RESPIRATORY AND RELAXATION EXERCISES

Minina E.N., Bobrik Yu.V., Hait N.

Medical Academy named after S.I. Georgievsky FGAOU VO "Crimean Federal University
named after V.I. Vernadsky»
Russia, Simferopol

Аннотация: В статье рассмотрены коррекционные эффекты занятий хатха-йогой при реабилитации женщин среднего возраста с повышенным уровнем тревожности. Выявленные средства и механизмы физиологического влияния на организм снижают уровень тревожности, оптимизируют вегетативную регуляцию, повышают работоспособность и уровень здоровья у женщин.

Abstract: The article describes the corrective effects hatha-yoga in the fitness of middle-aged women. Identified means and mechanisms of physiological effects on the body reduce anxiety levels, optimize the autonomic regulation and improve performance and health.

Ключевые слова: реабилитация, регуляция дыхания, релаксационные упражнения, адаптивные реакции, уровень тревожности.

Key words: rehabilitation, regulation of respiration, relaxation exercises, adaptive reactions, anxiety level.

Актуальность. Наиболее активные и социально успешные женщины сегодня - это женщины 30-40 лет [1, 2]. Повышенные требования в течение трудового дня сопровождаются несоблюдением гигиены труда и отдыха и в сочетании с малоподвижным образом жизни современной женщины, приводят к снижению адаптационных возможностей организма и росту биологического возраста [2, 3]. Интенсивный ритм трудовой деятельности физиологически требует больших функциональных резервов, которые в условиях стрессовой нагрузки используются организмом не рационально, с высокой ценой адаптации на фоне повышения уровня тревожности. Как известно, состояние тревоги отражается на функционировании лимбической системы, а особенно подвержена этому влиянию такая структура как Corpus amygdoloideum (миндалевидное тело) [7]. Одна из популяций нейронов миндалины проецируется в эволюционно древние части среднего мозга и мозгового ствола и напрямую связана с вегетативной нервной системой (ВНС). Повышенный уровень тревожности сказывается на реакции симпатической и парасимпатической части ВНС и деформирует регуляторные процессы в обеспечении адаптационного ответа [1, 5, 8].

Одним из путей решения данной медико-социальной проблемы могут служить регулярные занятия физическими упражнениями. Популярным направлением из современных программ физической реабилитации является система хатха-йоги, актуальность которой обуславливается её доступностью с одной стороны и многофакторностью коррекционного воздействия с другой [4].

Целью данной работы явилось исследование эффективности использования хатха-йоги при реабилитации женщин среднего возраста с повышенным уровнем тревожности, коррекции их психосоматического здоровья.

Материалы и методы. Были отобраны 30 женщин, ведущих активный трудовой образ жизни 35-40 лет, со сниженным уровнем функциональных резервов и повышенным уровнем тревожности. Из их числа были сформированы 2 группы по 15 человек – основная и контрольная. В основной группе занятия проводились по системе хатха-йога, в контрольной группе использовались упражнения на релаксацию, развитие гибкости, а также дыхательные упражнения, формирующие правильный паттерн дыхания. В обеих группах плотность и интенсивность занятия были равнозначными, проводились в течение 8 недель с частотой 3 раза в неделю по 90 минут. С целью комплексной оценки уровня физического здоровья использовалась методика Г.Л. Апанасенко [2]. Для определения физической работоспособности занимающихся был проведен тест PWC_{170} с использованием степ-эргометрии. Учитывались относительные данные, соотнесённые к массе тела. Изучение уровня тревожности осуществлялось при помощи шкалы самооценки Ч. Спилбергера. Биологический возраст рассчитывался по методу В.П.Войтенко [3]. При помощи 12-канального компьютерного ЭКГ-комплекса «Cardiolife» в покое регистрировали показатели вариационной пульсометрии, рассчитываемые автоматически по данным тахограмм, спектрограмм и стандартизированной интервалограммы. Длительность наблюдения при регистрации показателей составляла 5 минут при каждом измерении. Анализировали индекс напряжения Баевского (ИН, усл. ед), а также спектральные показатели сердечного ритма: высокочастотная компонента (HF, %), медленные волны 1 порядка (LF, %), рассчитывали коэффициент вагосимпатического баланса (LF/HF, усл.ед.), характеризующий рост централизации управления.

При обработке результатов исследования использовались методы математической статистики. Полученные данные были проверены по видовому распределению при помощи критерия Холмогорова-Смирнова. В связи с этим при нормальном распределении выборки использовался параметрический критерий Стьюдента.

Результаты и их обсуждения.

Как указано в литературных источниках, физические и дыхательные упражнения, выполняемые в рамках данной системы, способствуют Немаловажную роль в занятиях играет обучение саморегуляции, что позволяет нивелировать патологическое воздействие эмоционального стресса на регуляторные механизмы, снизить уровень тревожности и риск возникновения психосоматических заболеваний, уменьшить темпы старения [6, 12, 15]. Для сравнительного анализа коррекционной технологии хатха-йоги нами были выделены основные компоненты физиологического влияния упражнений данной системы на организм, схематично изображённые на рисунке 1.

Рис.1.Средства и механизмы физиологического влияния на организм упражнений системы хатха –йога

Как видно из схемы, многовекторность психофизиологического воздействия при использовании данной системы позволяет задействовать различные механизмы коррекции функционального состояния: рефлекторный, биомеханический, соматосенсорный, функционально-энергетический. Вовлекая различные звенья адаптации, совершенствуя регуляторные процессы практика йоги необратимо разрушает деформированный нейровегетативный стереотип, характерный для перенапряженного стрессами «человека цивилизации» [2, 14]. Однако остаётся мало изученным количественный аспект эффективности данной системы для различных возрастных групп в условиях занятий фитнес-групп.

Анализ исходного уровня состояния психосоматического статуса обеих групп указал на отсутствие межгрупповых различий, а характерным для всех исследуемых женщин явился высокий уровень тревожности, низкие показатели уровня физического здоровья и физической работоспособности. Вероятно, выявленное смещение регуляторных механизмов в сторону преобладания симпатикотонии приводило к их напряжению и неэффективности функционирования приспособительных механизмов. Как показали наши исследования, биологический возраст исследуемых достоверно превышал календарный.

В результате проведенных восьминедельных коррекционных мероприятий в основной группе, занимающейся хатха-йогой были достигнуты результаты, количественно более значимые, чем в контрольной группе (таб. 1). Одним из адаптивных эффектов в основной группе необходимо отметить увеличение жизненной ёмкости лёгких в среднем на 0,9±0,1 л, ($p<0,05$). Специальные асаны и дыхательные упражнения способствовали улучшению бронхиальной проходимости, оптимизировали диффузно-перфузионные взаимодействия и формировали правильный паттерн дыхания [9, 16]. Необходимо отметить, что позы с прогибанием спины назад ведут к раскрытию и лучшей вентиляции передних рёберно-диафрагмальных углублений и верхушек легких, а позы, с сильным сгибанием позвоночника вперед, увеличивают вентиляцию задних рёберно-диафрагмальных углублений, что приводит к увеличению площади газо- и кровообмена.

Таблица 1. Изменение психосоматических показателей до и после курса реабилитации в основной группе (X±Sx, n=30)

№	Показатель	Основная группа (X±Sx, n=15)			Контрольная группа (X±Sx, n=15)		
		До (1)	После (2)	p1-2	До (1)	После (2)	p1-2
1	F/HF, усл.ед.	1,40±0,08	1,00±0,08	<0,001	1,5±0,05	1,4±0,07	>0,05
2	ИН, усл.ед.	65,0±2,8	45,3±3,4	<0,001	57,0±3,2	54,3±2,9	>0,05
3	ФРОтн, гм/мин/кг	11,2±0,5	12,8±0,5	<0,05	11,4±0,5	12,0±0,5	>0,05
4	БВ, бал	45,3±2,5	37,4±2,1	<0,05	45,3±0,90	43,4±0,70	>0,05
5	УФЗ, балл	4,1±1,0	7,2±0,9	0,05	4,4±1,1	4,8±1,0	>0,05
6	УТ, усл.ед.	55,7±5,5	35,9±5,0	<0,05	59,9±3,4	42,9±5,0	<0,05

Примечание: LF/HF, усл.ед. – коэффициент вагосимпатического баланса; ИН, усл.ед. – индекс напряжения по А.Р. Баевскому; УФРОтн, кгм/мин/кг – относительный уровень физической работоспособности; БВ, бал – биологический возраст; УФЗ, балл – уровень физического здоровья; УТ, усл.ед. – уровень тревожности.

В свою очередь, оптимизация дыхательной функции сопровождалась изменением циркуляторных параметров кровообращения и его вегетативного обеспечения. Как известно, проприорецепторная афферентация по механизму моторно-висцеральных рефлексов влияет на все вегетативные функции, скелетную мускулатуру и трофику тканей. Как видно из таблицы, смещение вегетативного тонуса в сторону эйтонии в среднем на 25,0 %, (p<0,001) в группе практикующих хатха-йогу значительно снизило напряжение регуляторных механизмов по показателю ИН более чем на 30,0 %, (p<0,001).

Как видно из рисунка 2, при сравнении полученных результатов, в контрольной группе отсутствует корригирующий эффект на механизмы вегетативной регуляции. Правильно подобранный комплекс асан – это последовательная смена конфигураций сосудистого контура, создание динамической последовательности биохимических, биофизических изменений в различных частях, органах, тканях тела, в электрических процессах головного мозга [11]. При выполнении такого комплекса происходит нормализация функций организма, а при постоянной практике йоги увеличивается и становится стойкой неспецифическая сопротивляемость организма различным стрессорам [12, 14]. Как показали наши исследования, восьминедельный курс занятий хатха-йогой, в отличие от занятий в контрольной группе, приводит к снижению уровня тревожности в среднем на 15,0%, (p<0,05). Психофизиологическое действие саморегуляционных упражнений в сочетании с физическими упражнениями-асанами позволили повысить уровень физического здоровья занимающихся более чем на 50,0 %, (p<0,05).

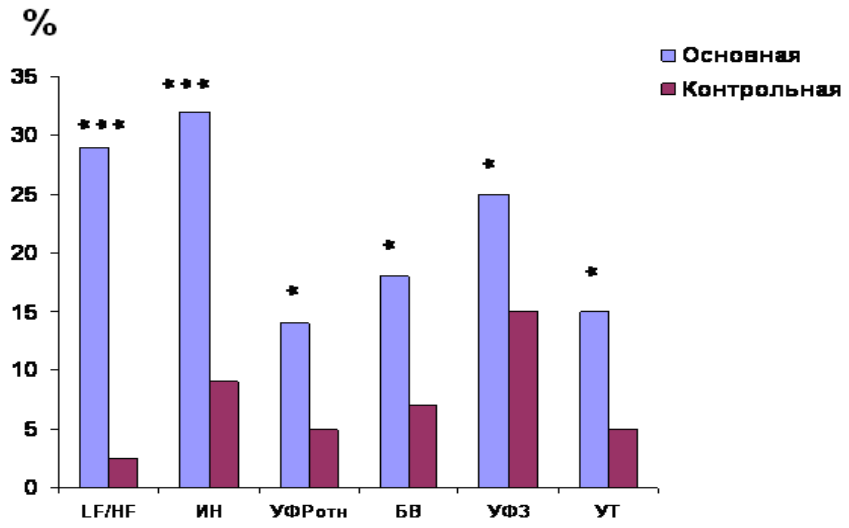


Рис.2. Изменения исследуемых показателей в основной и контрольной группах после коррекции.

Примечание: обозначения см. таб.1.

Более адекватное вегетативное обеспечение деятельности позволило повысить физическую работоспособность на 15,0%, ($p<0,05$). Результирующим эффектом практики йоги явилось снижение биологического возраста занимающихся в среднем на 5-7 лет, что приблизило его к календарному и нивелировало признаки преждевременного старения.

Выводы:

1. Изменяя внешнюю структуру положения тела и регулируя дыхательный паттерн можно целенаправленно воздействовать на вегетативные функции и психоэмоциональное состояние человека.
2. Физиологическая суть и практическая ценность поз йоги заключается в том, что в них использован принцип специфичности вегетативного воздействия различных поз в зависимости от их внешней структуры.
3. Применение дыхательных и релаксационных упражнений при реабилитации женщин с повышенным уровнем тревожности в короткий двухмесячный срок значительно повышает эффективность восстановительной терапии, уровень психосоматического здоровья у испытуемых.

Список литературы:

1.Анчишкина Н.А. Антистрессорное действие адаптации к гипоксии и гипероксии / Н.А. Анчишкина, Т.Г. Сазонтова // Матер. V международ. симпоз. «Актуальные проблемы биофизической медицины». – Киев, 2007. – С.6-7.

2.Апанасенко Г. Л. Медицинская валеология / Г. Л. Апанасенко, Х. А. Попова – К.: Здров'я, 1998. – 243 с.

3.Войтенко В.П. Биологический возраст / В.П. Войтенко // Физиологические механизмы старения. - М.: Наука,1982. - С.144-156.

4. Миланов А., Борисова І. Вправи йогів / А. Миланов., І. Борисова.: Пер. з болг. – К.:Здоров`я, 1972. – 144с.

5. Мильнер Е.Г. Медико-биологические основы оздоровительной физической культуры / Е.Г. Мильнер– М.: Ф и С, 1991. – 112с.

6. Наука о йоге: Сб. науч. реф. раб. / Сост. отд. науч. инф. ВНИИФК // Теория и практика физической культуры. – 1989. – №2. – С. 61-64.

7. Патологическая физиология / Под ред. Н.Н. Зайко, Ю.В. Быця. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 640с.

8. Першин С.Б., Кончугова Т.В. Стресс и иммунитет / С.Б. Першин, Т.В. Кончугова– М.: КРОН-ПРЕСС, 1996. – 160с.

9. Ebert D. Physiologische Aspekte des Yoga.-Leipzig: Georg Thieme, 1986. – 158 S.

10. Kamei T., Toriumi Y., Kimura H., Ohno S., Kumano H., Kimura K. Decrease in serum cortisol during yoga exercise in correlated with alpha wave activation // Percept. Mot. Skills. – 2000.– V.90, №3.– P.1027-1032.

11. Madanmohan, Jatiya L., Udupa K., Bhavanani A.B. Effect of yoga training on handgrip, respiratory pressures and pulmonary function // Indian J. Physiol. Pharmacol. – 2003. – V.47, №4. – P. 387-392.

12. Malathi A., Damodaran A., Shah N., Patil N., Maratha S. Effect of yogic practices on subjective well being // Indian J. Physiol. Pharmacol. – 2000. – V.44, №2. – P.202-206.

УДК 364.04

УЧРЕЖДЕНИЯ КУЛЬТУРЫ В СИСТЕМЕ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ: ОПЫТ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Гильфанова И.А.

ГБУК СО «Свердловская областная специальная библиотека для слепых»

Россия, Екатеренбург

THE CULTURAL INSTITUTIONS IN THE SYSTEM OF SOCIAL AND CULTURAL REHABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES: THE EXPERIENCE OF THE SVERDLOVSK REGION

Gilfanova I.A.

Sverdlovsk regional special library for the blind

Russia, Yekaterinburg

Аннотация: В статье представлены итоги деятельности учреждений культуры Свердловской области в рамках реализации мероприятий пилотного проекта по формированию в России системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

Abstract: The article presents the results of the activities of the cultural institutions of the Sverdlovsk region in the framework of the implementation of the Pilot project on formation of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of persons with disabilities, including children with disabilities, in Russia.

Ключевые слова: учреждения культуры, библиотеки, музеи, культурно-досуговые организации, инвалиды, доступная среда, социокультурная реабилитация, межведомственное взаимодействие, инклюзия.

Key words: cultural institutions, libraries, museums, cultural and leisure organizations, persons with disabilities, accessible environment, social and cultural rehabilitation, interagency collaboration, inclusion

В 2017-2018 гг. в Свердловской области был реализован пилотный проект по формированию в России системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. Реализация пилотного проекта – это, в первую очередь, исполнение положений Подпрограммы 2 государственной программы РФ «Доступная среда» «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов».

Единственным учреждением культуры в Свердловской области, включенным в 2017 г. в реализацию пилотного проекта, стала Свердловская областная специальная библиотека для слепых. Выбор библиотеки для включения в "пилотный проект не случаен (2).

Свердловская областная специальная библиотека для слепых образована в 1952 году и является единственным учреждением культуры в Свердловской области, выполняющим функции комплексного информационного, культурно-досугового, научно-исследовательского и методического центра по социокультурной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. Приоритетная целевая аудитория пользователей – люди с проблемами зрения.

Общественная значимость и социальная роль Свердловской областной специальной библиотеки для слепых как центра компетенций в сфере формирования доступной среды - в развитии адаптивной культуры региона, поддержке и продвижении ассистивного («особого») чтения, демонстрации успешного инклюзивного, межведомственного и социального взаимодействия и партнерства.

Библиотека реализует ряд социокультурных проектов, обеспечивающих поддержку и продвижение чтения в специальном формате, способствующих развитию инклюзивного, межсетевого, межведомственного взаимодействия и социального партнерства: Досуговый центр слепоглухих (при поддержке Фонда «Со-единение»); проект «Электронный пандус» (развитие адаптивного чтения); проект «Рассказы об ЭкстрАбилити» (демонстрация позитивной роли инвалидов в обществе); Центр социально значимой и правовой информации (подтверждении личности на портале госуслуг); кинозал в библиотеке (фильмы с телекомментариями – 243 названия); проект «Тифлотурне (социальный туризм) многие другие.

С 2016 г. библиотека является региональным Научно-методическим центром «Доступная среда» для специалистов государственных, муниципальных и негосударственных учреждений культуры по вопросам организации доступной среды и предоставления услуг людям с ограниченными возможностями здоровья (имеется лицензия на образовательную деятельность). В течение 2017-2018 гг. на базе Центра было обучено 2500 специалистов учреждений культуры Свердловской области.

Если в 2017 г. библиотека была единственным участником пилотного проекта, то в 2018 г. участниками «пилота» стали шесть государственных учреждений культуры, которые сегодня имеют достаточные и необходимые условия физической и информационной доступности, значительный опыт в проведении социокультурных досуговых мероприятий:

- Свердловская областная специальная библиотека для слепых;
- Центр традиционной народной культуры Среднего Урала;
- Свердловская государственная академическая филармония;
- Инновационный культурный центр;
- Свердловский государственный областной дворец народного творчества;
- Уральский государственный военно-исторический музей.

В 2018 г. была создана рабочая группа по реализации пилотного проекта, утвержден ее персональный состав, план работы, включающий, в том числе, осуществление контроля за ходом реализации пилотного проекта. В сфере культуры ответственным за методическое сопровождение пилотного проекта стала Свердловская областная специальная библиотека для слепых.

Для реализации мероприятий пилотного проекта учреждениями-участниками «пилота» был сформирован пакет организационно-распорядительных и регламентирующих документов, включающих:

- приказ учреждения о назначении лица, ответственного за реализацию мероприятий пилотного проекта
- программа социокультурной реабилитации (в соответствии с Модельной программой, утвержденной приказом МКРФ № 3019 от 30.12.2016).
- план мероприятий («дорожная карта») по социокультурной реабилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.
- регламент предоставления и получения мероприятий по социокультурной реабилитации (правила, порядок, требования, перечень услуг).
- соглашения о межведомственном взаимодействии (шаблон соглашения разработан Областным центром реабилитации инвалидов для участников «пилота»).

Предоставление услуг по социокультурной реабилитации в государственных учреждениях культуры, участвующих в реализации пилотного проекта, осуществлялись в рамках **программно-проектной деятельности.** Лишь в этом случае появляется возможность дать объективную оценку результативности оказания социокультурной услуги для каждого инвалида, участвующего в проекте.

Проекты учитывали доступные виды социокультурной реабилитации с учетом социально-психологических, педагогически особенностей пользователей, а также медицинских ограничений. Участниками проектов стали инвалиды и инклюзивные коллективы. Среди наиболее эффективных:

- Цикл адаптированных программ для незрячих «Полет без границ» (Уральский государственный военно-исторический музей).
- Фестиваль декоративно-прикладного творчества «Традиции народной культуры – на кончиках пальцев» (Центр традиционной народной культуры Среднего Урала).
- Выставка работ детей с ОВЗ «Палитра юных» (Дворец народного творчества).
- Цикл детских видеопрограмм для слабослышащих «РИТМ» (Свердловская филармония).
- Цикл выставок для лиц с ОВЗ «Искусство - жить» (Инновационный культурный центр).
- II Форум активных читателей Первой Интернациональной Онлайн-Библиотеки для инвалидов по зрению «ЛОГОС»; Литературная тифлоэкспедиция «ЧитайУрал!»;

«Рассказы об ЭкстрАбилити»; «Мультимобильность качество жизни», Икнлюзивный волонтерский медиклуб «Репортер» (Библиотека для слепых).

Всего участниками пилотного проекта в 2018 г. проведено 209 мероприятий по социокультурной реабилитации, в том числе с участием детей - 75. Количество посетителей – 3 531 человек.

Анализ диагностики культурных потребностей пользователей разных нозологий позволил выявить основные пробелы, недостатки и проблемы в ресурсной, материально-технической части и содержательной деятельности учреждений культуры:

- репертуар книг специальных форматов для чтения инвалидами по зрению ограничен; недостаточно ТСР для чтения адаптированных изданий;
- не хватает досуговых, в том числе инклюзивных, мероприятий для инвалидов и с участием инвалидов (концерты, выставки, праздники, лекции, активности, клубы, факультативы, творческие мастерские и др.)
- недостаточно проектов и программ, адаптированные для людей с ОВЗ;
- есть необходимость в услуге сопровождения и индивидуальной работе с пользователями (слушателями, зрителями, посетителями): информирование и обслуживание на дому;
- недостаточное информирование в целом (индивидуальная рассылки-приглашения, звонки, информирование через общественные организации, социальные службы, коррекционные учебные заведения);
- необходимы мероприятия, направленные на социальную помощь и поддержку (бесплатные консультации юристов, специалистов социальной сферы (социального страхования), пенсионного фонда о правах и гарантиях инвалидов);
- не хватает зон свободного посещения (игротеки, релаксационные уголки, фотозоны, сенсорные комнаты).
- есть потребность в услугах «передышки для родителей и родственников» (когда родители могут оставить ребенка не некоторое время в учреждении культуры под присмотром специалистов).

Основной акцент в рамках программно-проектной деятельности был сделан на м**ежведомственное взаимодействие** в целях формирования и развития единой интегрированной системы реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области. Межведомственное взаимодействие рассматривается специалистами сферы культуры как профессиональный ресурс и как механизм социального сопровождения. Всего участниками пилотного проекта в 2018 г. было заключено 40 соглашений:

24 соглашения с учреждениями сферы образования (школы, детские сады, вузы, учреждения дополнительного образования).

13 соглашений с учреждениями социальной сферы (ОЦРИ, центры социальной поддержки, дома и пансионаты для престарелых).

1 соглашение с ГБУЗ СО «Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн».

1 соглашение с ГАУ СО «Центр паралимпийской и сурдлимпийской подготовки спортивных сборных команд Свердловской области «Родник».

1 соглашение ГКУСЗН СО «Екатеринбургский центр занятости».

В 2017 г. в рамках пилотного проекта были предоставлены средства в размере 2,8 млн. рублей, в том числе из областного бюджета – 2,4 млн. рублей, из федерального бюджета – 397,431 тыс. В 2018 году в соответствии с приказом МКСО № 61 от 01.03.2018 **Подпрограмма 2** «Формирование и совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов», **П. 69 «Оснащение организаций, осуществляющих социокультурную** реабилитацию инвалидов приобретено оборудование на сумму 2 300,0 тыс. рублей (областной бюджет – 759,0, федеральный – 1 541,0)

- оборудование для тифлокомментирования;
- обучающие пособия: прибор «Ориентир», азбука разборная по Брайлю, планшеты для письма по брайлю;
- реабилитационные технические средства (лупы, трости, видеоувеличители);
- настольные спортивные игры для незрячих (шахматы, шашки);
- индукционные системы;
- игры–пособия, адаптированные для детей ограниченными возможностями здоровья;
- принтеры для печати РТШ Брайля.

В 2018 г. участниками «пилота» было инициировано создание виртуальной карты доступности учреждений культуры Свердловской области с целью информирования населения о доступности учреждений культуры и предоставляемых ими услуг, предоставления потребителю возможности оценить уровень доступности учреждения и предоставляемых услуг для различных категорий инвалидов, повышения информационной открытости учреждений культуры.

Карта предназначена для людей с ОВЗ, а также специалистов сферы образования, соцзащиты, культуры, родственников и сопровождающих. Создание карты - инициатива рабочей группы и уже реализован подготовительный этап: разработана концепция, подготовлена смета проекта, идет сбор информации (тексты, фото объектов).

Методическое обеспечение участников пилотного проекта в течение 2018 года обеспечивал НМЦ «Доступная среда» Свердловской областной специальной библиотеки для слепых. Для специалистов учреждений культуры – участников «пилота» был организован ряд семинаров, совещаний, стажировок. Прошли курсы повышения квалификации - 34 специалиста повысили свою квалификацию по вопросам организации доступности услуг учреждений культуры и реализации социокультурной реабилитации (выдано 54 удостоверения**).**

В 2018 г. методическим центром «Доступная среда» издан сборник «Социокультурная реабилитация и абилитация инвалидов, в том числе детей-инвалидов в учреждениях культуры: лучшие социальные практики и инклюзивные сервисы». Издание обобщает опыт работы государственных и муниципальных учреждений культуры Свердловской области. Библиотеки, музеи, культурно-досуговые учреждения Екатеринбурга, Новоуральска, Березовского, Лесного, Краснотурьинска, Первоуральска, Горноуральского городского округа представили лучшие социальные проекты по работе с инвалидами разных нозологий, инклюзивные программы и технологии межведомственного взаимодействия в интересах формирования доступной

среды и продвижения достижений отечественной культуры людям с ограниченными возможностями здоровья.

Итогом деятельности учреждений культуры Свердловской области в рамках пилотного проекта стал круглый стол с международным участием «Инклюзивные сервисы в учреждениях культуры: технологии позитивного взаимодействия» (25-26 сентября 2018 г.). Во время работы круглого стола были рассмотрены успешные практики организации инклюзивного взаимодействия в сфере культуры города Екатеринбурга и Свердловской области. В качестве экспертов по организации инклюзивной среды в учреждениях культуры выступили люди с инвалидностью, общественные деятели и представители общественных организаций инвалидов.

Зарубежный опыт был представлен Верой Армой (Италия), основателем и генеральным директором итальянской ассоциации «ARTIS», лидирующей в сфере доступной культурной среды и коммуникаций для людей с сенсорными ограничениями рассказала об организации инклюзивных сервисов за рубежом. Марго Гринли (США) – хореограф, театральный режиссер, танцовщица и педагог из Вашингтона, представила деятельность организации BodyWise Dance по вопросам общедоступности, включения и популяризации танцевального искусства среди людей разных нозологий.

Свердловская областная специальная библиотека для слепых представила на круглом столе сразу два инклюзивных проекта: проект «ЧитайУрал!»: литературная тифлоэкспедиция – просветительский библиотечный проект, нацеленный на развитие литературного краеведения в формате ТИФЛО, и проект «Инклюзивный медиаклуб

«Репортер», созданный в 2018 г. на базе библиотеки при поддержке Свердловского отделения Российского детского фонда. Клуб стартовал в Год волонтера-2018, и стал реальной возможностью для социокультурного взаимодействия незрячих и зрячих подростков.

По итогам круглого стола выпущен сборник, включивших 20 публикаций (представлен опыт США. Италии, Москвы, Санкт-Петербурга, Самары, Башкортостана, Челябинской и Свердловской областей).

29 ноября 2018 г. в Свердловской областной специальной библиотеке для слепых состоялся визит рабочей группы по контролю за реализацией пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в составе первого заместитель Министра культуры Свердловской области Г. Ю. Головиной, директор Института реабилитации и абилитации инвалидов Федерального научного центра реабилитации инвалидов имени Г. А. Альбрехта О. Н. Владимировой, руководителя отдела Института А. Шошмина, начальника отдела по делам инвалидов Министерства социальной политики Свердловской области Т. Л. Любушкиной и главного специалиста отдела Е. В. Саксоновой. Были подведены итоги второго года работы и реализации пилотного проекта в целом и в культуре в частности.

В заключение хотелось бы отметить, что, несмотря на активную работу по включению людей с ограниченными возможностями здоровья в социокультурную деятельность, все еще актуальной остается проблема доступности учреждений культуры, большинство из которых расположены в зданиях, являющихся объектами культурного наследия, где невозможно сегодня полностью обеспечить их доступность (2).

Список литературы:

1. Гильфанова И. А. О реализации в Свердловской области пилотного проекта по отработке подходов к формированию в России комплексной системы социокультурной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов / Ирина Анатольевна Гильфанова // Сохраняя традиции, ищем новое: перспективные модели библиотечно-информационного обслуживания инвалидов и продвижение услуг: по материалам заседания Секции б-к, обслуживающих инвалидов (XXIII Ежегод. конф. РБА, Владимир, 12-18 мая 2018 г.). – М., 2018. – С. 61-74.

2. Головина Г. Ю. Развитие инклюзии в учреждениях культуры: региональный

аспект / Галина Юрьевна Головина // Инклюзивные сервисы в учреждениях культуры: технологии позитивного взаимодействия**:** сб. материалов по итогам Междунар. круглого стола (25-26 сент. 2018 г., г. Екатеринбург). – Екатеринбург, 2018. – С. 11-16.

УДК 364.048.6

АРТТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРАКТИКЕ

Цветкова И.В., Бердникова Н.Ю.

СПБ ГБУ СОН «ЦСРИ Кронштадтского района Санкт-Петербурга»
Россия, Санкт-Петербург

ART THERAPEUTIC TECHNIQUES IN REHABILITATION PRACTICE

Tsvetkova I.V., Berdnikova N.Yu.

SPB GBU SLEEP", CSRI of the Kronstadt district of St. Petersburg»
Russia, St.Petersburg

Аннотация: Интуитивная живопись и театротерапия – арттерапевтические техники, активно применяемые на отделении профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и профессиональной ориентации детей-инвалидов СПБ ГБУСОН «ЦСРИ Кронштадтского района Санкт-Петербурга».

Abstract: Intuitive painting and theatre therapy are art-therapeutic techniques actively used at the Department of professional rehabilitation of disabled people of working age and professional orientation of disabled children of St. Petersburg "CSRI of the Kronstadt district of St. Petersburg".

Ключевые слова: арттерапевтические техники, интуитивная живопись, театротерапия, инвалид, реабилитация.

Key words: etherapeutics techniques, intuitive painting, theatrotherapy, disabled, rehabilitation.

Цель. В данной работе представлен практический опыт применения арттерапевтических техник.

Интуитивная живопись и театротерапия – арттерапевтические техники, активно применяемые на отделении профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и профессиональной ориентации детей-инвалидов Центра социальной реабилитации Кронштадтского района.

Интуитивная живопись, или как ее еще называют правополушарное рисование, чаще всего применяется не в сфере искусства, а в психологии.

Этот вид творчества раскрывает глубинные эмоции, позволяет заглянуть в собственное подсознание и решить давно мучившие проблемы. Интуитивная живопись часто используется для лечения нервных расстройств, снятия стресса и усталости. В процессе рисования человек проходит так называемую цветотерапию, с её помощью восстанавливая гармонию внутри организма, корректируя своё здоровье. Данное направление является новым, но очень перспективным. Оно позволяет раскрыться любому человеку совсем по-другому, открыть свой творческий потенциал, отключив при этом логическое мышление. Результаты удивляют, а ведь многие из получателей услуг вообще раньше не брали кисти в руки и не любили рисовать.

Изобразительная деятельность является мощным средством сближения людей. Продукты изобразительного творчества являются объективным свидетельством настроений и мыслей человека, что позволяет использовать это для оценки состояния пациентов. Являясь средством свободного самовыражения, арттерапия предполагает

атмосферу доверия, терпимости и внимания к внутреннему миру человека, а это особенно ценно в ситуациях взаимного отчуждения, при затруднении в налаживании контактов, [1].

Ещё одно молодое направление арттерапии – театротерапия, интерес к которому очень быстро растет. Ведь театр – это волшебный мир понятный и ребенку и взрослому вне зависимости от языка, вероисповедания и культуры.

О том, сколь положительную роль играет искусство в решении проблем реабилитации, какое животворное воздействие оно оказывает на человеческую личность, можно судить по многочисленным примерам из жизни выдающихся музыкантов, художников, артистов, которые, несмотря на серьезные физические преграды, создавали бессмертные произведения, навсегда вошедшие в сокровищницу мировой культуры, [2]. Назовем несколько имен: Гомер, Иоганн Себастьян Бах, Георг Фридрих Гендель, Дмитрий Шостакович, Сара Бернар.

Данное направление мы стали применять совсем недавно, вовлекая в него не только реабилитантов, но и самих сотрудников, их детей. Получилась инклюзивная театральная студия «Теремок», где через художественное слово участникам дается возможность раскрыться, проявить художественно-творческий (креативный) потенциал, достигнуть положительных изменений в интеллектуальном, эмоциональном и личностном развитии.

Сыграно множество театральных сценок, проведены литературные встречи, посвященные:

- ✓ творчеству К.И. Чуковского «Живой как жизнь»;
- ✓ творчеству И.А. Крылова «Басни»;
- ✓ дням театра и смеха «Праздник радости»;
- ✓ «Здравствуйте, Хармс»;
- ✓ жизни и творчеству С. Есенина «И душа моя – поле безбрежное...»;
- ✓ «Пусть миром правит любовь» и другие.

Данные арттерапевтические техники создают условия для самореализации личности, для преодоления негативных, психологических последствий инвалидности, формируют положительный эмоциональный настрой. При этом, безусловно, происходит осознание окружающего мира.

Список литературы:

1. Копытин А.И. Теория и практика арт – терапии – СПб.: Питер, 2002.–362с.

2. А. Н. Якупов О социально-культурной реабилитации инвалидов в сфере искусства (история, современное состояние, перспективы) – Издательский дом «Научная библиотека», 2014.– 70с.

List of references:

1. Kopytin A. I. Theory and practice of art therapy, St. Petersburg.: Peter, 2002.- 362c.

2. A. N. Yakupov on social and cultural rehabilitation of disabled people in the field of art (history, current state, prospects) – publishing house "Scientific library", 2014.- 70s.

УДК 364.446+ 7.07

АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ РУССКОГО МУЗЕЯ. ТЕОРЕТИЧЕСКО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ОСНОВА

Шишкина О.С.

Государственный Русский музей
Россия, Санкт-Петербург

THE ART-THERAPY PROGRAMS FOR REHABILITATION OF THE STATE RUSSIAN MUSEUM. THEORETICAL AND METHODOLOGICAL BASIS.

Shishkina O.S.

State Russian museum
Russia, St.Petersburg

Аннотация: В статье описываются принципы построения арт-терапевтических реабилитационных программ Русского музея для людей с зависимым поведением; для людей с ментальными нарушениями, имеющими ярко-выраженную шизоидную акцентуацию; для людей с проблемами зрения.

Каждая программа построена с учетом психологической специфики каждой из указанных групп. Подробно описаны психологические принципы работы с каждой группой.

Abstract: The article describes the principles of construction. The art-therapy programs for rehabilitation of the Russian Museum for people with addiction behavior; for people with mental disorders, having a pronounced schizoid accentuation of personality; for people with a problems of vision. Every program is based on the psychological characteristics of each of these groups. The psychological principles of work with each group are described in detail.

Ключевые слова: арт-терапия, музей, аддикция, теория объектных отношений, ментальные нарушения, слепота

Key words: art therapy, Museum, addiction, object relations theory, mental disorders, blindness

Актуальность: В наши дни крайне актуальным является обсуждение мер по совершенствованию деятельности музеев в сфере развития доступности для людей с особыми потребностями. Новая концепция музея, принятая министерством культуры РФ, направлена на повышение качества жизни людей с особыми возможностями здоровья и эмоционального развития, обеспечение их психологической и социальной реабилитации. Как показал опыт, музей является прекрасной площадкой для социализации и улучшения эмоционального состояния людей с особыми возможностями здоровья. Однако психологов в числе сотрудников художественных музеев до сих пор очень мало. Поэтому огромный пласт информации, новые подходы к работе с особыми посетителями остаются неизвестными сотрудникам художественных музеев. Медицинским и социальным работникам, возможности художественных музеев часто остаются вообще неизвестными. Автор статьи работает на стыке таких дисциплин как искусствоведение и психология, соединение которых позволяет принципиально иначе подойти к работе с особыми посетителями.

Цели

Показать формы синтеза искусствоведения и психологии в построении реабилитационных программ и продемонстрировать опыт Русского музея в данной области.

Программы Русского музея

В Русском музее уже на протяжении нескольких лет разрабатываются и проводятся арт-терапевтические реабилитационные программы для людей с особыми

возможностями здоровья, психического и эмоционального развития. В особое внимание уделяется людям с ментальными нарушениями, зависимым поведением и проблемами зрения. Краткое описание программ можно прочесть на сайте музея в разделе «арт-терапия» [1]. Собственно, реабилитационными на сайте являются: программа «Сотворение мира» для людей с зависимым поведением; «Мифы во плоти» для людей с ментальными расстройствами шизоидного и шизотипического плана; «Умозрение в ладонях» для людей с проблемами зрения.

Реабилитационные программы построены с учетом психологических особенностей каждой из упомянутых групп. Под психологическими особенностями мы понимаем: степень сохранности интеллекта и моторных навыков; те акцентуации характера и психики, которые обостряются под влиянием конкретного недуга; слабые места в поле восприятия, присущие каждой конкретной акцентуации. Под термином «акцентуация» мы понимаем специфический интернализованный способ переживания собственного Эго и окружающего мира, который формируется в соответствии с выработанными в процессе раннего развития личности видом психологических защит, а также в соответствии с устоявшимися и закрепившимися паттернами объектных отношений [2]. *Психологические защиты* в рамках рассматриваемой типологии -это глобальные, закономерные, здоровые, адаптивные способы переживания мира, необходимые для того, чтобы:

1) Избежать или овладеть мощным угрожающим чувством;

2) Сохранить самоуважение.

Защиты представляют собой результат взаимодействия темперамента, природы переживаемых в раннем детстве стрессов, защит, усвоенных по образцам значимых других, и индивидуально выработанных защит, подтвердивших свою эффективность. *Первичные (примитивные) защиты*, согласно психоаналитической традиции, имеют дело с границами между собственным «Я» и внешним миром; а *вторичные защиты (высшего порядка)* - с внутренними границами (между Эго, Супер-Эго, Ид и пр.). Мощные защитные механизмы существенно снижают способность человека воспринимать определенные виды сигналов из внутреннего и внешнего мира о внешней реальности и о самом человеке.

Арт-терапевтическая работа строится в расчете на «слабое место» в поле восприятия, в результате чего поле восприятия существенно расширяется. Вследствие этого человек может испытать состояние инсайта, обнаружить ключевые для себя психотерапевтические мишени, повысить способность к рефлексии, существенно скорректировать проблемы эмоциональной сферы, а также получить богатый экзистенциальный опыт. Специфика использования арт-терапевтом музейной экспозиции состоит в том, чтобы подобрать для каждой конкретной группы верную систему внешних стимулов, картин с экспозиции, которые работали бы на слабые места в восприятии. Кроме того, музейный арт-терапевт показывает людям не сколько картины, сколько их самих, через реакции на картины, ориентируя клиентов на рефлексию переживаний здесь и сейчас (гештальдт-подход).

В основе такого подхода лежат психоаналитическая теория объектных отношений, представления о системе первичных психологических защит (А.Фрейд, Ненси Мак Вильямс), а также приемы работы гештальдт-терапии Ф.Перлза [3-4].

В процессе визуального восприятия человек всегда замечает что-то в первую очередь, что-то во вторую, а что-то в третью. В случае наличия недуга, в особенности ментального характера, психологические защиты могут быть столь мощными, что закрывают человеку существенную часть его собственной личности и окружающего мира, вплоть до формирования внутри субъекта другой личности, тяжелого эмоционального или психического расстройства.

К примеру, люди с зависимым поведением очень часто имеют сильно развитую нарциссическую акцентуацию и присущий ей тип защиты - ложное эго, при котором

восприятие собственных эмоций и процесс их переживания сильно затруднены [5]. В связи с этим, основная проблема звучит так: «Я не понимаю, что я чувствую»; «Жизнь - пуста, потому что я не могу ничего почувствовать»; «Я есть то, что говорят обо мне другие»; «Я очень боюсь, что мне скажут, что я не такой как надо». Сам феномен зависимого поведения состоит в том, что человек фактически не имеет представления в сознании о личных границах и специфике собственной личности. Поэтому его «Я» является недосформированным, не зрелым. Причина – материнская гиперопека в раннем и пубертатном возрасте [6]. Человек с зависимым поведением может существовать, только ощущая себя частью чего-то большого целого - материнской фигуры или ее символической замены. Такой заменой может быть и сообщество людей, и религиозное учение, и любимое дело, и близкий человек, как правило – половой партнер, и любимая работа (у хронических трудоголиков). Замена материнской фигуры в сознании зависимого человека – это обязательно нечто, обладающее в сознании субъекта признаками идеальности [7].

Психоактивное вещество и его употребление – всего лишь наихудший вариант такой замены. Оно возвращает субъекта в состояние младенческого блаженства и дает ощущение всемогущества, уводя от реального переживания себя и внешнего мира вообще. В Т.о. слабым местом восприятия человека с зависимым поведением является он сам и его личные переживания. В нашем случае - от созерцания картины.

В соответствии с вышесказанным, в программе «Сотворение мира» для людей с зависимым поведением выбор картин построен таким образом, чтобы их сюжет обращал зрителя к глубинным архетипическим сущностям: Мать (Стихии Моря, Земли), Дерево, Дом, Человек (автопортрет), Тень (чудовище), Герой. Один и тот же архетип обязательно подается в разных вариантах. Потому что все, в том числе и личная реакция, познается только в сравнении. Также наличие разных вариантов одного архетипа позволяет избежать эффекта слияния с идеальным объектом, столь характерного для любого зависимого (картина – идеальный объект, ее написал гений, она дорого стоит, она прекрасна). В нашей арт-терапевтической работе мы фиксируем эффект слияния с картиной в тех случаях, когда клиент стремится как можно более точно повторить в своем рисунке картину с экспозиции. Идеальный объект выступает в подсознании зависимого человека подходящим и безопасным заменителем материнской фигуры.

В конце программы реабилетант должен собрать свои переживания архетипических сущностей в некую, сугубо индивидуальную структуру, и описать ее текстом, получив на выходе книгу с картинами и историей о своей внутренней реальности. Форма литературной работы является абсолютно свободной. Главное, чтоб она писалась по картинам, созданным и разложенным в определенном порядке.

В случае целого ряда ментальных нарушений, таких как шизофрения, шизотипическое расстройство, слабым местом является восприятие тела, «Я» физическое. Поэтому акцент в арт-терапевтической работе сделан на классическую скульптуру и академическое рисование обнаженного тела с натуры (программа «Мифы во плоти»). Реабилетанты изучают мифологические сюжеты в произведениях классического искусства. Тот, кто работает по этой программе, имеет возможность найти наиболее близкого себе мифологического персонажа и проработать на мастер-классах по академическому рисунку его тело, его движения и поведение. Опыт показал, что именно академический алгоритм рисования тела (схема по пропорциям, мышечный каркас, светотень) дает мощный эффект осознавания субъектом собственной телесности и на первых порах даже показывает характер неврологических нарушений (вывод сделан на основании слов медицинских специалистов, сопровождающих группы).

Обнаженное тело в классическом искусстве представляет собой "аффективно-когнитивную конструкцию" [8], физически совершенную вещь, преображенную Разумом, носителем божественного начала в человеке. Именно такова была парадигма искусства в эпоху классицизма. В связи с чем, можно сказать, что все персонажи классической

живописи чисто с художественной точки зрения - архепитичны. Но архетипической по сути в классической живописи является не только художественная форма, но и содержание, идеологическая нагрузка и психологическая специфика персонажей. Содержание соприкасается непосредственно с юнгианским понятием "архетип". Слово "архетипический" мы употребляем с опорой на нео-юнгианскую "архетипическую психологию" [9]. Термин «архетип» означает, что, говоря о содержаниях коллективного бессознательного, мы имеем дело с «древнейшими, лучше сказать, изначальными типами поведения и образами [10]. Хиллман замечает, что после Юнга сам процесс самопознания означает познание архетипических форм, что познание предполагает знание множества психических фигур из различных географических, исторических и культурных контекстов: «После Юнга я не могу притворяться, что познаю себя, если я не познаю архетипы» [11].

Т.о. изучая мифологического персонажа и специфику трактовки этого персонажа художником и сам древний миф, клиент опять получает возможность проработать свои терапевтические мишени через сугубо безсознательные процессы, не вербализуя травматический опыт прошлого.

Слабое восприятие телесности и физического «Я» в принципе имеет любой человек с развитым шизоидным радикалом, даже из числа условно здоровых. В случае с психически больными процесс протекает очень тяжело, требуя большого терпения и усидчивости и от ведущего, и от посещающих арт-терапевтическую группу. Поэтому, например, для депрессивных клиентов и людей с расстройствами воли эта программа в принципе не подходит.

Для людей с проблемами зрения в Русском музее существует программа «Умозрение в ладонях». При построении программы расчет сделан на то, что эта группа депривантов так же имеет в своей психике сильную шизоидную акцентуацию. В случае утраты зрения недостающие жизненные чувственные впечатления компенсируются абстрактными книжными знаниями об этих впечатлениях. *Чувство и эмоция заменяются знаниями о чувствах и эмоциях.* Подобный психический механизм представляет собой тип защиты, свойственный именно шизоидному типу личности [12]. Шизоид блокируется от негативного эмоционального опыта *мыслями об этом опыте*, усиленно интеллектуализируя свои переживания. В случае, если человек давно и полностью лишился зрения, процесс переживания эмоций для него так же затруднен [13] и возможность получить новый свежий эмоциональный опыт в безопасной обстановке арт-терапевтической группы для него становится черезвычайно актуальным. В целом можно сказать, что мы работаем со слепыми как с шизоидной группой.

Люди с развитым шизоидным радикалом, и больные, и условно-здоровые обладают повышенным вотумом недоверия к окружающему миру и к незнакомым людям. Поэтому, в начале, крайне важно выстроить доверительные свободные отношения с группой. Начало доверия – это знакомство. Необходимо самому представиться группе, спросить имена всех участников и по возможности их запомнить. После этого немного поговорить о том, как ходить, что можно и чего нельзя делать в музее. Очень хорошо, если получится пошутить на эту тему или рассказать смешную историю. Обязательно нужно в самом начале проговорить: что такое арт-терапевтическая программа, в какой форме будет происходить взаимодействие с группой, и что именно надо будет делать. Также обязательно необходимо спросить: готовы ли люди к такой форме работы? В дальнейшем работать начинать надо с теми, кто сам уверенно идет на контакт и взаимодействие. По причине высокой степени недоверия у незрячих, программа «Умозрение в ладонях» начинается как обычная экскурсия со спецификой для незрячей аудитории.

Нами разработана методика экскурсионной работы с незрячими, в основе которой лежат:

1) Принцип фокусировки человеческого зрения. Концентрируя взгляд на одном предмете, мы не видим четко предметов, которые ближе или дальше.

2) Метод выделения опорных элементов Грегга Мак Ферса [14]

3) Философский принцип «несходного подобия», разработанный Дионисием Ареопагитом, греческим философом и богословом 7 в.н.э. Именно он лег в основу доктрины иконопочитания в восточно-христианской конфессии [15]. Следует отметить, что икона как предмет изобразительного искусства ставит себе сверхзадачу: показать с помощью средств искусства то, что человек не может увидеть простыми глазами – божественный образ. Согласно Ареопагиту, это возможно только через систему апофатических символов-обозначений незримых и непостижимых для человека объектов. Апофатические символы *не показывают* незримый божественный объект, *а указывают* на него.

Т.о. в случае с иконой и зрячий и незрячий оказываются в одинаковом положении. Поэтому в процессе построения программы мы считаем уместным давать клиенту с проблемами зрения максимально ознакомиться с несходными подобиями того, что представлено на картинах. Этими несходными подобиями могут быть: сувенирные предметы, похожие на те, что есть на картинах, ткани, сходные по фактуре, волонтеры или сами участники группы, принимающие позы персонажей картин и дающие возможность другим исследовать себя тактильно. Однако следует отметить, что незрячий с очень большим трудом соглашается прикоснуться к другому человеку. Такое возможно только после установления крепких доверительных отношений в группе, а также при наличии в группе активного и наиболее смелого ядра, представители которого подают пример.

Подробное описание чисто экскурсионной работы с незрячими требует отдельной публикации. Здесь мы только скажем, что все три упомянутых принципа подразумевают на практике выделение, подробное описание и иногда физическое проигрывание одного-двух основных элементов из композиции картины, имеющих максимальную визуальную заметность и максимальную семантическую нагрузку.

Основным арт-терапевтическим элементом является повторение участниками программы поз и жестов персонажей с картин. Благодаря этому, клиент начинает играть конкретного персонажа и отождествляется на короткое время с ним. Опыт показал, что именно такая практика дает мощный эмоциональный всплеск.

Выводы

Практический опыт показывает, что работа методами музейной арт-терапии с группой, собранной с учетом акцентуации личностей ее членов; проводимой в расчете на «слепое пятно» в восприятии мира, дает больший реабилитационный эффект, чем простое экскурсионное посещение музея, даже с последующим эмоциональным отреагированием. Она дает основу для более эффективной психотерапии уже в рамках основного реабилитационного учреждения. Появляется много новых тем для обсуждения с психотерапевтом. Обратная связь, полученная от участников, а также заявления кураторов и психологов, ведущих группу по месту основной реабилитации (ПНД, НРЦ) позволяет говорить о серьезном изменении поведения и даже в отдельных случаях о падении патопсихологической симтоматики.

Примечания:

1. http://rusmuseum.ru/for-visitors/available-museum/art-therapy/.
2. Нэнси Мак Вильямс Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе, под редакцией М.Н. Глущенко, М.В. Ромашкевича. М. Независимая фирма “Класс” 2001, -С.20-21, 68-85
3. Фрейд А. Эго и механизмы защиты // Теория и практика детского психоанализа. Пер. с англ. И нем. / М.: ООО Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999 - С. 115-244
4. Перлз Ф. Внутри и вне помойного ведра, СПБ. Питер 2018, - С.320

5. Спрингхэм Н. Все Самое прекрасное. Арт-терапия как часть программы лечения алкоголизма и наркомании. В Кн. Диалог: Россия – Великобритания. Под. Ред. Н.Ю. Жвитиашвилли Спб. Островитянин, - С.40-64
6. Данилин А. Очерк Теории зависимого поведения // https://serebniti.ru/2014/07/ocherk-teorii-zavisimogo-povedeniya/
7. Спрингхэм Н., - С.53
8. Изард К. Психология эмоций. СПб.: Питер, 2000. — 464 с.: ил. — (Мастера психологии). — С.52-71
9. Хиллман Дж. Архетипическая психология.— СПб., Перевод с английского Ю. Донца и В. Зеленского.— СПб.: Б.С.К.1996, - С.82-83
10. Юнг К. Г. Архетип и символ.— Предисл. А. М. Руткевича; Примеч. В. М. Бакусева и др. М., Ренесанс 1991, - С.30-31
11. Хиллман Дж. Исцеляющий вымысел.— СПб. Б.С.К., 1997, - С.27-28
12. Нэнси Мак Вильямс, - С.131-140
13. Литвак А.Г. Психология слепых и слабовидящих: Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. — СПб. 2006. — 336 с. — (Серия «Коррекционная педагогика»),
14. Мак Ферс Г. Тайный мир Рисунка Перевод с английского С. Шувалов Спб. Деметра 2014, С.165
15. Бычков В.В. Малая история византийской эстетики. Киев: Путь к истине, 1991, - С.139

Список литературы:

1. Бычков В.В. Малая история византийской эстетики. Киев: Путь к истине, 1991 ISBN: 5-7707-2100-6
2. Данилин А. Очерк Теории зависимого поведения // https://serebniti.ru/2014/07/ocherk-teorii-zavisimogo-povedeniya/
3. Изард К. Психология эмоций. СПб.: Питер, 2000. — 464 с.: ил. — (Мастера психологии). — ISBN 5-314-00067-9.
4. Литвак А.Г. Психология слепых и слабовидящих: Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. — СПб. 2006. — 336 с. — (Серия «Коррекционная педагогика»). ISBN 5-89815-675-5
5. Мак Ферс Г. Тайный мир Рисунка Перевод с английского С. Шувалов Спб. Деметра 2014 ISBN 978-5-94459-058-9
7. Ненси Мак Вильямс Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. под редакцией М.Н. Глущенко, М.В. Ромашкевича. М. Независимая фирма “Класс” 2001 ISBN 5-86375-096-0
8. Спрингхэм Н. Все Самое прекрасное. Арт-терапия как часть программы лечения алкоголизма и наркомании. В Кн. Диалог: Россия – Великобритания. Под. Ред. Н.Ю. Жвитиашвилли Спб. Островитянин 2008 ISBN 978-5-98921-010-7
9. Фрейд А. Эго и механизмы защиты // Теория и практика детского психоанализа. Пер. с англ. И нем. / М.: ООО Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. С. 115-244. ISBN: 5-04-003983-2
10. Хиллман Дж. Архетипическая психология.— СПб., Перевод с английского Ю. Донца и В. Зеленского.— СПб.: Б.С.К.1996. ISBN 5-88925-009-4
11. Хиллман Дж. Исцеляющий вымысел.— СПб. Б.С.К., 1997. ISBN 5-88925-010-8
12. Юнг К. Г. Архетип и символ.— Предисл. А. М. Руткевича; Примеч. В. М. Бакусева и др. М., Ренесанс 1991 ISBN 5-7664-0462-X

УДК 745.513, 738.8

СОХРАНЕНИЕ ТРАДИЦИЙ НАРОДНОГО ТВОРЧЕСТВА И РЕМЁСЕЛ РОССИИ ЛИЦАМИ С ОВЗ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Иосифова А.В.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное специальное реабилитационное профессиональное образовательное учреждение – техникум для инвалидов «Профессионально-реабилитационный центр» (СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр»)
Россия, Санкт-Петербург

PRESERVING THE TRADITIONS OF FOLK CREATIVITY AND RUSSIAN CRAFTS BY PEOPLE WITH HEALTH LIMITATIONS AND DISABILITIES

Iosifova A.V.

St. Petersburg State Budgetary Institution "Professional Rehabilitation Centre"
Russia, St.Peterburg

Аннотация: В статье обозначены формы реабилитации инвалидов и людей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) посредством сохранения традиций народного творчества России через художественную роспись на примере обучающихся профессии 54.01.10 «Художник росписи по дереву» образовательного учреждения СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр».

Abstract: The article identifies the methods of rehabilitation of people with disabilities and people with health limitations by preserving the traditions of folk art of Russia through art painting on the example of students of the profession 54.01.10 "Wood painting artist" of St. Petersburg State Budgetary Institution "Professional Rehabilitation Centre".

Ключевые слова: реабилитация, сохранение традиций художественных росписей России, инвалиды и лица с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Key words: rehabilitation, preservation of the traditions of Russian art paintings, disabled people, people with health limitations.

Народные промыслы развиваются в нашей стране, уходя корнями в глубокое прошлое, в то время, когда мастера веками из поколения в поколение передавали свое мастерство, язык образов, а вместе с ним тайное знание мира. По словам известного исследователя В.М. Василенко, в народном декоративно-прикладном искусстве «всегда наиболее свободно и непосредственно отражались глубинные народные представления о прекрасном как эстетическом и даже этическом выражении важнейших законов и норм жизни» [3]. Народное декоративно-прикладное искусство является неотъемлемой частью любой культуры, в том числе и культуры русского народа. Оно активно способствует формированию художественного вкуса, воспитанию любви к Отечеству, гордости за свой народ, уважения к вековым культурным традициям и пробуждаетчувство ответственности за сохранение духовных богатств, созданных предыдущими поколениями. Особую значимость декоративно-прикладное искусство приобретает в современной социально-экономической обстановке, когда сказывается сильнейшее воздействие массовой культуры, когда подделки под произведения народного искусства приобрели характер откровенного «китча», когда ум и душа современного подростка полностью лишены национального содержания, не способны отличить добро от зла и прекрасное от безобразного.

Численность инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), проживающих в Санкт-Петербурге по данным - автоматизированной информационной системы «Электронный социальный регистр населения Санкт-Петербурга» (АИС ЭСРН) на 01.01.2017 - 638 440 человек. Народное искусство не только помогает сохранить живую

взаимосвязь между сменяющимися поколениями, а инвалидам и лицам с ограничениями в здоровье увлекающимися творчеством реабилитироваться, получив достойное профессиональное образование.

В начале 90-ых годов XX века Министерство социальной защиты Российской Федерации и Федеральное министерство труда и социальной политики ФРГ заключили соглашение, одним из пунктов которого являлось создание Центра реабилитации инвалидов в Санкт-Петербурге. В рамках гуманитарной программы «Восток» Министерства труда ФРГ были поставлены материалы и оборудование, вместе с коллегами из Профессионально-реабилитационного центра Франкфурта-на-Майне были разработаны идеология, концепция образования и организационная структура ПРЦ, произведен первоначальный подбор и расстановка кадров. Профессионально-реабилитационный центр был торжественно открыт 10 февраля 1996 года. Наш центр был одним из первых учреждений в России, адаптировавшим и внедрившим концепцию профессиональной реабилитации человека с ограниченными возможностями, принятую в Европе. Наша цель – интеграция людей с ограниченными возможностями здоровья в профессиональную и социальную жизнь.

Здание центра приспособлено для лиц с ОВЗ. «Доступная среда» в образовательном учреждении подразумевает безбарьерное вхождение и перемещение лиц с ОВЗ по всему зданию, начиная со специализированного подъёмного лифта и заканчивая туалетными комнатами. Основным принципом при разработке проекта реконструкции здания для размещения ПРЦ явилось создание равных возможностей его использования всеми без исключения категориями населения. В техникуме обучаются люди с ограниченными возможностями, и каждому должна быть обеспечена возможность комфортного и удобного перемещения.

Здание расположено на территории с удобными подъездами для всех видов автотранспорта и имеет площадки для остановки общественного и личного автотранспорта инвалидов. Для обеспечения возможности комфортного доступа в здание для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата у входа установлена кнопка вызова помощника, сигнал которой передается сотруднику охраны у входа. На прозрачных полотнах автоматических раздвижных дверей центрального входа нанесена контрастная маркировка. Дренажная решетка в тамбуре расположена на одном уровне с поверхностью покрытия пола.

Входная зона обеспечена навигационными знаками доступности с тактильными направляющими и предупреждающей разметкой точечными рифами яркого желтого цвета.

Входы в ПРЦ оборудованы пандусами с твердым покрытием, при входах предусмотрены площадки и тамбуры.

Ширина коридоров и проходов в помещениях полностью отвечает нормативным требованиям и обеспечивает удобное перемещение инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата, дверные проемы всех помещений ПРЦ не имеют порогов и перепадов высот. Для обеспечения доступности для инвалидов в помещения первого этажа с перепадами высот, наряду с лестницами, сооружены внутренние пандусы.

На всех этажах помещены тактильные мнемосхемы, в коридорах первого этажах размещена предупреждающая разметка с тактильными направляющими, тактильными рифами и контрастной тактильной лентой. На первом этаже установлен подъемник.

Актовый зал оснащен двумя пандусами, обеспечивающими его доступность для всех обучающихся. В здании установлен пассажирский лифт фирмы ОТИС грузоподъемностью 1000 кг. с шириной дверного проема и параметрами кабины, обеспечивающими вместимость 13 человек и возможность разворота кресла-коляски любого типа на 180 градусов. Серьезное внимание в проекте уделялось санитарно-гигиеническим помещениям. На каждом этаже имеется несколько туалетов. Два туалета

имеют универсальные кабины, оборудованные поручнями и другими устройствами, удобными для инвалида, пользующегося креслом-коляской.

На всех этажах оборудованы туалеты для инвалидов, оборудованные специальной удобной сантехникой, поручнями, держателями; на полу использованы нескользящие материалы. В туалете установлена кнопка вызова персонала в случае экстренных ситуаций. На двери туалета установлен знак «Инвалид».

В наш центр производится набор реабилитантов, с различными заболеваниями, по рекомендации медико-социальной экспертизы.

При организации образовательного процесса преподавателям необходимо учитывать особенности для различных групп инвалидов:

1. дети-инвалиды (дети-инвалиды с детства), обучавшиеся на дому, в коррекционных школах, в массовых школах по индивидуальным программам;
2. закончившие школу, не работающие, по различным причинам (медицинским, социальным) не поступившие в учреждения профессионального образования;
3. вынужденные по состоянию здоровья поменять сферу профессиональной деятельности.

Специфика нашего образовательного учреждения – это реабилитация через обучение, получение профессии; возвращение к активной трудовой деятельности людей с ограниченными возможностями здоровья.

Разный возрастной уровень и различные заболевания, различный уровень образования обучающихся требуют особой формы подачи учебного материала.

Необходимо учитывать, что обучающиеся в группе с разной профессиональной подготовкой, различными диагнозами и разной возрастной категорией, и своим индивидуальным отношением к жизни. Учитывая нозологические формы заболевания и личностные особенности людей с ограниченными возможностями, преподаватель выбирает те формы и методы обучения, которые являются наиболее оптимальными для данной учебной группы.

Индивидуальная программа реабилитации (ИПР) инвалида – это разработанный на основе решения уполномоченного органа, осуществляющего руководство федеральными учреждениями, медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности. Это означает, что в индивидуальную программу реабилитации должны быть включены все мероприятия, технические и иные средства реабилитации и реабилитационные услуги, необходимые инвалиду для ведения полноценной независимой жизни [2].

Отдел профотбора и профпроб центра с проведением профориентационных и профдиагностических мероприятий, профессиональной ориентации, направленных на диагностику профессиональных возможностей – первый этап работы с будущим реабилитантом. На этом этапе, благодаря новой схеме профотбора, рассчитанной на работу с оптантом в течение двух недель, решается целый ряд задач: профконсультирование, профотбор, профподбор, подготовку и адаптацию к учебному процессу, выбор профессии, составление прогноза на обучение и успешности трудоустройства. В отделе применяются методики индивидуальной и групповой работы, повышено значение результатов как ориентировочных, так и целевых практических проб.

В Центре имеется **отделение социально-психологической реабилитации и медицинского сопровождения** (ОСПРиМС).

Цели социально-психологического сопровождения:

- адаптация обучающихся к образовательному процессу,
- повышение социальной и коммуникативной компетентности,

- формирование активной жизненной позиции и ориентации на трудовую деятельность,
- повышение мотивации к трудоустройству и успешная интеграция в социум.

Реабилитационная команда – группа специалистов СПб ГБУ "Профессионально-реабилитационный центр», объединенных для выработки и проведения комплекса индивидуальных мероприятий и принятия решений по сопровождению процесса профессиональной реабилитации. Реабилитационная команда создается в целях повышения эффективности профессиональной реабилитации, на основе индивидуального подхода к личности каждого обучающегося и усиления взаимодействия специалистов центра. Эти реабилитационные команды сопровождают обучающихся инвалидов на всех этапах образовательного процесса.

В состав реабилитационной команды входят:

- социальный педагог – координатор реабилитационной команды
- педагог-психолог
- классный руководитель
- заведующий учебным отделением
- руководитель отделения социально-психологической реабилитации и медицинского сопровождения
- врач

В заседаниях реабилитационных команд по необходимости принимают участие другие специалисты.

В «Профессионально-реабилитационном центре» есть **кабинет релаксации** – кабинет психологической разгрузки, где обучающимся предоставляется возможность расслабиться, отдохнуть, снять напряжение. Удобные кресла для релаксации, притушенный свет, тихая музыка, спокойный голос ведущего, все это способствует вхождению в расслабленное состояние. Использование методов саморегуляции позволяет управлять высшими психическими функциями, укреплять силу воли, улучшать внимание, нормализовать дыхательный ритм, уменьшать и даже снимать болевые ощущения. Кабинет релаксации также используется для занятий песочной терапии и арт-терапии.

В душевой спортивного зала оборудована душевая кабина для колясочников. Библиотека с читальным залом с персональными компьютерами с выходом в сеть Интернет. Актовый зал и столовая. Уникальный Российско-финский проект – ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДОМ, который включает в себя выставочный зал технических средств реабилитации, учебный класс и функциональную квартиру, оснащённую специальными техническими средствами, обеспечивающими самостоятельное, независимое, комфортное и безопасное проживание инвалидов и пожилых людей.

В центре существует отделение по подготовке специалистов промышленных специальностей, где инвалиды и люди с ОВЗ, увлекающиеся искусством и народным творчеством, не только могут себя творчески проявить, но и при этом получить творческую профессию, входящую в состав укрупнённой группы профессий 54.00.00 Изобразительные и прикладные виды искусств: 54.01.10 «Художник росписи по дереву» и 54.01.07 «Изготовитель художественных изделий из керамики» (срок обучения 10 месяцев).

Народное искусство и творчество есть благодатная почва для самореализации, самостоятельности, активности, уверенности в собственных силах, адекватной самооценки. Творческий процесс, в сфере культурной деятельности и, в частности, в области изобразительного народного творчества, в духовной сфере, может преобразить человека, изменить его жизнь. Овладевая художественными ценностями, добиваясь успехов в профессиональной области художественного творчества, он по-новому осознает себя и перестает быть «социальным изгоем».

Всем людям от рождения дана способность к творческой деятельности. Так и в ПРЦ на отделении по подготовке специалистов промышленных специальностей одни

продолжают развивать эту способность, вторые только раскрывают её. Реабилитанты техникума не только осваивают образовательные программы, овладевают профессией, но и живут активной внеучебной жизнью. Обучающиеся по профессии «Художник росписи по дереву» - люди творческие, для которых видеть, чувствовать красоту и прекрасное, не пафосные слова. Из года в год устойчиво растет число людей с ограниченными возможностями, которые начинают серьезно заниматься творчеством. Творчество – это путь к свободному единению людей через Любовь. Общаясь, люди объединяются, чтобы совместно выполнять дела, обмениваться при этом информацией, ресурсами, эмоциями, своими творческими задумками. Общаясь, люди с ОВЗ помогают друг другу развиваться личностно и духовно, преодолевать многие негативные ситуации, находить истину, которая рождается в диалоге. А Творчество только помогает пониманию и сближению людей.

Главная моя задача, как преподавателя отделения – заинтересовать, убедить обучающихся в необходимости активной учебной и вне учебной деятельности. Занятия творчеством, оказывают большое влияние на реабилитацию, интеграцию и социализацию людей с ОВЗ, изменение психоэмоционального состояния и повышение самооценки.

В группе «художников» ИХИ22, начиная с сентября 2018 года, сразу образовалась активная рабочая группа заинтересованных профессией обучающихся во главе со старостой группы Арсентьевой Галиной. Через полное погружение в профессию и участие в мероприятиях художественной направленности различного уровня и статуса происходит не только процесс реабилитации, освоение профессиональных навыков и приобретение опыта. Одновременно, наши ребята являются носителями народной художественной мудрости, привносят лепту по сохранению традиций художественных росписей России. Этот процесс проходит по нескольким направлениям.

1 направление – проведение обучающимися профессии мастер-классов на художественных выставках и ярмарках различного уровня и статуса.

В Санкт-Петербурге есть такой Центр «НИКИАС» (nikiascenter.ru; Орджоникидзе ул. 59/2, Санкт-Петербург) - автономная некоммерческая организация «Центр социальной поддержки населения и развития добровольчества «Никиас» оказывает систематическую помощь социально уязвимым категориям населения в соответствии целями и видами деятельности, указанными в уставных документах. Студентки нашей группы в свободное от учёбы время активно участвуют в жизни «НИКИАС» – проводят мастер-классы (Традиции Мезенской росписи), принимают участие в выставках, проектах и акциях центра, таких как Социальный проект, посвященный развитию практики инклюзивной творческой деятельности при поддержке международного открытого грантового конкурса «Православная инициатива - 2018», который стартовал в сентябре 2018 года и конкурсные работы целый год «перемещались» с выставки на выставку. 3 ноября 2018 года в 14:30 в малом зале СКК в рамках Международного грантового конкурса «Православная инициатива 2017-2018» состоялась церемония награждения авторов творческих работ и добровольцев, а также просмотр презентационного видео о проекте инклюзивной мастерской «СМ-арт» в рамках X Форума православной общественности Санкт-Петербурга. Выставка творческих работ проходила в СКК с 30-го октября по 4-е ноября 2018 года. И на ней были представлены работы наших обучающихся.

В ноябре 2018 года Белявская Надежда приняла участие во Всероссийской благотворительной художественной выставке «ИНКЛЮЗИВНЫЕ ПЕРЕДВИЖНИКИ» (Искусство сквозь барьеры). На выставку были представлены её работы в технике Петербургской росписи. Мы гордимся Надеждой. Она действительно молодец! За годы обучения, по крупицам, впитывала материал и «набивала» руку.

2 направление – переписка с народными художниками России, искусствоведами, авторами книг и учебных пособий по художественной росписи России.

Изучая теоретический материал по Северным росписям, члены нашей творческой группы заинтересовались многообразием, историей и традициями Северных художественных промыслов. Началась переписка с заведующей отделом ремесел, ведущим специалистом «Красноборского историко-мемориального и художественного музея им. С.И.Тупицына» (http://krasnoborskmuseum.ru/), лауреата премии Архангельской области 2016 года в сфере культуры и искусства Татьяной Борисовной Зиновьевой, автором учебного пособия по Ракульской росписи, руководителем кружковых занятий росписи по дереву для взрослых в творческой мастерской "Живое ремесло" (при музее, с 2006 года). Она охотно вышла с нами на связь, посмотрела и прокомментировала наши учебные эскизы и прислала нам в дар образовательного заведения профессии «Художник росписи по дереву» учебное пособие по Ракульской росписи с авторской подписью. Связи налаживаются – есть специалист в этой области.

Рекомендованная литература для специалистов по росписи:

1. Рукотворное чудо: рекоменд. библиогр. список. Муницип. учреждение культуры муницип. образования «Город Архангельск» «Централиз. библ. система», Центральная городская библиотека им. М. В. Ломоносова ; [сост. Г. Ю. Пушкарева ; ред. Т. С. Рудная]. – Архангельск, 2017. – 68 с. (https://vk.com/doc2934616_481105392?hash=31c7286fa6631cace3&dl=eb97eba12161ca2ab3)

2. Шенкурская роспись. Автор - ПУЗЕНКОВА Лидия Алексеевна, учитель изобразительного искусства и художественного труда средней школы № 20 г. Архангельска. Научный руководитель - Шпикалова Т. Я., доктор пед. наук, профессор. Рецензент - Гришин В. П., методист АО ИППК. (https://vk.com/doc2934616_480783787?hash=2820a0f6f0132bcfe3&dl=7cb5895e3406d0b784)

3. Уфтюжская роспись. Авторская программа "Народные росписи Русского Севера" рекомендована к изданию редакционно-издательским советом АО ИППК. Автор: Тимофеева Людмила Феодосьевна, народный мастер росписи по дереву, высшая квалификационная категория, муниципальная школа № 22 г. Архангельска. Рецензент: Н. Н. Пиликина, художник-педагог. (https://vk.com/doc2934616_480782090?hash=be6c9440ffa9908128&dl=fe120543344e190174)

4. Глубоковская роспись. Н.В.Путилова. https://vk.com/doc2934616_481106250?hash=39a2eb2d256ef0a0a3&dl=1e104be0d172d590a6

3 направление – участие в мастер-классах, вебинарах и онлайн-уроках ведущих специалистов в данной области.

17 ноября 2018 года в рамках проведения в Санкт-Петербурге Всероссийского конкурса народных мастеров «РУСЬ МАСТЕРОВАЯ» (место проведения: СПб ГБУК «Музейно-выставочный центр» - исторический центр «Россия – Моя история») наши обучающиеся смогли поучаствовать в мастер-классах конкурса.

В рамках работы выставки-ярмарки "Православная Русь"- зимний подарок" (с 11 по 18 декабря 2018) 11 декабря 2018 года наши обучающиеся приняли участие в уроке мастерства по Мезенской росписи в интерактивном музее исторического парка: "Россия - Моя история". Урок проводила народный мастер РФ из города Уральска Инесса Ивановна Мадянова. С такой любовью и преданностью было построено всё общение, что наши обучающиеся-инвалиды даже не заметили, как пролетел этот обучающийся мастер-класс.

В том же декабре 2018 наши студенты приняли участие в мастер-классе «Роспись по форфору», прошедшем в СПб ГБУК «Музейно-выставочный центр» - исторический центр «Россия – Моя история».

Уже второй раз (июнь 2018, февраль 2019) мы принимаем участие в Международной выставке-ярмарке народных художественных промыслов и ремёсел "НЕВСКИЙ ЛАРЕЦ", на который приезжаю мастера со всей страны. Обучающиеся

группы охотно перенимают мастерство у специалистов и сами проводят мастер-классы по традиционным росписям России для гостей выставки.

Сейчас, время огромных возможностей. С помощью интернета, не выходя из дома можно узнать много нового материала, вести переписку с мастерами, посещать виртуальные выставки и учиться по интернету. Таким образом, есть возможность прививать любовь к декоративно-прикладному искусству и возрождать прекрасные промыслы России, обогащая нашу культуру художественными традициями народного искусства. Однако не один онлайн видео-урок не заменит живого общения. Об этом тоже надо помнить.

Я, преподаватель профессии «Роспись по дереву», благодарна судьбе за знакомство с удивительным человеком, профессиональный художником-мастером народных промыслов, лауреатом российских и международных конкурсов, специалистом в области художественной росписи – Зинаидой Владимировной Голубевой. Онлайн-школа Зинаиды Голубевой «Русская роспись» даёт возможность нашим обучающимся находясь в учебной мастерской участвовать в онлайн занятиях и вебинарах, которые проводит Зинаида Владимировна. Эта форма обучения не только для нас очень удобна, но и для мастера. Из-за большой загруженности и проживания в городе Луга Зинаида Владимировна не всегда может лично провести обучающийся мастер-класс в нашем центре. Мы отсылаем ей наши работы по Волховской, Гжельской росписям и получаем её комментарии. Для нас эта обратная связь очень дорога. Наш совместный труд направлен на дело сохранения традиций народных росписей России и популяризацию данного материала в современном обществе среди разных социальных слоёв населения. В наш век технического прогресса искусство народных художественных промыслов с его ярко выраженной национальной спецификой определяет многообразие и вклад каждого народа в общую сокровищницу искусства страны. Изделия русских народных художественных промыслов несут в массы эстетические идеалы народа, его демократическое отношение к действительности и высокую культуру художественного освоения материалов, достижения которой – результат опыта, труда и изобретательности многих поколений талантливых русских мастеров. В разнообразных произведениях (от маленькой тарелочки до предметов мебели) привлекает лаконичная, но выразительная пластика форм, завершённость композиции, красота орнамента, достигаемые специфическими приёмами мастерства, в которых соединяется и верный глаз, и неистощимая творческая фантазия, и бережно хранимые профессиональные традиции.

4 направление – написание и публикация собственных статей, направленных на более глубокое изучение, исследование нынешнего состояния художественного промысла.

На последней защите выпускных квалификационных работ председатель комиссии - Николай Борисович Покровский – заслуженный художник России, заместитель председателя Производственного кооператива «Меридиан 2000», председатель редколлегии журнала «Личность и Культура» отметил защиту одной из выпускниц по Борецкой росписи – Смазновой Светланы. Практически вся её письменная часть ВКР была опубликована в виде статьи в журнале «Личность и культура». И это большая гордость для нас, для преподавателей.

5 направление – участие в конкурсном движении профессионального мастерства разного уровня и статуса. Это городские конкурсы профессионального мастерства «Шаг в профессию». Осенью 2018 года наша участница Зубарева Анастасия на общих основаниях завоевала 2 почётное место. И так каждый год – наши студенты обязательно завоевывают призовые места. И Региональные чемпионаты профессионального мастерства для людей с инвалидностью «АБИЛИМПИКС», в которых мы получаем заслуженные призовые места. В 2017 году (региональный этап в Санкт-Петербурге) - призовые 1,2,3 места были наши. Весной 2018 года (региональный этап в Санкт-Петербурге) – призовое 3 место. Осенью 2018 года (региональный этап в городе

Калуга) – призовое 4 место. Качество профессионализма обучающихся студентов можно продемонстрировать именно на конкурсах такого высокого уровня.

Не всякое ОУ имеет возможность выпускать **собственную газету.** Публикации в «Нашей газете» связаны не только с текущими событиями ЦЕНТРА, но здесь можно увидеть стихи собственного сочинения студентов, результаты участия в конкурсах и студенческих мероприятиях, результаты итоговой аттестации. Мы надеемся, каждому приятно увидеть свою фамилию в выпуске. Это стимулирует и положительно мотивирует обучающихся.

Наш центр – это учебное образовательное учреждение и без зачётов и экзаменов здесь не обойтись. Промежуточная аттестация является основной формой контроля учебной работы обучающихся, она оценивает результаты учебной деятельности обучающегося. Для многих инвалидов зачет или экзамен является стрессом, и поэтому большое значение имеет психологическая помощь при подготовке и проведении зачетов и экзаменов.

Завершающим этапом образовательного процесса является Государственная итоговая аттестация - написание и защита выпускной квалификационной работы (ВКР). Обучающиеся, будущие выпускники представляют свой готовый продукт, структурируют и обосновывают теоретический материал, делают выводы. Одной из основных задач выпускника профессии «Художник росписи по дереву» наряду с отработкой общих и профессиональных компетенций, демонстрации практического опыта, знаний и умений считаю, сохранение традиций художественной росписи России, её технологической последовательности в готовом расписном комплекте. На всём протяжении выполнения ВКР с обучающимися работает не только их руководитель, но и члены реабилитационной команды: психолог, социальный педагог, медик.

Итоговая социально-психологическая диагностика является подведением итогов за весь срок профессиональной реабилитации. Результаты итоговой аттестации, динамика социального поведения, психологического состояния и здоровья рассматриваются реабилитационными командами и вносятся в реабилитационное дело выпускника. Проводится анализ всех реабилитационных мероприятий, выявляются успехи и недоработки в процессе профессиональной реабилитации для учета их в дальнейшей работе.

Профессиональная реабилитация людей с ОВЗ – комплексный процесс. Общие усилия преподавателей и специалистов реабилитационных служб направлены на достижение основной цели – интеграции человека в трудовую и социальную жизнь.

Реабилитация творческих людей с ограничениями по здоровью неотъемлема от литературного творчества. Литературные вечера и диспуты, участие в литературных конкурсах, возможность попасть своей статье или стихотворению в литературный сборник, всё это оказывает большое влияние на реабилитацию лиц с инвалидностью и повышает их самооценку.

Преподаватели центра, связанные с профессиями художественной направленности, эстетически развивая своих обучающихся посредством восприятия художественных ценностей и художественно-творческой деятельности, определяют для себя несколько задач, на наш взгляд очень актуальных и необходимых. Первое: необходимость реабилитации и социальной адаптации, обучающихся через занятия творчеством; улучшение условий реабилитации людей с ОВЗ средствами культуры и искусства. И второе: необходимость участия людей с ОВЗ в социально значимых проектах.

Широкая пропаганда достижений инвалидов в области культуры и искусства способствует формированию адекватного отношения в обществе к людям с ограничениями жизнедеятельности, признанию их полноценными и полноправными гражданами социума.

Процесс формирования и развития творческих возможностей людей с ограничениями жизнедеятельности должен носить устойчивый, непрерывный характер.

Останавливаться в этом направлении, категорически недопустимо. Многие обучающиеся центра, покидая наше образовательное учреждение, посещая районные реабилитационные центры, профориентируют на творческие профессии нашего центра. Часто приходят в ПРЦ, поделится с преподавателями своими творческими успехами и планами.

Получение профессии художественной направленности – это непрерывный процесс реабилитации лиц с ОВЗ в образовательном учреждении. Участие обучающихся в конкурсном движении меняет их психо - эмоциональное состояние. Разно уровневое общение (учебный процесс, производственная практика, вне учебная деятельность – участие в конкурсном движение, выступление на мероприятиях международного уровня, общение в проектах с международным участием) повышает самооценку обучающихся, их коммуникацию, заявляет о привлечение творческой молодёжи для реализации социально-значимых задач и проектов.

«Профессионально-реабилитационный центр» – мир счастливых людей. Где видят и понимают красоту, хотят заниматься творчеством и дарить радость людям, получать профессию, общаться и получать новые впечатления. «Профессионально-реабилитационный центр» - уникальное образовательное учреждение для лиц с ограниченными возможностями здоровья и лиц с ослабленным здоровьем, где всё построено на удобстве и комфорте, на успешности в реализации образовательных программ, здоровьесберегающем климате общения. «Профессионально-реабилитационный центр» – шанс таких людей на полноценное участие в профессиональной и общественной жизни нашего города.

Список литературы:

1. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ;

2. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 01.06.2017) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

3. Василенко В.М. Русское прикладное искусство. Истоки и становление. М., «Искусство». 1977.

4. Федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по профессии 54.01.10 Художник росписи по дереву, утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 672 от 2 августа 2013 г., зарегистрированного в Министерстве юстиции Российской Федерации 20 августа 2013 г., регистрационный № 29497;

5. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 14.06.2013 г. N 464 (ред. от 15.12.2014 г.) «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам среднего профессионального образования» (Зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 30.07.2013 г. N 29200) в редакции приказа от 22.01.2014 г. № 31 «О внесении изменения в Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам среднего профессионального образования, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 14 июня 2013 г. N 464» (Зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 07.03.2014 г. N 31539);

6. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 16.08.2013 г. N 968 (ред. от 31.01.2014 г.) «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам среднего профессионального образования» (Зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 01.11.2013 г. N 30306);

7. «Положение об организации и проведении государственной итоговой аттестации выпускников в условиях реализации федерального образовательного стандарта среднего профессионального образования» в СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр».

УДК 331.101

ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО МЕХАНИЗМА РЕАЛИЗАЦИИ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА НАСЕЛЕНИЯ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ НА ОСНОВЕ МКФ.

Лабейко О.А.

Барановичский государственный университет
Республика Беларусь, Барановичи

DEVELOPMENT OF A COMPREHENSIVE MECHANISM FOR THE IMPLEMENTATION OF THE LABOUR POTENTIAL OF THE POPULATION WITH DISABILITIES ON THE BASIS OF THE ICF.

Labeiko O.A.

Baranovichi State University
Republic of Belarus, Baranovichi

Аннотация: В статье обоснован механизм реализации трудового потенциала населения с инвалидностью, который позволяет провести переход к международным стандартам инвалидности в сфере труда, и ориентирован на целостность системы реабилитации. Предложена новая система вовлечения в трудовую деятельность лиц с инвалидностью

Abstract: In the article the mechanism for realizing the labor potential of people with disabilities is substantiated, which allows a transition to international standards of disability at work, and is focused on the integrity of the rehabilitation system. A new system of involvement in the work of persons with disabilities is proposed.

Ключевые слова: инвалидность, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, участие в трудовой деятельности

Key words: disability, International Classification, participation in labor activities

Выбор направлений и способов решения проблем занятости населения с инвалидностью напрямую зависит от определения природы, установления причин, приводящих к ограничениям жизнедеятельности. Однако, в современном научном сообществе, а также у специалистов-практиков не сложился единый подход к пониманию и описанию феномена инвалидности. Проведенное исследование дефиниций «инвалид» и «инвалидность» позволило выявить два концептуальных взгляда на природу инвалидности – медицинский (суженный) и социальный (расширенный).

Эволюционно первой сложилась медицинская парадигма инвалидности, которая в течение длительного исторического периода была доминирующей. Согласно медицинскому подходу, устойчивое заболевание или травма приводят к расстройству функций органов и систем организма человека, в результате чего изменяются и нарушаются способности лица выполнять повседневную деятельность обычным способом и в полном объеме. Нарушения могут касаться любой потери или аномалии анатомической, физиологической, психологической функции или структуры организма человека.

Отсутствие либо ограничение (в результате нарушения) способности выполнять определенный вид деятельности способом или в рамках, которая считается нормальной для лица данного возраста, определяется как ограничения жизнедеятельности. Возникшие у человека ограничения жизнедеятельности в социальной среде ставят его в невыгодное положение по отношению к окружающим, и таким образом, болезнь приобретает социальный характер. В результате инвалидность определяется как социальная недостаточность, обусловленная устойчивым нарушением здоровья [1, с. 112].

Процесс социализации болезни состоит из взаимосвязанных элементов, описывающих проявление устойчивого нарушения здоровья. Принимая решения в одном из элементов системы, возможно получить эффект от действия системы в целом (рисунок 1). Однако, в современных условиях развития общества процесс возникновения ограничений жизнедеятельности человека гораздо сложнее, и в большинстве случаев представленная последовательность является неполной, поскольку подвержена влиянию широкого спектра внешних факторов, может быть ее разрыв на любом этапе.

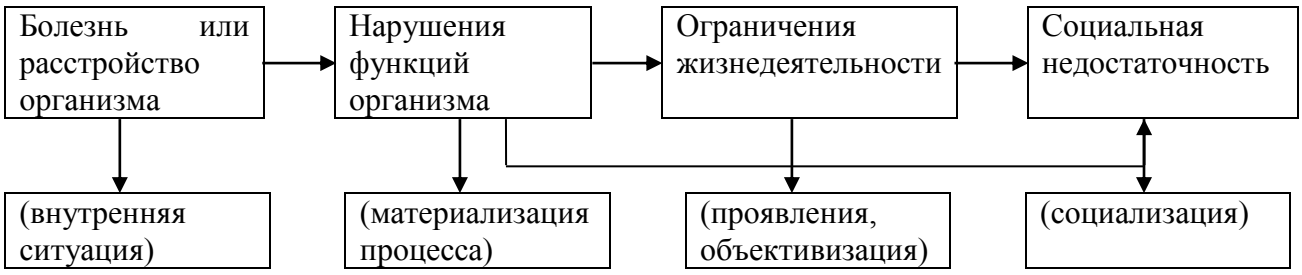


Рисунок 1. — Медицинская (суженная) модель инвалидности

Медицинская модель описывает инвалидность как индивидуальную проблему человека, вызванную исключительно болезнью, расстройством функций и структур организма человека. Устранение (снижение) ограничений жизнедеятельности человека может быть достигнуто посредством медицинской помощи, медикаментозного лечения и мероприятий по восстановлению либо компенсации нарушенных функций.

В 70-е гг. XX в. формируется социальная парадигма инвалидности, базовый принцип которой заключается в том, что инвалидность – не болезнь, а человек с устойчивым нарушением здоровья испытывает ограничения жизнедеятельности ввиду психологических и физических барьеров, существующих в обществе. Медицинский диагноз не должен определять и ограничивать возможности участия человека в главных сферах жизни. В соответствии с представленным подходом инвалидность определяется как проблема несовершенства окружающей среды.

В социальной модели инвалидности ограничения жизнедеятельности человека описываются в качестве долгосрочного социального состояния, не поддающегося лечению. Именно социальная среда, политика государства в отношении инвалидности детерминируют реальные условия жизнедеятельности человека с нарушенным здоровьем, его самоощущение, степень участия в главных сферах жизни. Общественное устройство оказывает влияние на степень и масштабы инвалидности населения посредством обеспечения безопасности на производстве, в быту, доступности медицинской помощи, услуг и т.д. В случае, когда указанные направления развиты недостаточно, следует определять инвалидность как «продукт общества», порождающий и культивирующий инвалидизирующую среду.

Систематизация научных разработок позволила установить, что социальный подход акцентирует внимание на барьерах окружающей среды, при этом оставляя без внимания индивидуальные особенности, потребности населения с инвалидностью. В исследованиях отсутствует ранжирование факторов «социальной среды», приводящих к ограничениям жизнедеятельности. В результате сформировалась точка зрения о том, что социальная парадигма инвалидности развивалась с политическими целями по защите прав людей с инвалидностью [2].

Расширенный подход, раскрывающий процесс взаимодействия между человеком, имеющим изменения здоровья, и социально-средовыми условиями, в которых происходит его функционирование, был разработан экспертами Всемирной организации здравоохранения (далее ВОЗ). Расширенная модель представляет собой согласованную совокупность составляющих здоровья и некоторых, связанных со здоровьем, составляющих благополучия (труд и занятость, образование, экономическая жизнь). В

2001 г. ВОЗ представила Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее МКФ) [3, с. 12].

Область применения классификации распространяется на все сферы деятельности человека: образование, здравоохранение, страхование, экономику и др. Она описывает состояние функционального здоровья индивида на трех уровнях: организм – человек – общество. Этим трем уровням функционирования человека соответствуют следующие элементы: функции и структуры организма; активность; участие. В МКФ понятие «функциональное здоровье» отражает три важных аспекта человека: как биологического существа, как самостоятельно действующего субъекта и субъекта общественных отношений (рисунок 2).

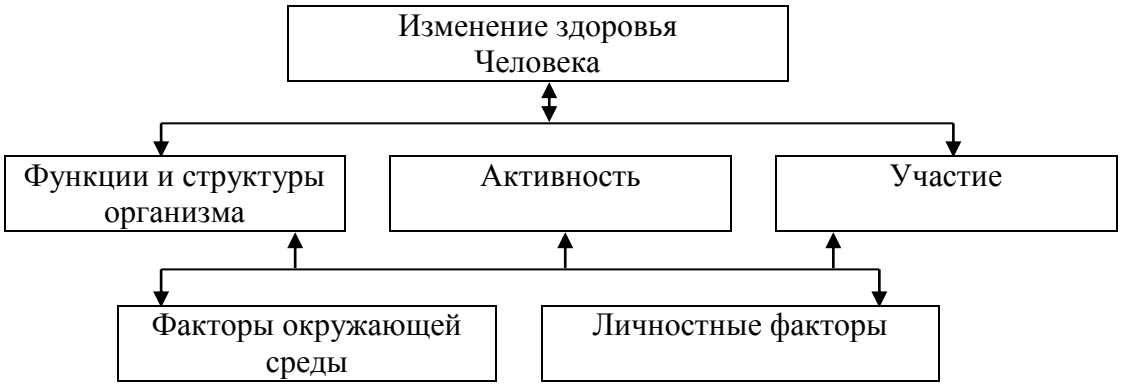


Рисунок 2. — Расширенная модель функционирования человека с измененным здоровьем в контексте факторов окружающей среды и личностных факторов

Такой компонент классификации как «функции и структуры организма» отражает наличие или отсутствие каких-либо нарушений, отклонений от общепринятых популяционных стандартов биомедицинского статуса организма, его функций и осуществляется преимущественно специалистами. «Активность» определяет индивидуальную сторону функционирования человека, от базовых навыков как использование зрения, слуха, выполнение повседневного распорядка дня до способности к выполнению задач или действий. На уровне «участия» описывается вовлечение индивида в жизненную ситуацию, охватывает все сферы жизни человека: возможность получения профессионального образования, выполнение трудовых функций, экономическую самостоятельность и независимость. Поскольку «активность и участие» не разграничены, классификация предоставляет возможность их дифференциации исходя из целей применения и национальной практики.

Таким образом, в соответствии с расширенной моделью, представленной классификацией МКФ, человек, имеющий нарушение здоровья, может испытывать ограничение жизнедеятельности в одном и более из указанных трех элементов системы: нарушения функций и структур организма, ограничения активности, ограничения возможности участия. Более того, модель расширяет понимание инвалидности и позволяет изучить влияние медицинских, индивидуальных и социально-средовых факторов на возникновение ограничений жизнедеятельности человека. Она демонстрирует существующее динамическое взаимодействие между показателями здоровья (функции и структуры организма) и показателями, связанными со здоровьем (активность, участие), личностными факторами и факторами окружающей среды.

Индивидуальные характеристики человека, которые не являются и не относятся к состоянию, показателям здоровья, называются личностными факторами. Они могут включать пол, возраст, образование, профессию, прошлый и текущий жизненный опыт, тип личности и т.д. Личностные факторы в МКФ не классифицируются, тем не менее

являются составляющей МКФ, поскольку могут оказывать влияние на процесс функционирования человека, возможность появления ограничений жизнедеятельности на любом уровне.

Факторы окружающей среды – это внешние по отношению к индивиду условия его функционирования, которые могут оказывать как положительное, так и отрицательное воздействие на возникновение у человека ограничений жизнедеятельности, соответственно выступать в качестве облегчающих факторов или барьеров. Окружающая среда с физическими и психологическими барьерами без облегчающих факторов приводит к ограничению возможности участия человека в сферах жизни, среда с облегчающими факторами, наоборот, способствует его вовлечению в общественные отношения. В классификации факторы окружающей среды представлены на уровне индивида и общества, что позволяет их использовать как на микро-, так и макро- уровнях.

Существенным отличием и преимуществом расширенного подхода к определению сущности инвалидности является тот факт, что описание процесса функционирования человека с нарушенным здоровьем проводится в контексте условий, которые представляют физическую и социальную обстановку жизнедеятельности человека. Они включают факторы окружающей среды и личностные факторы, влияющие на функционирование индивида и, соответственно, на возникновение (предотвращение) ограничений жизнедеятельности.

На основе выявленных особенностей формирования и реализации трудового потенциала населения с инвалидностью, а также в соответствии с положениями Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья участие в трудовой деятельности человека с инвалидностью предлагается рассматривать как сложный динамический процесс, который включает следующие элементы:

вид и степень выраженности нарушений функций организма человека;

личностные факторы;

факторы производственной среды, трудового процесса и производственного пространства (рисунок 3).

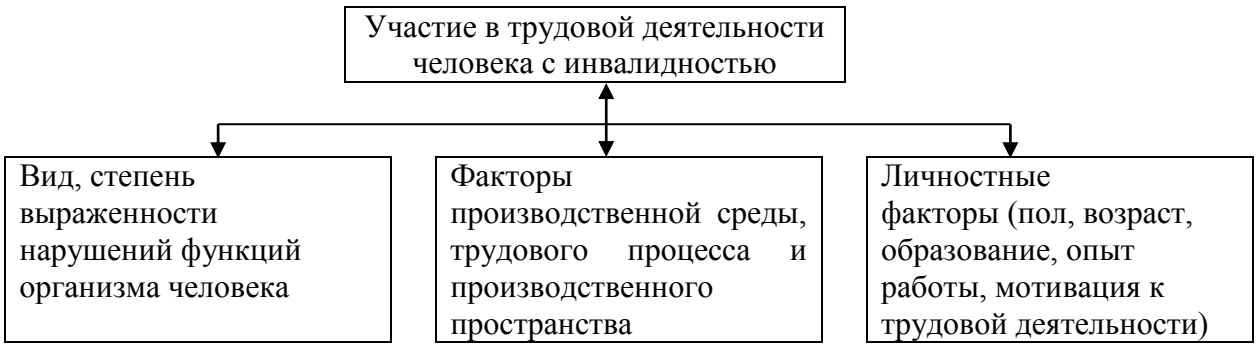


Рисунок 3 — Систематизация процесса вовлечения в трудовую деятельность человека с инвалидностью

При определении возможности участия человека с инвалидностью в сфере общественного производства предлагается учитывать его совокупные способности к трудовой деятельности, а также факторы производственной среды, трудового процесса и производственного пространства. В свою очередь, совокупные способности к трудовой деятельности объединяют такие компоненты системы, как «вид, степень нарушений функций организма», основными характеристиками которых выступают категория и группа инвалидности, и «личностные факторы», включающие пол, возраст, образование, опыт работы, мотивация к трудовой деятельности.

Наличие у человека функциональных нарушений, ограничений жизнедеятельности обуславливают возникновение определенных потребностей к характеру и условиям труда, дополнительной организации рабочего места. При этом создание необходимых инвалиду условий труда обеспечивает восстановление здоровья, сокращение травматизма, снижение заболеваемости, устранение вредных и опасных факторов производственной среды, показателей тяжести и напряженности трудового процесса, беспрепятственное выполнение трудовых функций. Следовательно, «факторы производственной среды, трудового процесса и производственного пространства» могут как способствовать, так и препятствовать включению человека с инвалидностью в трудовую деятельность.

Выделенные элементы позволяют не только комплексно рассматривать процесс участия в трудовой деятельности населения с инвалидностью, но и вырабатывать широкий спектр инструментов управления данным процессом. Проблема ограничения возможности участия в труде инвалида должна находить свое решение не только в медицинской помощи, но и в применении комплекса мер по формированию (возобновлению) профессиональных знаний, умений и навыков, созданию условий труда, учитывающих индивидуальные возможности и способности человека с инвалидностью.

Список литературы:

1. Современные подходы к проведению реабилитации и медицинской экспертизы с учетом основных положений МКФ: сборник тезисов Международной научно-практической конференции, 3-4 апреля 2014 г., г. Минск / под общей редакцией В. Б. Смычка. – Минск: А. Н. Вараксин, 2014. – 86 с.

2. Stöd för dig med funktionsnedsättning [Electronic resource] // Arbetsförmedlingen. – Mode of access: https://www.arbetsformedlingen.se/For-arbetssokande/Stod-och-service/Funktionsnedsattning.html. – Date of access: 22.10.2018.

3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ [Электронный ресурс] // Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с. – Режим доступа: https://convention.mzsr.gov.kz/sites/default/files/MKF.pdf. – Дата доступа: 25.09.2018.

УДК 616-36.86+364:331

АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТЕЙ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИХ ТРУДОУСТРОЙСТВА В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Шамшева Е.В., Калашников А.И., Саликова С.И.

ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области»
Россия, Омск

ANALYSIS OF THE NEEDS OF PERSONS WITH DISABILITIES OF WORKING AGE IN VOCATIONAL REHABILITATION AND SOME ASPECTS OF THEIR EMPLOYMENT IN THE OMSK REGION

Shamsheva E.V., Kalashnikov A.I., Salikov S.I.

FSI "Head Bureau of Medical- Social Expertise of Omsk Region" of the Ministry of Labour and Social Protection of Russian Federation
Russia, Omsk

Аннотация: Представлен анализ динамики потребности инвалидов взрослого населения Омской области в профессиональной реабилитации за 2016-2018 гг. и порядок реализации перечня мероприятий по профессиональной реабилитации или абилитации инвалидов органом исполнительной власти в области содействия занятости населения.

Abstract: An analysis of the needs of the disabled adult population dynamics of Omsk Oblast in vocational rehabilitation for 2016-2018, and how to implement a list of activities on occupational rehabilitation or habilitation of persons with disabilities Executive authority in the field of employment promotion.

Ключевые слова: индивидуальная программа реабилитации или абилитации, профессиональная реабилитация, группа инвалидности, трудоустройство инвалидов.

Key words: individual program of rehabilitation or habilitation, vocational rehabilitation, disability, employment of disabled people.

Признание лица инвалидом в трудоспособном возрасте в большинстве случаев приводит к изменению образа жизни, снижению материальных возможностей, что влияет на качество его жизни. Государственная политика в области социальной защиты инвалидов ориентирована на достижение равенства инвалидов с другими гражданами во всех сферах жизнедеятельности [3], путем налаживания и восстановления, утраченных инвалидами связей в обществе, включение их в труд, быт и досуг, преодоление изоляции.

Одним из основных направлений реабилитации и абилитации инвалидов является профессиональная реабилитация, которая включает в себя мероприятия: по профессиональной ориентации, общему и профессиональному образованию, профессиональному обучению, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственную адаптацию [1,3].

При установлении пациенту трудоспособного возраста инвалидности, приведшей к ограничению способности к трудовой деятельности, разрабатывается комплекс мероприятий профессиональной реабилитации для восстановления или формирования способностей инвалидов к профессиональной деятельности [2,3]. Вероятность самостоятельного решения проблем, возникших перед инвалидом невелика. Существенная часть инвалидов нуждается в помощи.

Цель исследования. Изучение потребности инвалидов трудоспособного возраста в профессиональной реабилитации в динамике за 2016 - 2018 гг. и порядок реализации мероприятий по профессиональной реабилитации или абилитации в Омской области.

Материалы и методы. Исследование проведено на основании анализа статистических данных (7 – собес) ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России за период 2016-2018 гг., Единой вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы МСЭ (ЕАВИИС МСЭ). Методы: описательной статистики, аналитический.

Результаты. При проведении медико-социальной экспертизы в ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России в период 2016-2018 гг. число сформированных индивидуальных программ реабилитации или абилитации (далее – ИПРА) имело неустойчивую тенденцию к уменьшению – 25782, 25958, 25072; темп убыли к 2016 г. составил 2,75 %.

Возросло число разработанных ИПРА инвалидам первой группы - 3570 - 3706 – 4039 случаев. Их доля в структуре всех разработанных ИПРА увеличилась – 13,8 % - 14,3 % - 16,1 % соответственно годам.

Число разработанных ИПРА инвалидам второй группы с тенденцией к уменьшению – 10318 – 10352 – 9516 случаев, темп убыли к 2016 г. – 7,8 %. Их удельный веса снижается - 40,0 % - 39,9 % - 37,9 % соответственно годам.

Абсолютное число ИПРА инвалидам третьей группы уменьшилось на 3,2 % (11894 – 11900 – 11517 случаев), с колебанием их удельного веса в структуре всех разработанных ИПРА в пределах 45,8 % - 46,2 %.

Потребность в разработке реабилитационных мероприятий по профессиональной реабилитации в 2016-2018 гг. возросла - 8623 – 10073 – 11445 случаев, темп прироста составил 32,7 %. Удельный вес увеличился - 33,4 - 38,8 – 45,6 % от числа разработанных ИПРА.

Наибольшая потребность в мероприятиях по профессиональной реабилитации определялась среди инвалидов третьей группы – 53,1 % - 54,1 % - 56,1 %; число рекомендаций возросло с 4634 случаев в 2016 г. до 6418 случаев в 2018 г., на 1784 случая (38,5 %).

Доля рекомендаций по профессиональной реабилитации инвалидам второй группы уменьшилась - 45,2 % - 44,9 % - 41,9 % от числа всех рекомендаций по профессиональной реабилитации. Однако абсолютное число рекомендаций увеличилось с 3896 случаев в 2016 г. до 4802 случаев в 2018 г., на 906 случаев (23,3 %).

Инвалиды первой группы нуждались в профессиональной реабилитации в 1,7 % - 1,0 % - 2,0 % случаев от числа всех рекомендаций по профессиональной реабилитации. Абсолютное число рекомендаций увеличилось в 2,4 раза, с 93 случаев в 2016 г. до 225 случаев в 2018 г.

Среди мероприятий по профессиональной реабилитации преобладали рекомендации по содействию в трудоустройстве - 8606 (99,8%) – 8791 (87,3 %) – 7853 (68,6 %) случаев соответственно годам.

Наибольшая потребность в трудоустройстве отмечена у инвалидов третьей группы - 4628 (53,8 %) – 4721 (53,7 %) – 4264 (54,2 %) случаев. Инвалиды второй группы нуждались в трудоустройстве в 3886 (45,2%) – 3991 (45,4%) – 3454 (44,0 %) случаях соответственно годам.

Потребность инвалидов первой группы составила 92 (1,0 %) – 79 (0,9 %) – 135 (1,7 %) случаев соответственно годам.

Необходимость в специальном рабочем месте (СРМ) оснащенном оборудованием с учетом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности инвалидам [1,4] определялась 2,4 % – 2,5 % случаев. В анализируемый период потребность в СРМ преобладала у инвалидов второй группы с тенденцией к уменьшению (с 88,2 % в 2016 г. до 77,4 % в 2018 г.). Отмечен рост рекомендаций СРМ для инвалидов первой группы с 10,4 % в 2016 г. до 15,7 % в 2018 г. от общего числа рекомендаций СРМ.

При повторном освидетельствовании число разработанных ИПРА инвалидам уменьшилось с 16689 в 2016 г. до 15177 в 2018 г., на 1512 ИПРА (9,1 %). Их доля в структуре всех разработанных ИПРА снизилась с 64,7 % до 60,5% случаев. Среди них отмечен незначительный рост удельного веса сформированных ИПРА инвалидам второй группы с 43,5 % в 2016 г. до 43,7 % в 2018 г и третьей группы 51,8 % в 2016 г. до 52,1 % в 2018 г. Доля разработанных ИПРА инвалидам первой группы снизилась с 4,7 % до 4,2 % соответственно годам.

Число разработанных ИПРА для работающих инвалидов уменьшилось - 1959 – 1944 – 1939 человек, на 1,0 %. Однако их удельный вес от общего числа сформированных ИПРА при повторном освидетельствовании увеличился - 11,7 % – 11,8 % – 12,8 % случаев.

Среди работающих преобладали инвалиды третьей группы с устойчивой тенденций к уменьшению 1327 (67,7 %) – 1270 (65,3 %) – 1215 (62,7 %) случаев; инвалидов второй группы возросло - 621 (31,7 %) – 664 (34,2 %) – 714 (36,8 %) случаев.

В ходе проведения медико-социальной экспертизы инвалид информируется о возможности трудоустройства путем постановки на учет в органах занятости. При согласии инвалида на обращение к нему специалистов органов службы занятости соответствующая информация вносится в ИПРА инвалида[2]. Раннее начало реабилитационных мероприятий имеет особое значение для лиц, впервые признанных инвалидами и пребывающих в состоянии фрустрации.

Для выполнения реабилитационных или абилитационных мероприятий по профессиональной реабилитации ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России направляет выписку из ИПРА инвалида (далее - Выписка) в орган исполнительной власти в области содействия занятости населения [2] (Главное управление государственной службы занятости населения Омской области).

Главным управлением государственной службы занятости населения в целях создания условий для повышения уровня профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста разработан план мероприятий, направленных на обеспечение гарантии содействия занятости инвалидов. В рамках оказания государственной услуги по профессиональной ориентации граждан органами службы занятости населения организуются профориентационные тренинги, групповые и индивидуальные консультации, семинары-практикумы, ярмарки вакансий, переговорные площадки с работодателями, рекрутинговые площадки, деловые игры, форумы, мастер-классы и мастерские поиска работы для различных категорий граждан [6].

В 2018 году государственную услугу по профессиональной ориентации получили 2557 инвалидов. На развитие ситуации в сфере занятости Омской области оказывают влияние процессы, происходящие в экономике и социальной сфере (низкая инвестиционная активность хозяйствующих субъектов, уменьшение количества работодателей, сокращение списочной численности работников, снижение экономической активности населения, сохранение высокого уровня общей безработицы) [6].

Целью предоставления государственной услуги по психологической поддержке является выдача рекомендаций безработному гражданину по повышению мотивации к труду, снижению психологических проблем, препятствующих профессиональной и социальной самореализации, реализации профессиональной карьеры путем оптимизации психологического состояния.

Основной целью предоставления государственной услуги по социальной адаптации на рынке труда является выдача рекомендаций по поиску работы, составлению резюме, проведению деловой беседы с работодателем, самопрезентации, формированию активной жизненной позиции.

Для инвалидов, которым требуется получение профессионального образования, в ИПРА вносятся рекомендации по условиям организации обучения. В этом случае выписка из ИПРА инвалида направляется в Министерство образования Омской области. Кроме Министерства образования организацию обучения инвалидов новым профессиям обеспечивают и Центры занятости населения. Организация обучения осуществляется в рамках оказания государственной услуги по профессиональному обучению. Систематически обновляют территориальные банки данных по профессиям и специальностям, по которым может осуществляться профессиональное обучение инвалидов с учетом прогнозов рынка труда. Вопрос получения образования необходимо рассматривать в едином комплексе с последующим трудоустройством инвалида, так как без последнего мероприятия образование теряет смысл.

Трудоустройство инвалидов в 2018 г. осуществлялось (по 322 вакансиям) по следующим профессиям: агроном по семеноводству, администратор, аккомпаниатор, аналитик, архивариус, архитектор, библиотекарь, бухгалтер, водитель автомобиля, вожатый, воспитатель, врач, дизайнер, диспетчер, дворник, делопроизводитель, изготовитель мясных полуфабрикатов, инженер, инженер по охране окружающей среды (эколог), инженер по охране труда, инженер производственно-технического отдела, кастелянша, кладовщик кондитер, консультант, художник-бутафор, швея, экономист, экономист по бухгалтерскому учету и анализу хозяйственной деятельности, электрик, электромонтер по ремонту и обслуживанию электрооборудования и другим.

В связи с исключением из ИПРА инвалида «трудовых рекомендаций» [2], возникли трудности у специалистов службы занятости при определении характера и условий предстоящего труда инвалида, противопоказанных факторов в труде. ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» принимало активное участие в подготовке специалистов службы занятости населения в 2017- 2018 годах на курсах, организованных в ФПК Омского государственного педагогического университета по проблемам профессиональной реабилитации инвалидов. В рамках действующего законодательства рассматривались вопросы, касающиеся условий труда, показанных и противопоказанных факторов в

зависимости от характера патологии; региональных возможностей по проведению предварительных медицинских осмотров; показаний для создания специальных рабочих мест инвалида и другие. Особое внимание уделено актуальным вопросам индивидуального сопровождения инвалидов в процессе их трудоустройства.

Большие возможности в реализации мероприятий по профессиональной реабилитации содержатся в развитии реабилитационного потенциала социума. В ряде случаев мероприятия по социальной интеграции инвалидов не приносят желаемых результатов. Среди причин можно назвать неготовность экономической инфраструктуры общества обеспечить инвалидов количеством рабочих мест. Особенно это касается трудоустройства в сельской местности, где количество рабочих мест ограничено, и преобладает физический труд, малодоступный лицам с ограниченными возможностями. Другим фактором является отсутствие развитой транспортной сети, что не позволяет жителям удалённых от районных центров сёл, регулярно посещать службы труда и занятости населения, трудоустраиваться вдали от места жительства [5].

При отсутствии возможности трудоустройства у инвалидов формируется социальный пессимизм, что снижает со временем их мотивацию к труду. Не последнюю роль играет незначительная разница в экономическом положении и, соответственно, в качестве жизни инвалидов независимо от того, работают они или нет. При заработной плате, в большинстве случаев мало отличающейся от размера пенсии, чаша весов склоняется в сторону социальной апатии. Большие проблемы имеются при трудоустройстве инвалидов, которым требуется предоставление специально созданных условий. Трудовой процесс построен на конкурентных возможностях его участников, следовательно, инвалиды в силу нарушения здоровья и наличия ограничений жизнедеятельности, заведомо не могут составить полноценной конкуренции другим участникам труда, что требует определённых усилий со стороны работодателя. Инвалиды, трудоустроенные на специальные рабочие места, в случае полной реабилитации, теряют работу и вновь становятся клиентами службы занятости.

Численность зарегистрированных безработных в Омской области по данным на 1 января 2019 г. составляла 12132 человека (на 1 января 2018 г. 12718 человек). Пятая часть в общей численности безработных в г. Омске - 2,3 тыс. безработных. Удельный вес зарегистрированной безработицы на 1 января 2019 года составил 1,2 % от численности рабочей силы (экономически активного населения), что соответствует 2018 года (1,2 %). По г. Омску уровень составил 0,4 % от численности экономически активного населения и соответствует 2018 году. По данным на 1 января 2019 года показатель уровня зарегистрированной безработицы по Омской области соответствует значению показателя по Сибирскому федеральному округу (1,2 %). По Красноярскому краю и Новосибирской области он составил 0,8 %, Иркутской области – 1,1 %, Российской Федерации - 0,9 %[6].

Заключение: Проведенный анализ за период 2016-2018 гг. установил рост потребности инвалидов в профессиональной реабилитации до 45,6 % случаев. Нуждаемость в трудоустройстве в среднем составила 85,2 %. Наибольшая потребность в трудоустройстве среди инвалидов 3 группы – 54,4 % случаев. Среди повторно признанных работающие инвалиды составили 11,7 % - 12,8 % случаев. Из них инвалиды третьей группы преобладали. Таким образом, необходим комплексный подход всех заинтересованных сторон для эффективного трудоустройства инвалидов, включая увеличение количества рабочих мест; закрепление их на производстве с использованием возможностей индивидуального сопровождения; целевое создание специальных рабочих мест для инвалидов, получения профессионального образования с перспективным планированием трудоустройства ещё в процессе обучения.

Список литературы:

1. Дымочка М.А., Андреева О.С. Современные правовые основы оценки в Российской Федерации условий труда, трудового устройства, занятости инвалидов и

создания специальных рабочих мест/ «Медико-социальные проблемы инвалидности». Москва: ФГБУ ФБ Минтруда России.- 2017 г. - №1. – С. 7-17.

2. Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм. Приказ Минтруда России от 13.06.2017 N 486н (ред. от 30.05.2018) (Зарегистрировано в Минюсте России 31.07.2017 N 47579). Доступ из справочно-информационной системы «Консультант Плюс».

3. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации. Федеральный закон Российской Федерации от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 19.12.2016). Доступ из справочно-информационной системы «Консультант Плюс».

4. Об утверждении основных требований к оснащению (оборудованию) специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. N 685н. Доступ из справочно-информационной системы «Консультант Плюс».

5. Об утверждении плана мероприятий по устранению недостатков в организации работы по трудоустройству инвалидов с учетом их индивидуальных программ реабилитации или абилитации, формируемых органами медико-социальной экспертизы. Распоряжение Губернатора Омской области от 30 декабря 2016 года N 320-р.

6. Ситуация на регистрируемом рынке труда Омской области в январе – декабре 2018 года. Отдел программ занятости и рынка труда Главного управления государственной службы занятости населения. Экспресс-информация. Сб.– Омск, 2019.

УДК 614.8.067.3

УЧЕТ ВОЗМОЖНОСТИ РАЗУМНОГО ПРИСПОСОБЛЕНИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ СТЕПЕНИУТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ.

Севастьянов М.А.[1], Пенина Г.О.[1], Деденева И.В.[1], Чистякова Н.П.[1], Божков И.А.[2]

[1]Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации
[2] Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова
Россия, Санкт- Петербург

THE ROLE OF INSTITUTIONS OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE IN THE ORGANIZATION OF SOCIAL INSURANCE AND THE REHABILITATION OF INJURED AT WORK.

Sevastianov M.A.[1], Penina G.O.[1], Dedeneva I.V.[1], Chistyakova N.P.[1], Bozhkov I.A.[2]

[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
[2] Pavlov First Saint Petersburg State Medical University
Russia, St.Petersburg

Аннотация: в статье авторами, на основе анализа и сопоставления действующего законодательства, регламентирующего установление степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах и предоставление мер по профессиональной реабилитации,

с действующими документами Всемирной организации здравоохранения и Международной организации труда сделаны выводы о необходимости изменения действующих критериев в целях гармонизации Российского законодательства с нормами международного права в области медико-социальной экспертизы и реабилитации пострадавших на производстве

Abstract: in the article, the authors, based on the analysis and comparison of the current legislation governing the determination of the degree of loss of occupational ability in percentage and provision of measures for vocational rehabilitation, with the current documents of the World Health Organization and the International Labor Organization, concluded that it was necessary to change the existing criteria in order to harmonize the Russian legislation with the norms of international law in the field of medical and social expertise and rehabilitation litatsii injured at work

Ключевые слова: социальное страхование, реабилитация, пострадавший на производстве, медико-социальная экспертиза, степень утраты профессиональной трудоспособности.

Key words: social insurance, rehabilitation, injured at work, medical and social examination, degree of occupational disability, injured at work.

Актуальность. В соответствии пунктом 8 раздела 2 Глобального плана действий по охране здоровья работающих, утверждённого на шестидесятой сессии всемирной ассамблеи здравоохранения 23 мая 2007 года (далее – Глобальный план) государства участники «должны содействовать разработке всеобъемлящих стратегий в области охраны здоровья и других областях для обеспечения реинтеграции больных и получивших травмы работников в общество» [1]. Положения Глобального плана учтены при разработке

«Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» в которой в качестве одного из основных направлений государственной политики по охране здоровья работающего населения выделено совершенствование медико-социального обеспечения работающих, системы возмещения ущерба здоровью, а также обеспечение медико- социальной защиты пострадавших на производстве [2].

Одним из главных механизмов реинтеграции и восстановления социальной роли в семье и обществе для пострадавших на производстве является сохранение трудоспособности и возвращение к профессиональной деятельности, возможность реализации которой зависит от состояния структур и функций организма.

В Российской Федерации оценка степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах принята в качестве интегрального показателя, определяющего «размера вреда», причиненного жизни и здоровью работника в результате развития профессионального заболевания или наступления несчастного случая на производстве. Изменение степени утраты профессиональной трудоспособности во времени позволяет оценить эффективность проводимых мероприятий по медицинской и профессиональной реабилитации, а также по адаптации (разумному приспособлению) рабочих мест пострадавших на производстве, с учётом информации о доступных и противопоказанных видах и условиях труда, указываемых в соответствующем разделе программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания (далее – ПРП).

Разделы ПРП «Профессиональное обучение (переобучение)» и «Рекомендации о противопоказанных и доступных видах труда» заполняются специалистами учреждений МСЭ только после проведения полноценной реабилитационно-экспертной диагностики, включающей не только изучение медицинских сведений, но данных профессионально-трудовой деятельности пострадавшего, его возможностей [3]. Содержание данных разделов должно коррелировать с установленной степенью утраты профессиональной трудоспособности чему будет способствовать использование единого понятийного

аппарата. Таким образом, используемые при проведении медико- социальной экспертизы профессиональной трудоспособности критерии, должны опираться на оценку нарушений структур и функций организма, учитывать возможности продолжения профессиональной деятельности пострадавших на производстве при изменении условий труда и использовании мер по разумному приспособлению. Кроме того они должны обеспечивать высокую воспроизводимость результатов (единообразие принимаемых решений по аналогичным экспертным случаям).

Используемые в настоящее время временные критерии определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утверждённые Постановлением Минтруда РФ от 18.07.2001г. № 56 (далее – Временные критерии) [4], по мнению ряда авторов, нуждаются в корректировке [5, 6, 7]. Используемые критерии способности к профессиональной деятельности, сложно объективизировать, что существенно затрудняет работу эксперта и приводит к недопустимо высокой вариативности при принятии решений [8].

Цель. Определить основные направления гармонизации действующих документов, регламентирующих порядок и критерии установления степени утраты профессиональной трудоспособности пострадавшим на производстве с нормами международного права и нормативными актами Российской Федерации в области защиты прав и реабилитации инвалидов.

Материалы и методы. Проведён сравнительный анализ и сопоставление нормативных правовых документов, регламентирующих порядок установления степени утраты профессиональной трудоспособности пострадавшим на производстве с нормами международного права и нормативными актами Российской Федерации в области защиты прав и реабилитации инвалидов

Результаты.

Установление степени утраты профессиональной трудоспособности вследствие резко выраженного нарушения функций организма регламентируется пунктом 14 Временных критериев и предполагает единственный вариант решения – установление 100 процентов утраты профессиональной трудоспособности. Таким образом, пострадавшие на производстве полностью исключаются из профессии, поскольку возможность создания необходимых для продолжения трудовой деятельности условий даже не рассматривается. Такое решение можно расценить как проявление косвенной дискриминации инвалидов пострадавших на производстве поскольку возможность разумного приспособления рабочего места при имеющемся безальтернативном подходе не рассматривается. С учетом того, что в соответствии с Конвенцией о правах инвалидов, государства-участники «обеспечивают и поощряют реализацию права на труд, в том числе теми лицами, которые получают инвалидность во время трудовой деятельности» используя для этого как приспособление рабочего места, так и программы профессиональной и квалификационной реабилитации (Конвенция о правах инвалидов), данный пункт временных критериев нуждается в корректировке.

Возможно, следует предусмотреть возможность установления 90% утраты профессиональной трудоспособности при возможности продолжения работы в случае выполнения необходимой адаптации места работы в соответствии с индивидуальными потребностями пострадавшего. При этом отказ работодателя от проведения данных мероприятий должен рассматриваться как отказ в разумном приспособлении и проявление дискриминации.

В настоящее время при выраженных нарушениях функций организма степень утраты профессиональной трудоспособности может быть установлена на уровне 70 или 80 процентов в зависимости от снижения или сохранения уровня квалификации. При этом указывается на то, что пострадавший продолжает работу в специально созданных производственных условиях, под которыми «понимается организация работы, при

которой пострадавшему устанавливаются сокращенный рабочий день, индивидуальные нормы выработки, дополнительные перерывы в работе, создаются соответствующие санитарно-гигиенические условия, рабочее место оснащается специальными техническими средствами, проводятся систематическое медицинское наблюдение и другие мероприятия» [9]. Данное определение в большей степени соответствует международному понятию «Адаптация места работы» и охватывает все возможные варианты изменения производственной среды, используемые при любых нарушениях функций организма, в том числе умеренных и незначительных, ведущих к снижению профессиональной трудоспособности. Учитывая выраженность функциональных нарушений, для поддержания профессиональной трудоспособности требуется создание специальных рабочих мест, предусмотренных Федеральным законом от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Под специальными рабочими местами понимаются – «рабочие места, требующие дополнительных мер по организации труда, включая адаптацию основного и вспомогательного оборудования, технического и организационного оснащения, дополнительного оснащения и обеспечения техническими приспособлениями с учетом индивидуальных возможностей инвалидов» [11]. Рекомендации по оснащению специальных рабочих мест даются учреждениями медико-социальной экспертизы в соответствующем разделе ПРП. Таким образом, именно необходимость создания специальных рабочих мест может быть более адекватным квалификационным критерием при установлении степени утраты профессиональной трудоспособности пострадавшим на производстве с выраженными нарушениями функции организма.

При описании методики установления степени утраты профессиональной трудоспособности при умеренных и незначительных нарушениях функций организма используется термин «обычные условия труда» определение которого в нормативных документах Российской Федерации отсутствует. При этом критериями снижения степени утраты профессиональной трудоспособности при умеренных и незначительных нарушениях функций организма являются: снижение объёма производственной деятельности, категории тяжести труда, изменение условий труда что, исходя из выше представленного определения, переводит обычные условия труда в специально созданные. Это ещё раз подтверждает целесообразность замены для целей медико-социальной экспертизы степени утраты профессиональной трудоспособности пострадавших на производстве термина «специально созданные производственные условия» на «специальные рабочие места».

Необходимость детальной оценка выраженности снижения квалификации на строго определённое число разрядов или объёма выполняемой работы в определённых долях, ввиду ограниченных возможностей по объективизации предлагаемых критериев, приводит к высокой вариативности принимаемых решений [8]. Особые трудности возникают при экспертизе лиц, прекративших трудовую деятельность на момент освидетельствования или трудоустроенных по другой профессии. Для повышения воспроизводимости и достоверности результатов освидетельствования предлагается заменить детальную количественную оценку комплексной качественной оценкой требующихся мер адаптации рабочих мест, к которым относятся снижение объема (тяжести) труда, изменение условий труда позволяющее продолжать профессиональную деятельность при наличии медицинских противопоказаний, корректировка организации работы, рабочих графиков, разбивка производственных заданий на базовые составляющие, что позволяет продолжать профессиональную деятельность при снижении квалификации. Использование в качестве критериев качественной оценки характера профессиональной деятельности потребность в адаптации рабочего места позволит сформулировать в ПРП рекомендуемые мероприятия по профессиональной реабилитации пострадавших и давать объективную оценку их эффективности.

Выводы:

- действующие критерии оценки характера профессиональной деятельности при экспертизе степени утраты профессиональной трудоспособности нуждаются в изменении;
- возможность установления при значительно выраженных нарушениях функции лишь 100 % утраты профессиональной трудоспособности является проявлением дискриминации по признаку инвалидности;
- замена термина «специально созданные условия труда» на «специальные рабочие места» позволит устранить противоречия при оценке необходимых мер адаптации (разумного приспособления) рабочих мест;
- необходимо изменение критериев оценки характера профессиональной деятельности пострадавших на производстве с использованием оценочных инструментов, позволяющих оценить объём мероприятий по адаптации рабочих мест и динамику изменения профессиональной трудоспособности пострадавшего на производстве.

Список литературы:

1. Здоровье работающих: глобальный план действий. Шестидесятая сессия всемирной ассамблеи здравоохранения 23.05.2007 г. URL: http://www.who.int/occupational_health/publications/global_plan/ru/ (дата обращения 22.02.2018);
2. Указ Президента РФ от 09.10.2007 № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года»// Собрание законодательства РФ, 15.10.2007, № 42, ст. 5009;
3. Севастьянов М.А., Коробов М.В., Владимирова О.Н., Божков И.А. Роль учреждений медико-социальной экспертизы в организации страхового обеспечения и реабилитации пострадавших на производстве. Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2017. № 1. С. 11-18;
4. Постановление Минтруда РФ от 18.07.2001 № 56 «Об утверждении временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания»// Российская газета. 2001. 29 августа;
5. Пузин С. Н., Дмитриева Н. В., Пехов А. И. Практика применения законодательных и нормативных правовых актов по определению степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах застрахованным от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2011, № 1: С. 10-15;
6. Сытин Л.В., Жестикова М.Г. Проблемы инвалидности и реабилитации инвалидов от трудового увечья в Кузбассе. Политравма. 2014, №3. С. 83-87;
7. Гаркуша Л.Г., Баранова Л.Ю., Забирова В.И. Судебная практика ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области по обжалуемым решениям об установлении степени утраты профессиональной трудоспособности застрахованным от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2012, №3. С 40-42;
8. Севастьянов М.А., Пенина Г.О., Деденева И.В. Региональные особенности установления степени утраты профессиональной трудоспособности. В сборнике: Комплексная реабилитация инвалидов: межведомственное взаимодействие. Сборник материалов научно- практической конференции. Главный редактор Г.Н. Пономаренко. 2018. С. 143-146;
9. Постановление Правительства РФ от 16.10.2000 № 789 «Об утверждении Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате

несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». Собрание законодательства РФ. 2000, 43;

10. Вопросы труда инвалидов. Международное бюро труда, Женева URL:https://www.ilo.org/moscow/information- resources/publications/WCMS_344715/lang--ru/index.htm);

11. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»//Российская газета. 1995. 02 декабря.

УДК 616-036.865.1

ВОЗВРАЩЕНИЕ К ТРУДУ, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Полонская И.И., Сергеева В.В.

ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России
Россия, Санкт-Петербург

RETURN TO WORK, AS AN INDICATOR OF THE EFFECTIVENESS OF REHABILITATION OF PATIENTS AND DISABLED PERSONS WITH CORONARY HEART DISEASE AFTER CARDIAC TREATMENT

Polonskaya I.I., Sergeyeva V.V.

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

Аннотация: Работа посвящена анализу ограничений жизнедеятельности и эффективности реабилитации с позиции возобновления трудовой деятельности больными и инвалидами вследствие ишемической болезни сердца (ИБС) после коронарного шунтирования (КШ). **Цель исследования:** провести анализ трудовой деятельности и ограничений жизнедеятельности больных ИБС после КШ. Материалы и методы: обследован 221 пациент с ИБС после проведенного шунтирования коронарных артерий и 45 больных с ИБС, получающие только медикаментозную терапию. **Результаты и их обсуждение:** у 100% обследованных выявлены стойкие умеренные нарушения функций сердечно-сосудистой системы. Кроме того, у некоторых пациентов встречались стойкие умеренные нарушения со стороны нейромышечных, скелетных и связанных с движением функций, также функций эндокринной системы и сенсорных функций. Респондентам при осуществлении трудовых функций требуется уменьшение объёма, тяжести и напряженности трудового процесса, а также переход на работу со снижением квалификации. Тем не менее, большая часть пациентов вернулась к своей работе. Продолжали профессиональную деятельность достоверно чаще пациенты после КШ, что может свидетельствовать об улучшении состояния здоровья и высокой трудонаправленностью у данных пациентов. **Выводы:** КШ улучшает состояние пациентов, но имеющиеся стойкие нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы и коморбидная патология препятствуют возобновлению трудовой деятельности.

Abstract: The work is devoted to the analysis of the limitations of life and the effectiveness of rehabilitation from the standpoint of the resumption of employment of patients and disabled due to coronary heart disease (CHD) after coronary bypass surgery (CABG). **The purpose of the study:** to analyze the labor activity and life limitations of patients with ischemic heart disease after CABG. **Materials and methods:** 221 patients with coronary artery bypass grafting and 45 patients with coronary artery disease receiving only medical therapy were

examined. Results and discussion: 100% of the surveyed revealed persistent moderate disorders of the cardiovascular system. In addition, some patients had persistent moderate impairment of neuromuscular, skeletal and movement-related functions, as well as endocrine and sensory functions. Respondents in the exercise of labor functions need to reduce the volume, severity and intensity of the labor process, as well as the transition to work with reduced skills. However, most of the patients returned to their work. Continued professional activity is significantly more common in patients after CABG, which may indicate improved health status and high trigonopeltastes in these patients. **Conclusions:** CABG improves the condition of patients, but the existing persistent disorders of the cardiovascular system and comorbid pathology prevent the resumption of employment.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование, реабилитация, трудоспособность, инвалидность.

Key words: coronary heart disease, coronary bypass surgery, rehabilitation, working capacity, disability.

В течении многих лет в России имеет место высокая заболеваемость, смертность и нетрудоспособность населения от заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС), в частности от ишемической болезни сердца (ИБС). В связи с этим, проблема восстановительного лечения, возвращения к полноценной жизни и трудовой деятельности больных с данной патологией принимает не только медицинское, но и социальное значение [1, 2].

Огромным достижением современной медицины стало использование хирургических методов лечения ИБС [2, 3]. Восстановление коронарного кровотока при проведении коронарного шунтирования (КШ) способствует купированию проявлений стенокардии, повышению физической работоспособности, улучшению переносимости физических нагрузок и качества жизни в целом [3, 4]. Проведение программ комплексной реабилитации позволяет более быстро и качественно восстановить здоровье, психологическое состояние и трудоспособность пациента после реваскуляризации миокарда [5, 6].

Современные направления реабилитации больных и инвалидов основаны на в том, чтобы с помощью медицинских, психологических, социальных мер пациенты, после крупных хирургических вмешательств, травм, или тяжелых заболеваний, восстановили своё физическое, психологическое состояние, социальный статус и трудоспособность, интегрировались в общество и имели социальную и экономическую независимость [7, 8]. При этом, в ряде исследований показано, что возобновление трудовой деятельности положительно влияет на повышение качества жизни человека, но отмечается гораздо реже. Следовательно, возвращение к труду после кардиохирургического лечения является самостоятельной задачей реабилитации [7, 8].

Таким образом, представляется важным проанализировать ограничения жизнедеятельности и эффективность реабилитации больных ИБС после КШ с позиции восстановления трудоспособности.

Цель работы: провести анализ трудовой деятельности и ограничений жизнедеятельности больных ИБС после КШ.

Материалы и методы. Для решения поставленных в работе задач обследованы 266 пациентов, освидетельствованных в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) г. Санкт-Петербург. Основную группу (ОГ) составляют 221 пациент с ИБС после проведенного шунтирования коронарных артерий. Большинство обследованных – мужчины – 182 человека (82,35 %), женщин только 39 (17,65 %). Средний возраст ОГ составляет 58,52±0,47 лет. Контрольная группа (КГ) представлена 45 больными с ИБС, получающими только медикаментозную терапию. Средний возраст КГ – 56,44±1,10 лет. При этом мужчин – 36 человек (80,00 %), женщин – 9 (20,00 %).

Статистическая обработка данных производилась на персональном компьютере с использованием программы «Microsoft Excel 97» и методами параметрического анализа с использованием статистического пакета программ «Statistica 6.0.».

Результаты и их обсуждение. 53,85 % пациентов ОГ и 57,78 % КГ на момент освидетельствования в бюро МСЭ были трудоспособного возраста. В КГ пациентов трудоспособного возраста направлено на освидетельствование достоверно больше. При этом пациентов молодого возраста в ОГ и КГ примерное одинаковое соотношение (4,07 % и 4,44 %), а больных пожилого возраста больше в ОГ, чем КГ (46,15 % против 42,22 %).

При первичном освидетельствовании в ОГ 38,91 % и в КГ 44,44 % пациентов не работали. При этом в ОГ чаще всего встречались профессии, относящиеся по тяжести к 1 и 2 классам, и ко 2 и к 3.1 по напряженности трудового процесса (74,07 %). В КГ почти все пациенты были заняты трудом, по тяжести относящимся к 1 и 2 классам, и ко 2 и к 3.1 классам напряженности трудового процесса (96 %).

По уровню образования выявлено, что большая часть ОГ имела среднее профессиональное образование в 51,13 % и высшее профессиональное образование 33,48 % случаев. В КГ среднее профессиональное образование имели 48,89 % и высшее образование – 40,00 % обследованных.

После проведения комплексной оценки клинико-экспертных показателей выявлены стойкие умеренные нарушения функций ССС у 100 % обследованных основной и контрольной групп. Кроме того, умеренно выраженные нарушения выявлены со стороны эндокринной системы в ОГ у 0,90 %, а в КГ у 2,22 %, нарушения сенсорных функций у 1,36 % ОГ и нарушения статодинамических функций у 12,67 % ОГ и 17,78 % КГ. Со стороны других органов и систем имели место стойкие незначительные нарушения функций.

Выявленные нарушения функций организма привели к ограничениям жизнедеятельности: способности к самообслуживанию1 степени в ОГ у 85,07 % и в КГ у 88,89 %; способности к самостоятельному передвижению 1 степени в ОГ у 81,90 % и в КГ у 86,67 %; способности к трудовой деятельности I степени в 100 % случаев в обеих группах.

Следовательно, пациентам с ИБС после КШ и без него приходится затрачивать больше времени и применять дробность при выполнении мероприятий по самообслуживанию и передвижению, требуется уменьшение объёма, снижения тяжести и напряженности трудового процесса при осуществлении трудовых функций, а также доступна работа со снижением квалификации.

При повторном освидетельствовании выявлено, что работали 53,85 % пациентов ОГ и 42,22 % КГ. Из них 83,419% ОГ и 73,68 % КГ пациентов продолжила работу по основной профессии, остальные работали по другой профессии: 16,81 % ОГ и 26,32 % КГ.

Анализируя данные о трудовой деятельности, можно сказать, что большая их часть вернулась к работе, тогда как 7,24 % пациентов ОГ и 13,33 % КГ прекратили трудовую деятельность. Таким образом, пациенты ОГ достоверно чаще продолжали профессиональную деятельность, чем в КГ, что свидетельствует об улучшении состояния здоровья, воздействии психологического фактора высокотехнологичного лечения, высокой трудонаправленности в данной группе пациентов. При этом, пациенты, закончившие свою трудовую деятельность после установления группы инвалидности, относятся к возрастной группе от 60 до 74 лет, то есть являются пенсионерами по возрасту.

Несмотря на проведённое лечение, пациентов, возобновивших трудовую деятельность после её перерыва, не выявлено. Это может быть связано с тем, что контингент пациентов, направляемых на КШ, имел многососудистое поражение коронарных артерий, осложненные формы ИБС с обширными рубцовыми изменениями миокарда, выраженной недостаточностью кровообращения, сопутствующей патологией

(СД, АГ), мультифокальным атеросклерозом, цереброваскулярной болезнью, почечной недостаточностью, а также представлен лицами пожилого (пенсионного) возраста.

Выводы.

Пациенты, подвергшиеся кардиохирургическому лечению, являются более трудонаправленными и чаще возвращаются к труду по сравнению с пациентами, получающими только медикаментозное лечение.

КШ улучшало состояние пациентов, но имеющиеся ограничения жизнедеятельности, обусловленные сопутствующей патологией, распространённостью атеросклеротического процесса, выраженностью хронической сердечной недостаточности, а также возрастом оперированных пациентов, отрицательно влияли на восстановление трудоспособности.

Врачам МСЭ необходимо применять индивидуальный подход к больному, осуществляя комплексную диагностику клинико-функционального состояния здоровья пациента для оценки реабилитационного потенциала, прогноза реабилитационных возможностей, рациональную разработку индивидуальной программы реабилитации.

Список литературы:

1. Аронов Д.М., Атеросклероз и коронарная болезнь сердца / Д.М. Аронов, В.П. Лупанов. – Изд. 2-е, перераб. – Москва: Триада-Х, 2009. – 245. – Библиогр.: С. 229-246.

2. Арутюнов, Г.П. Кардиореабилитация / [Г.П. Арутюнов, А.К. Рылова, Е.А. Колесникова и др.]; под ред. Г.П. Арутюнова. – Москва: МЕДпресс-информ, 2013. – 335 с.: ил.; Библиогр.: С. 309-335.

3. Запарий Н.С., Медико-социальные аспекты и эффективность реабилитации при хирургических методах лечения пациентов с ИБС/ Запарий Н.С., Карицкая Ю.О., Шамшева А.Ю. Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2015. – №1. – С. 39-42.

4. Кондрикова Наталья Владимировна, Помешкина Светлана Александровна, Барбараш Ольга Леонидовна. Пациент после коронарного шунтирования: фокус на восстановление трудоспособности // Сибирское медицинское обозрение. 2017. № 5 (107).

5. Эфрос Л.А. Инвалидность до и после коронарного шунтирования: динамика и причины/Эфрос Л. А. Самородская И.В. Человек. Спорт. Медицина № 3 / том 13 / 2013. – С. 115-123.

6. Сергеева В.В. и др. Влияние хирургических методов реваскуляризации миокарда на реабилитационный прогноз у больных ишемической болезнью сердца старших возрастных групп//В.В. Сергеева, А.Ю, Нургазозова А.К Особенности старческого возраста. Выпуск IX. Актуальные проблемы диагностики, терапии и реабилитации жителей блокадного Ленинграда и пациентов пожилого возраста, Санкт-Петербург, 2013. - С. 355-360.

7. Рождественская Т.В. Некоторые тенденции в профессиональной реабилитации больных ишемической болезнью сердца с установленной группой инвалидности/ Рождественская Т.В., Кром И.Л. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009. Т. 8. № 6 S1. С. 303-304.

8. Кантемирова Р. К., Чирицо М. М. Роль клинико-функциональных и профессиональных факторов в реабилитации и трудовом прогнозе больных, перенесших аорто-коронарное шунтирование и баллонную коронарную ангиопластику // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. 2011. №4 (99).

РАЗДЕЛ 3 РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ. РАННЯЯ ПОМОЩЬ

SECTION 3 REHABILITATION AND ABILITATION OF CHILDREN. EARLY CHILDHOOD INTERVENTION

УДК 364.42/.44

ЕВРОПЕЙСКИИЙ ОПЫТ ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Ишутина И.С., Ходаковский М.Д., Конева С.А.

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

EUROPEAN EXPERIENCE ON DEINSTITUTIONALISATION OF CHILDREN WITH DISABILITY

Ishutina I.S., Khodakovskii M.D., Koneva S.A.

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

Аннотация: в 2018 году Комитет по правам инвалидов ООН выпустил Заключительные замечания по первоначальному докладу Российской Федерации о выполнении Конвенции о правах инвалидов, где было отмечено необходимость в разработке стратегии деинституализации. Институционализация детей-инвалидов приводит к появлению дополнительных нарушений. При разработке необходимо изучать опыт зарубежных стран. Страны Европы обладают большим опытом в социально-ориентированной помощи. В этой статье рассматриваются основные механизмы перехода с институционной помощи на социально-ориентированную.

Abstract: the 2018 Committee of the Rights of Persons with Disabilities released the Concluding observations on the Russian Federation initial report on the implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, noting the necessity to develop deinstitutionlastion strategy. The institional care for children with disability leads on additional disorders. The European countries have a huge experience with the Community-based Care. This article looks into the mechanisms to transit from the institutional care to the community-based one.

Ключевые слова: европейский опыт, деинституционализация, социально-ориентированная помощь, дети-инвалиды.

Key words: European experience, deistitutionalisation, community-based care, children with disabilities.

Введение: В 2018 году Комитет по правам инвалидов ООН выпустил Заключительные замечания по первоначальному докладу Российской Федерации о выполнении Конвенции о правах инвалидов. Несмотря на то, что комитет приветствовал усилия государства – участника по обеспечению осуществления прав инвалидов, указанные в пункте 4 данных Замечаний, остаются многочисленные вопросы, вызывающие обеспокоенность. В частности, пункт 17 указывает обеспокоенность комитета о значительном количестве детей - инвалидов, проживающих в специализированных учреждениях. [2] Научные исследования показывают, что даже относительно короткое институциональное размещение может негативно повлиять на развитие мозга у детей раннего возраста и иметь пожизненные последствия на их эмоциональное благополучие и поведение. [1] Законодательством Российской Федерации предусмотрено обеспечение семей с детьми-инвалидами, а также выпускников интернатов для детей-инвалидов жильем [3] (Статья 17 Федерального закона «О социальной защите

инвалидов в Российской Федерации). Однако выполнения данного требования труднореализуема в связи с дефицитом жилищного фонда. Существующие меры поддержки семей с детьми-инвалидами недостаточно ориентировано на взаимодействия с социальными службами. Из-за этого значительное число детей-инвалидов проживают в специализированных учреждениях интернатного типа и ограничены в возможности жить самостоятельно. В связи с этим Комитет рекомендует принять стратегию деинституционализации детей-инвалидов (пункт 18). [2] При разработке концепции необходимо учитывать опыт зарубежных стран. Страны Европы имеют большой опыт деинстуционализации, разработали руководство по переходу с интернатной помощи на социально-ориентированный.

Актуальность и цели: Целью данной работы является изучение европейского опыта деинституционализации детей-инвалидов. Актуальность темы характеризуется тем, что Европа исторически является приближенной к Российской Федерации территорией, и с 1996 года Россия состоит в Совете Европы (на данный момент членство приостановлено) и частично ратифицировала такие акты, как Европейская социальная хартия, в том числе и статьи, касающиеся помощи инвалидам и детям-инвалидам и их семьям. Были поставлены следующие задачи: изучить документы, изданные Европейским союзом и Советом Европы, касающиеся защиты прав инвалидов на самостоятельный выбор места проживания, ознакомиться с основными принципами деинстуционализации в Европе, методами подготовки персонала и финансового обеспечения.

Методы: При подготовки данной статьи были рассмотрены Хартия Европейского союза по правам человека (Европейский союз) [4], Европейская стратегия по инвалидам 2010-2020 (Европейский союз) [7], Европейская социальная хартия (Совет Европы) [8], предложенный ЕС план бюджета 2014-2020г.г., [9] Европейское руководство по переходу от институциональной к социально-ориентированной помощи, [6] материалы международных конференций, касающиеся вопросов деинституционализации.

Результаты: Исследования, проведенные в государствах-членах ЕС и Турции, «Деинституционализация и проживание в местных сообществах: итоги и расходы» (далее «DECLOC»), показали, что почти 1,2 млн детей и взрослых с инвалидностью жили длительное время в интернатных учреждениях. Более четверти мест в таких учреждениях заполнены людьми с интеллектуальными нарушениями, а следующей по численности группой является группа людей с проблемами психического здоровья. Общее же количество жителей составляет скорее всего еще большее число, так как значительная часть государств-членов не сохраняют полных данных о количестве людей в учреждениях. Исследователи из «DECLOC» обнаружили, что в 16 из 25 стран, по которым информация была доступна, государственные фонды (местные или региональные) используются, по крайней мере для поддержки более 100 учреждений. В 21 стране государственные средства используются для поддержки более 30 учреждений. [1]

Институционализация когда-то давно считалась лучшим решением для заботы над детей-инвалидов, детей из групп риска. Однако, исследования показали, что нахождение в интернате приводит к ухудшению результатов реабилитации, чем высококвалифицированная поддержка сообщества. Научные исследования показывают, что даже относительно короткое институциональное размещение может негативно повлиять на развитие мозга у детей раннего возраста и иметь пожизненные последствия на их эмоциональное благополучие и поведение. По этим причинам, а также в связи с ратифицированием документов по защите человеческих прав, институционализация все больше и больше признается как неэффективная и дискриминационная политика. [6]

Институциональная среда сама по себе приводит к дополнительным нарушениям, которые могут остаться у людей до конца жизни. Недостаток личной жизни, нехватка самостоятельности и отсутствие уважения к неприкосновенности личности могут замедлить индивидуальное эмоциональное и социальное развитие. Такие термины, как «социальная депривация» и «выученная беспомощность» были разработаны, чтобы

описать психологические эффекты воздействия интернатного проживания. Негативное воздействие также сказывается на языковом и интеллектуальном развитии, институционализация может привести к возникновению ряда нарушений психического здоровья, в том числе агрессивности и депрессии. Обратная ситуация тоже возможна. Исследователи показали, что жизнь в обществе может привести к повышению уровня самостоятельности и личностного развития. В ряде исследований оценивались изменения в адаптивном или вызывающем поведении, связанные с переходом от институциональной системы к системе ухода в местном сообществе. В целом результаты показали, что адаптивное поведение практически всегда улучшалось в условиях местного сообщества, а уровень вызывающего поведения снижался. С переходом к системе ухода в местных сообществах значительно улучшались навыки ухода за собой, в меньшей степени, но также улучшались навыки общения, академические знания, социальные навыки, навыки жизни в обществе и физическое развитие.

Особенно впечатляют негативные последствия институализации для детей. Анализ поступлений и выписок из специализированных учреждений в ряде стран показывает, что большинство таких детей по достижении совершеннолетия перемещаются в специализированные учреждения для взрослых. Большинство — со всеми вытекающими последствиями — остаются изолированными от общества до смерти. [1]

В связи с этим многие страны Европы стали разрабатывать новые способы помощи инвалидам, основанные на уважении к правам человека, минимизации негативных последствий, улучшении качества помощи. Примером могут служить нормы Хартии Европейского союза по правам человека. Статья 26 закрепляет право инвалидов на самостоятельную жизнь, а статья 24 утверждает, что все действия с детьми должны исходить из наилучшего результата для ребенка. [4] В Европейской социальной хартии статья 15 признает право инвалидов на независимость, социальную интеграцию и на участие в жизни общества, а статья 16 и 17 признает право семьи и детей на социальную, правовую и экономическую защиту. [8] Процесс деинституализации должен охватывать детей с особенностями; в таких случаях на смену специализированному учреждению должна прийти обычная, расширенная или приемная семьи. Такой документ Совета Европы, как рекомендации Комитета Министров по деинституционализации и социального проживания детей с инвалидностью указывает на то, что детей с инвалидностью не следует помещать в учреждения интернатного типа на долгое время. [5] Таким образом, на европейском уровне сформирована политическая приверженность переходу от институциональной системы ухода к системе услуг на уровне местного сообщества для всех групп пользователей. Это выражается в законодательно утвержденных приоритетах ухода в местных сообществах над институциональными.

Эффективная деинституализация требует системного подхода, в рамках которого преобразование пакета институциональных услуг по месту жительства является лишь одним элементом более широких изменений в таких областях, как здравоохранение, реабилитация, вспомогательные услуги, образование и занятость, а также в части отношения в обществе к инвалидам. [1] Для этого Европейский Союз разработал Стратегию по инвалидам 2010-2020г.г., основной задачей которой является достижение полного внедрения людей с инвалидностью в социум с помощи высококачественной социальной помощи. [7]

Благодаря интернациональному консенсусу, в который входили страны Европы, были разработаны принципы оказания деинституализационной помощи. Это полная вовлеченность в социальную жизнь – главная цель нового вида помощи; выбор и контроль; поддержка, основанная на индивидуальных потребностях; помощь в жилом помещении инвалида; разработка кампусов для проживания инвалидов. На основе данных постулатов были созданы такие виды сопровождения инвалидов, как персональный ассистент – одна из самых главных поддержек для независимого проживания. Важно понимать, что ассистент не занимается помощью по дому, а помогает человеку с

инвалидностью как равному себе в том, что сам клиент или его опекун выбрал. Другой немаловажной частью является адаптация дома к проживанию, потому что многие дети с инвалидностью вынуждены перемещаться в интернаты из-за отсутствия необходимого оборудования для дома. Существуют специальные центры взаимопомощи, где родители детей с инвалидностью или сами дети-инвалиды без помощи могут встречаться с себе подобными и решать проблемы друг друга. Специально для детей-инвалидов созданы центры ранней помощи, где маленькие дети обучаются, получают необходимый уход. В дальнейшем дети переходят в детские сады и школы с обучением по типу мейнстриминга, когда одну часть времени дети с инвалидностью обучаются вместе с детьми без физических ограничений, а другую часть – в особых группах. Эксперты подчеркивают, что для каждого ребенка необходимо разработать свой учебный план. Также, детьми после занятий занимаются для улучшения успеваемости, если тот столкнулся с трудностями в обучении. Если ребенок с особенностями в развитии по каким-либо причинам не может вернуться в свою семью, эксперты предлагают следующие альтернативные семья-ориентированные формы: уход осуществляет родственники семьи; временная приемная семья, если жизни ребенка угрожает опасность; усыновление, как крайняя, но иногда необходимая мера. [6]

Немаловажным является вопрос финансирования. Для улучшения финансирования Европейский Союз предложил перевести финансовые вливания с институционных методов помощи на социально ориентированные, что закреплено в предложенном бюджете 2014-2020 г.г. [9] Если сравнивать экономические затраты на социально-ориентированную помощь с институциональной, то важно учитывать соответствие цены и качества полученного результата. Исследование стоимости услуг на уровне местного сообщества для людей с проблемами психического здоровья взамен институциональной системы ухода показало, что расходы в большей мере одинаковы, но качество жизни целевой группы и их удовлетворенность услугами повысились. В случаях, где была показана дешевизна институциональной системы ухода, это объясняется недостаточным вложением ресурсов, что в значительной мере влечет за собой плохие результаты. Европейские эксперты выделяют следующие способы финансирования социальных услуг: непосредственно выплата поставщикам услуг; выплаты организациям, занимающиеся помощью детям-инвалидам и их родителями, которые самостоятельно выберут поставщика и плата за услуги напрямую от нуждающегося. [6]

Статья 26 Конвенции о правах инвалидов ООН указывает на необходимость улучшение подготовки персонала, оказывающий помощь инвалидам. Имеется строгая связь между обучением персонала с качеством оказываемой помощи. Хорошо обученный персонал позволит не только как можно быстро развернуть социально-ориентированную помощь, но и не допустить появление в новых видах помощи институционных практик. Для подготовки персонала эксперты в первую очередь предлагают сменить парадигму с медицинской на социальную модель помощи людям с инвалидностью. Также необходимо составить список требований к работникам, ориентированный на новые модели помощи и организовать подготовку кадров перед созданием новых методов работы. Большой проблемой остается переобучение людей, задействованных в институционных методах помощи. Эти специалисты могут внести черты институционного ухода. Для этого страны Европы предложили рассматривать занимаемый текущий пост и необходимые требования для социальной ориентированных служб, после чего решить вопрос о переобучении. [6]

Выводы: Институционализация, раньше одна из наилучших методик для помощи детям-инвалидам, приводила к ухудшению результатов реабилитации детей-инвалидов. Европейские страны имеют программу деинституционализации, подкрепленную законодательными актами Европейского союза и Совета Европы. Также была разработана специальная Европейская программа помощи инвалидам, закрепляющие переход на социально-ориентированную помощь, выпущены руководства. Несмотря на проблемы с институционной помощью в Центральной и Восточной Европе, последние исследования

отметили заметную тенденцию к снижению количества учреждений (интернатов) в Европе. [1] Таким образом, европейский опыт является положительным, что может быть полезным для разработки стратегии деинституционализации в Российской Федерации.

Список литературы:

1) Деинституализация в Республике Беларусь: подходы и рекомендации / С.Е. Дроздовский. — Минск, 2016. — 96 с.

2) Заключительные замечания по первоначальному докладу Российской Федерации. Международная конвенция о ликвидации всех форм дискриминации, ООН, 2018г.

3) Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" от 24.11.1995 N 181-ФЗ (последняя редакция). Принят Государственной Думой 20 июля 1995 года. Одобрен Советом Федерации 15 ноября 1995 года. Статья 17.

4) Charter of fundamental rights of the European Union. 2000/C 364/01

5) Committee of Ministers Recommendation on deinstitutionalisation and community living of children with disabilities. CM/Rec (2010)2, para. 20.

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

7) European Disability Strategy 2010–2020. COM (2010) 636 final, p.6.

8) European Social Charter. Turin, 18/10/1961 - Treaty open for signature by the member States of the Council of Europe. 26/02/1965 - 5 Ratifications.

9) Proposed Structural Funds Regulations 2014–2020. COM (2011) 615 final/2.

УДК 616-052.266:341.24:322.45

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Колюка О.Е., Чернякина Т.С.

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

PROBLEMS THE ORGANIZATION REHABILITATION OF DISABLED CHILDREN IN TERRITORIAL SUBJECTS OF THE RUSSIAN FEDERATION

Kolyuka O.E., Chernyakina T.S.

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

Аннотация: В результате анализа обращений членов семьи ребенка-инвалида к уполномоченным по правам ребенка в субъектах Российской Федерации выявлены проблемы реализации прав инвалидов на ненадлежащее оказание реабилитационных услуг, несвоевременное предоставление технических средств реабилитации, отсутствие специалистов (дефектологов, логопедов, тифлопедагогов) в системе образования, невыполнение гарантий по предоставлению жилых помещений семьям с детьми-инвалидами.

Для осуществления мер по реализации прав детей-инвалидов в различных сферах жизнедеятельности в субъектах Российской Федерации необходимо внедрять комплексные программы реабилитации на основе межведомственного взаимодействия.

Abstract: As a result of the analysis of appeals of family members of a disabled child to the Children’s Rights Ombudsman in the regions of the Russian Federation, problems of the realization of the rights of persons with disabilities to improper provision of rehabilitation

services, late provision of assistive products of rehabilitation, lack of specialists (speech pathologists, speech therapists, pedagogy teachers), failure to implement guarantees were identified to provide accommodation for families with disabled children.

To implement measures to implement the rights of children with disabilities in various spheres of life in the constituent entities of the Russian Federation, it is necessary to implement comprehensive rehabilitation programs based on interagency cooperation.

Ключевые слова: Конвенция ООН о правах инвалидов, Уполномоченный по правам ребенка, соблюдение прав детей-инвалидов, реабилитация, технические средства реабилитации, условия жизнедеятельности.

Key words: Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Children's Rights Ombudsman, observance of children's rights, child with disabilities, children with special needs, the protection of childrens rights, rehabilitation, assistive products of rehabilitation, living condition.

Объектом исследования является соблюдение прав детей-инвалидов в субъектах Российской Федерации.

Введение. Актуальность исследования определяется необходимостью анализа выполнения норм законодательства Российской Федерации, разработанных на основе Конвенции о правах инвалидов. Целью исследования является изучение и анализ материалов докладов Уполномоченных по правам ребенка, по соблюдению прав детей-инвалидов в Российской Федерации и выполнения Конвенции ООН о правах инвалидов в 2015-2016 гг.

Материалы и методы. Контент-анализ докладов Уполномоченных по правам ребенка в субъектах Российской Федерации за 2015 год – 50 докладов, за 2016 год - 36 доклада.

Результаты. В Статье 7 Конвенции ООН «Дети-инвалиды» сказано, что государства-участники принимают все необходимые меры для обеспечения полного осуществления детьми-инвалидами всех прав человека и основных свобод наравне с другими детьми. Во всех действиях в отношении детей-инвалидов первоочередное внимание уделяется высшим интересам ребенка [1].

Статистические данные свидетельствуют об увеличении в Российской Федерации детского населения в возрасте до 18 лет, так, на 1.01. 2016 года детей в возрасте до 18 лет насчитывалось в РФ 29 014 468 человек, а на 1.01.2017 г. - 29 573 971 человек. Вместе с тем увеличилась и численность детей-инвалидов. По данным Росстата в 2015 г., насчитывалось 605 тысяч детей-инвалидов, в 2016 г. их количество увеличилось до 617 тысяч [2], а на 1.01.2018 года в федеральном реестре инвалидов численность детей-инвалидов составляла 651122 человека [3].

Деятельность Уполномоченных по правам детей-инвалидов во всех субъектах Российской Федерации позволяют выявлять проблемы детей-инвалидов, причины которых являются следствием недостаточного учета особенностей и потребностей этой социальной группы обществом, то есть лежат, в основном, в социальной, а не в медицинской плоскости.

Наибольшее количество детей-инвалидов (семей, воспитывающих детей-инвалидов), обратившихся в институт Уполномоченного по правам ребенка наблюдалось в Центральном федеральном Округе. Так, в 2015 году в округе по количеству обращений лидирующие позиции занимали Тверская (164 обр.) и Ярославская обл. (159 обр.). В 2016 году в округе по количеству обращений первую позицию заняла Москва, количество обращений в столице в институт Уполномоченного составило 173 обращения, в Рязанской области – 160 обращения, в Курской области - 132 обращения. За указанный период времени в Северо-Западном федеральном Округе лидировали по количеству обращении Архангельская и Вологодская области, республика Коми и г. Санкт-Петербург. В

Приволжском федеральном округе по количеству обращений оказался лидером Пермский край (2015 г. - 182 обр., 2016 г. - 230 обр.).

Много обращений было и в Южном федеральном Округе. Так в Волгоградской области в 2015 г. - 102 обр., в 2016 г. – 107 обр.

В Ставропольском крае, входящем в Северо-Кавказский федеральный округ, таких обращений в 2015 г. было 44. Обращалась в 2015-2016 гг. указанная категория лиц Уральского федерального округа. Так, в Ямало-Ненецком автономном округе в 2015 г. – 26 обр, а в 2016 г. снизилось до 13 обр.

Анализ докладов Уполномоченных по правам ребенка в **Центральном федеральном округе** за 2015-2016 гг. показал, что был сформулирован ряд предложений по совершенствованию порядка и критериев установления инвалидности детям. Эти предложения, а также обращения граждан по этому вопросу были направлены в адрес Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. Практически все предложения по доработке классификаций и критериев, представленные Уполномоченными по правам ребенка в субъектах Российской Федерации, были учтены в новом приказе.

Приказ Минтруда России от 17.12.2015 № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» был зарегистрирован в Минюсте России 20.01.2016 г. и начал действовать со 2 февраля того же года.

Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» дошкольное образование выделено как самостоятельная ступень образования. Закреплено право на инклюзивное образование, которое должно обеспечить равный доступ к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей. Однако. Уполномоченный по правам ребенка Московской области в своем докладе за 2015 год, сообщил, что на практике данным правом могут воспользоваться не все - многие дети-инвалиды и дети с ограниченными возможностями здоровья лишены возможности получения дошкольного образования по причинам:

– не созданы условия для этих категорий детей (пандусы, поручни, расширенные дверные проемы, лифты, специальные кресла и другие);

– не создана система индивидуального (тьюторского) сопровождения;

– отсутствуют специальные учебные программы.

– неготовность, как педагогов, так и детских коллективов принять детей-инвалидов в свою среду.

Анализ обращений граждан по вопросам защиты прав детей показал, что до сих пор имеют место недостаточная информированность граждан о том, в какой орган следует обращаться в случае возникновения проблем, отсутствие квалифицированной юридической помощи несовершеннолетним и их семьям, или несвоевременное ее оказание, несовершенство законодательства как на региональном, так и на федеральном уровнях.

Существует необходимость в создание банка семей, нуждающихся в медицинском и социальном сопровождении. Должна разрабатываться карта сопровождения и медицинской (социальной) реабилитации семьи, определяться органы, ответственные за отдельные направления работы. Эти вопросы входят в программу организации службы раннего сопровождения семей («Ранняя помощь»), воспитывающих детей-инвалидов, а также семей с детьми, у которых выявлено заболевание, требующее сложного длительного лечения.

Остаются проблемы и трудности при решении жилищного вопроса, которые испытывают семьи, воспитывающие детей-инвалидов.

Неблагополучной остается обстановка в сфере обеспечения доступности объектов социальной инфраструктуры для детей-инвалидов в ряде субъектов округа. Дети-

инвалиды не всегда своевременно обеспечиваются техническими средствами реабилитации за счет средств федерального бюджета, не в полном объеме получают денежную компенсацию за самостоятельно приобретенные средства реабилитации. Острой продолжает оставаться проблема обеспечения детей-инвалидов санаторно-курортным лечением в соответствии с индивидуальной программой реабилитации. В субъектах существует необходимость открытия детских дошкольных учреждений для детей с нарушениями слуха, слепых или слабовидящих, с задержкой психического развития или умственно отсталых детей с 3 лет, в которых будут реализовываться соответствующие развивающие программы [4].

В **Северо-Западном федеральном округе** существовал ряд проблем соблюдения прав детей-инвалидов. В Санкт-Петербурге семьи, в которых воспитывается ребенок-инвалид, или родитель имеет инвалидность, нуждаются в услугах, которые они могли бы получать по месту жительства, а не в социальных центрах. Однако, имеющиеся государственные службы больше направлены на консультирование, а получение услуг непосредственно в Центрах доступно не всем. Объема средств, выделяемых Фонду социального страхования Российской Федерации из бюджета Российской Федерации недостаточно, чтобы обеспечить всех нуждающихся в ТСР. Существенные трудности в обеспечении детей-инвалидов связаны с нерегулярностью поступления финансирования в региональные отделения, что приводит к перерывам в поставках изделий и, как следствие, возникновению очередей в пунктах выдачи и социальной напряженности в целом. Прохождение несколько раз в год МСЭ утомительно для семьи с ребенком-инвалидом и нерационально с точки зрения загруженности специалистов бюро МСЭ. Семьи с детьми-инвалидами недостаточно хорошо осведомлены о наличии в Санкт-Петербурге служб ранней помощи [5].

В настоящее время наиболее востребованными являются программы помощи детям с множественными нарушениями развития, которых раньше считали «необучаемыми». Еще одна насущная проблема – отсутствие необходимых специалистов. Уполномоченный предложила поставить вопрос о введении таких профилей, как физическая терапия и эрготерапия, которые крайне востребованы при работе с детьми с серьезными двигательными нарушениями. По-прежнему остро стоит вопрос создания эффективной системы непрерывного сопровождения семей с особыми детьми на всех этапах их возрастного развития: от рождения до получения профессиональных навыков и опыта самостоятельного проживания. Еще одна проблема, требующая внимания: семьям, где живут и воспитываются такие дети, очень нужна помощь и поддержка, чтобы дать возможность родителям на некоторое время оставить своего ребенка и заняться делами вне дома.

В **Приволжском федеральном округе** медицинская реабилитация ребенка фактически заменена социальной. Родители больше стали поднимать вопросы о качестве проводимых реабилитационных мероприятий и увеличении медицинского блока реабилитации. Поступали жалобы родителей на несвоевременное предоставление ТСР для детей-инвалидов, продолжает оставаться острой проблема обеспечения детей-инвалидов лекарственными препаратами. Существует проблема обеспечения детей-инвалидов санаторно-курортным лечением в соответствии с индивидуальной программой реабилитации. Тревогу вызывают обращения родителей детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья по обеспечению права на образование, а также трудности при решении жилищного вопроса семей воспитывающих детей-инвалидов, несвоевременное признание нуждаемости в обеспечении жильем. Вопросы культурного, спортивного развития детей с ограниченными возможностями приходиться решать семье самой, что нередко представляется весьма затруднительным с учетом низкого уровня жизни.

В **Сибирском федеральном округе с**уществующая сеть учреждений (отделений) помощи семьям, имеющих детей-инвалидов, функционирующих на территории региона,

является явно недостаточной и не отвечающей имеющейся потребности в оказании различных услуг наиболее социальной уязвимой категории семей. В округе, существовал ряд проблем: неправомерное снятие инвалидности; не обеспечение льготными средствами реабилитации; жилищный вопрос семей, имеющих в своем составе детей-инвалидов; проблемы безопасного пребывания детей в образовательных и лечебных учреждениях. Особое внимание уделялось проблеме общероссийского масштаба – отсутствию нормативной дифференциации понятий «ребенок-инвалид» и «ребенок с ограниченными возможностями здоровья». Проведенный анализ позволил выявить существование такой проблемы как потребность в оказании стоматологической помощи детям-инвалидам с применением анестезиологического сопровождения.

В Дальневосточном федеральном округе увеличилось количество детей, не признанных инвалидами при проведении медико-социальной экспертизы (2014 г. – 9,6%, 2015 г. – 15,3%; 2016 г. – 17,3%), что обусловлено введением новых условий установления инвалидности.

Министерство образования и науки Камчатского края и ФКУ «Главное Бюро МСЭ по Камчатскому краю» наладили постоянный /межведомственный/ обмен информацией о детях, получивших статус ребенка-инвалида, что позволяет отслеживать ход психолого-педагогической реабилитации, включенной в программы реабилитации (абилитации) детей-инвалидов. Однако эти сверки данных учитывают детей, получивших статус инвалидов, только начиная с 2016 года (534 ребенка), что не позволяет утверждать, что все дети-инвалиды в полной мере реализуют свое право на получение образования. Наличие детей, не получающих образования, подтверждается проверками.

В целях обеспечения реализации права на образование детей-инвалидов Уполномоченный рекомендовал Министерству образования и науки Камчатского края и Министерству социального развития и труда Камчатского края совместно с ФКУ «Главное бюро МСЭ по Камчатскому краю» проанализировать исполнение программ психолого-педагогической реабилитации всех детей-инвалидов в соответствии с их нозологией.

В крае отсутствуют нормативные правовые акты, регулирующие межведомственное взаимодействие по вопросам раннего выявления детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов и оказания им помощи и поддержки.

В Камчатском крае отсутствуют специализированные реабилитационные центры для детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья. Особенно в отдаленных муниципальных районах, имеются проблемы в организации медицинской и социальной реабилитации детей-инвалидов. Поэтому необходимо строительство реабилитационного центра для детей-инвалидов на территории Камчатского края, который позволил бы в полной мере осуществлять реабилитацию детей-инвалидов. В адрес Уполномоченного неоднократно поступали жалобы родителей на некачественное оказание медицинской помощи детям в лечебном учреждении.

В **Уральском федеральном округе** несмотря на то, что удельный вес детей-инвалидов, получающих реабилитационные услуги в специализированных учреждениях, от общего числа детей-инвалидов постоянно повышается, охват детей-инвалидов реабилитационными услугами по месту их жительства недостаточен. Учитывая специфику региона, решение данного вопроса возможно расширением спектра реабилитационных услуг детям-инвалидам на базе социальных и медицинских учреждений. Отмечая снижение числа обращений от семей с детьми-инвалидами по вопросам обеспечения жилыми помещениями, все же следует отметить проблему в реализации жилищных прав семей с детьми-инвалидами на Ямале, которые требуют решения как на региональном, так и на федеральном уровне.

В Тюменской области 2016 г. меры, направленные на государственную поддержку детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, дали положительные

результаты. Решение вопросов по соблюдению прав инвалидов и детей-инвалидов, их финансовое обеспечение реализуется в рамках отраслевых государственных программ в социальной сфере.

В **Северо-Кавказском федеральном округе** одной из наиболее острых проблем в обеспечении прав детей с инвалидностью остается проблема обеспечения жильем семей, воспитывающих детей с инвалидностью. Сложно решается вопрос бесплатного предоставления земельных участков под жилищное строительство семьям, имеющим ребенка инвалида. Муниципалитеты не предусматривают в бюджетах средства на решение указанной проблемы. И ежегодно такая ситуация повторяется, и каких-либо изменений не наблюдается.

В **Южном федеральном округе** в органы государственной власти Волгоградской области стали поступать обращения граждан по вопросам реализации прав детей с таким заболеванием, как целиакия. Родители, объединяясь в интернет - сообщества, обмениваясь друг с другом опытом по поддержке таких детей в других регионах, предлагали предусмотреть на областном уровне аналогичные меры социальной поддержки их семьям по обеспечению детей безглютеновыми продуктами питания. Кроме того, они поднимали проблемы предоставления мест в детских садах, организации питания в образовательных учреждениях, получения детьми услуг по санаторно-курортному лечению.

Анализ федерального и областного законодательства показал, что какие-либо меры социальной защиты для детей с заболеванием целиакия, не имеющих статуса ребенка-инвалида, не предусмотрены. Уполномоченный по правам ребенка в Волгоградской области оставляет на контроле вопрос защиты прав и законных интересов детей, имеющих заболевание целиакия.

В Республике Крым в 2015 г. по сравнению с 2014 г. наблюдается рост числа детей с ограниченными возможностями и увеличение на 2,65% детей-инвалидов. Прокуратурой **Республики Крым в 2015 году** в ходе проверок органов государственной власти и органов местного самоуправления были выявлены нарушения прав детей-инвалидов на получение образования, обеспечение беспрепятственного доступа к объектам образования и инфраструктуры, допускаются нарушения в сфере медицинского обеспечения и реабилитации детей-инвалидов. Существует необходимость разработки региональной программы всесторонней поддержки семей, имеющих детей-инвалидов.

Анализ обращений родителей детей-инвалидов в институт Уполномоченного по правам ребенка в 2016 году в **Республике Крым**, позволил выделить следующие проблемы, требующие решения:

– обеспечение постоянного присутствия медицинского работника в школах, где обучаются дети-инвалиды (дети самостоятельно не могут проконтролировать, например, когда им нужно ввести инсулин; рядом может не оказаться человека, способного правильно оказать помощь в случае эпилептического приступа, и т. п.);

– создание специальных образовательных условий для обучения детей-инвалидов с тяжелыми нарушениями физического и психического развития по месту жительства, где в непосредственной близости не имеется школ и детских садов, располагающих материальной базой, кадровым потенциалом, методическим опытом;

– не укомплектованность квалифицированными педагогическими кадрами образовательных организаций (педагогических работников дефектологических специальностей); недостаточное количество коррекционных учреждений (коррекционных групп, классов) для детей-инвалидов.

Родителями, воспитывающими детей-инвалидов и детей с ОВЗ, было отмечено отсутствие специалистов - дефектологов, логопедов, тифлопедагогов, которые могли бы скорректировать на раннем этапе имеющиеся нарушения развития у детей и способствовать их переходу в общеобразовательные школы, повышению шансов на получение общего среднего образования, а не специального коррекционного. В 2016 году

в адрес Уполномоченного поступал ряд обращений граждан по вопросу нарушения прав детей при организации летнего оздоровления и отдыха.

Заключение. В результате анализа обращений членов семей, имеющих детей-инвалидов выявлены проблемы реализации прав инвалидов на ненадлежащее оказание реабилитационных услуг, несвоевременное предоставление технических средств реабилитации, отсутствие специалистов (дефектологов, логопедов, тифлопедагогов) в системе образования, невыполнение гарантий по предоставлению жилых помещений семьям с детьми-инвалидами.

Для осуществления мер по реализации прав детей-инвалидов в различных сферах жизнедеятельности в субъектах Российской Федерации необходимо внедрять комплексные программы реабилитации на основе межведомственного взаимодействия.

Список литературы:

1. О правах инвалидов / Конвенция от 13 декабря 2006 г.
2. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. Режим доступа: www.gks.ru
3. Федеральный реестр инвалидов: [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.pfrf.ru/info/order/fri/
4. Перминов В.А. «Оценка соответствия прав детей-инвалидов нормам и принципам Конвенции ООН о правах инвалидов» 2015 / Медико-социальная экспертиза и реабилитация.
5. http:// www.rfdeti.ru
6. http:// www.spbdeti.org/id4667

УДК 616.89+616.89-008.447]-036.82/.85-053.2.001.33(100)

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОСНОВАННАЯ НА ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПО КОДАМ МКФ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Смычек В.Б., Емельянцева Т.А.

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
Республика Беларусь, Минск

MEDICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS, BASED ON THE ASSESSMENT OF THE FUNCTIONING OF THE ICF CODES, TAKING INTO ACCOUNT AGE CHARACTERISTICS

Smychek V.B., Yemelyantsava T.A.

National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation
Republic of Belarus, Minsk

Аннотация: Изучены особенности формирования ограничений жизнедеятельности в разные возрастные периоды с учетом национальных особенностей систем здравоохранения, образования и социальной защиты в Республике Беларусь по данным комплексного клинико-экспертного обследования 150 детей с психическими и поведенческими расстройствами по кодам МКФ-ДП. Определены основные (ведущие) критерии формирования ограничений жизнедеятельности у детей в разные возрастные периоды и параметры их оценки. Разработан набор кодов МКФ-ДП у детей с психическими и поведенческими расстройствами в различных возрастных группах: до 3 лет; с 3 до 6 лет; с 7 до 18 лет для экпертно-реабилитационной оценки.

Abstract: On the basis of a clinical and expert examination of 150 children with mental disorders according to the ICF-CY codes, studied factors affecting disability in different age periods, taking into account the national characteristics of health, education and social protection systems in the Republic of Belarus. The main (leading) criteria for the formation of disability in children at different age periods and the parameters of their evaluation are determined. ICF CY Sets has been developed for children with mental disorders in different age groups: up to 3 years; from 3 to 6 years; from 7 to 18 years for expert rehabilitation evaluation.

Ключевые слова: психические и поведенческие расстройства у детей, набор кодов МКФ-ДП, инвалидность, экпертно-реабилитационная оценка, возрастные периоды.

Key words: mental and behavioral disorders in children, ICF CY Sets, disability, expert rehabilitation assessment, age periods.

Актуальность

После ратификации Республикой Беларусь Конвенции о правах инвалидов (Закон Республики Беларусь от 18 октября 2016 г. № 424-З) появилась необходимость комплексного пересмотра понимания проблем здоровья и инвалидности на государственном уровне, включая разработку национальных и внедрение международных подходов к осуществлению медицинской реабилитации и медицинской экспертизы [1].

В Республике Беларусь по показателям первичной инвалидности у детей психические и поведенческие расстройства стабильно занимают 3-е место [6], отмечается рост показателей на 12,7% в сравнении с 2017 г. и на 48,5 % в сравнении с 2014 г., что обуславливает актуальность разработки и внедрения новых, более эффективных технологий медицинской реабилитации с учетом системной (комплексной) оценки тяжести ограничений жизнедеятельности, реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза с использованием современных международных подходов.

В последние годы отмечаются изменения в структуре инвалидности у детей с психическими и поведенческими расстройствами: отмечается снижение инвалидности в связи с умственной отсталостью (с 63% в 2014 г. до 52,7% в 2018 г.) и рост инвалидности в связи с расстройствами психологического развития, включая расстройства аутистического спектра (с 25% в 2014 г. до 40,3% в 2018 г.).

При оценке нарушений функционирования ребенка специалист должен учитывать специфику течения детских психических и поведенческих расстройств в разные возрастные периоды, а также наличие перекрестных клинических феноменов при различных психических и поведенческих расстройствах у детей.

Цель и задачи исследования

В рамках отраслевой научно-технической программы «Разработать и усовершенствовать технологии и методы медицинской экспертизы, реабилитации и оценки качества оказания медицинской помощи населению на 2019-2023 годы» выполняется задание, целью которого является улучшение качества медико-социальной экспертизы и реабилитации детей с психическими и поведенческими расстройствами путем научного обоснования, разработки и внедрения метода оценки нарушений функционирования, ограничений жизнедеятельности, реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза с учетом международных подходов и возрастных особенностей развития ребенка.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности формирования ограничений жизнедеятельности у детей с психическими и поведенческими расстройствами с учетом комплексной оценки нарушений психических функций, личностных и средовых факторов по кодам Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и

здоровья детей и подростков (далее - МКФ-ДП[1]) с учетом национальных особенностей систем здравоохранения, образования и социальной защиты в Республике Беларусь.

2. Изучить особенности их влияния на степень выраженности ограничений жизнедеятельности в разные возрастные периоды: до 3 лет; с 3 до 6 лет; с 7 до 18 лет (в соответствии с периодами ведущей возрастной деятельности).

3. Определить основные (ведущие) критерии, определяющие формирование ограничений жизнедеятельности у детей в разные возрастные периоды и параметры их оценки при расстройствах аутистического спектра (РАС), умственной отсталости, психических и поведенческих расстройствах вследствие органического поражения головного мозга, смешанных специфических расстройствах развития, расстройствах двигательной активности и внимания (синдроме дефицита внимания и гиперактивности, СДВГ).

4. Разработать комплексный набор кодов МКФ-ДП у детей с психическими и поведенческими расстройствами в различных возрастных группах для экпертно-реабилитационной оценки.

Материалы и методы исследования

Осуществлено комплексное клинико-экспертное обследование 150 детей с психическими и поведенческими расстройствами с использованием кодов МКФ-ДП, обратившихся за медицинской помощью к специалистам.

Результаты

С учетом наличия перекрестных клинических феноменов при различных психических и поведенческих расстройствах у детей, разработаны наборы кодов МКФ-ДП для комплексной оценки нарушений функционирования детей с СДВГ в трех возрастных периодах: от 0 до 5 лет, с 6 до 16 лет, после 16 лет.

При создании комплексных наборов кодов МКФ-ДП учитывались достоверно значимые влияния различных факторов (нарушений физиологических и психических функций, личностных и средовых) на формирование ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности в различные возрастные периоды (в соответствии с периодами ведущей возрастной деятельности) [4, 7, 8].

Комплексный набор кодов МКФ-ДП у детей с психическими и поведенческими расстройствами в различных возрастных группах имел незначительные различия (табл.1).

Таблица 1. Комплексные наборы кодов МКФ-ДП у детей с психическими и поведенческими расстройствами в возрастных группах от 0 до 5 лет, с 6 до 16 лет, после 16 лет

Возрастная группа	Коды нарушений физиологических и психических функций	Коды нарушений активности и участия	Коды нарушений факторов внешней среды
0-5 лет	15	18	9
6-16 лет	14	20	13
после 16 лет	12	20	13

Набор кодов МКФ-ДП у детей с психическими и поведенческими расстройствами в возрасте 6-16 лет представлен следующим образом[2]:

1. Нарушения физиологических и психических функций:

b117 Интеллектуальные функции (тестирование по Векслеру);

[1] *МКФ-ДП не рекомендована ВОЗ к использованию. В настоящее время завершен процесс слияния МКФ и МКФ-ДП. Все основные дефиниции, касающиеся жизнедеятельности детей внесены в основной классификатор, что не снижает ценность данной работы. – Редакция.*

[2] *Наименование кодов МКФ приведены в соответстие с официальнм переводом МКФ на русский язык. – Редакция.*

b125 Предрасположенность к индивидуальным поведенческим реакциям и внутриличностные функции;
b130 Волевые и побудительные функции;
b134 Функции сна;
b140 Функции внимания;
b147 Психомоторные функции;
b152 Функции эмоций;
b164 Познавательные функции высокого уровня;
b320 Функции артикуляции;
b330 Функции беглости и ритма речи;
b525 Функции дефекации;
b620 Функции мочеиспускания;
b760 Контроль произвольных двигательных функций;
b765 Непроизвольные двигательные функции;

2. Нарушение активности и участия:

d160 Концентрация внимания;
d161 Устойчивость внимания;
d166 Чтение;
d170 Письмо;
d172 Вычисление;
d175 Решение проблем;
d177 Принятие решений;
d210 Выполнение отдельных задач;
d220 Выполнение многоплановых задач;
d230 Выполнение повседневного распорядка;
d240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок;
d250 Организация собственного поведения;
d350 Разговор;
d520 Уход за частями тела;
d570 Забота о своем здоровье;
d571 Забота о собственной безопасности;
d710 Базисные межличностные взаимодействия;
d720 Сложные межличностные взаимодействия;
d740 Формальные отношения;
d750 Неформальные социальные отношения;
d760 Семейные отношения;
d820 Школьное образование;
d880 Занятия игрой;
d920 Отдых и досуг;

3. Нарушения факторов окружающей среды:

e110 Продукты или вещества для персонального потребления;
e115 Изделия и технологии для личного повседневного использования;
e125 Средства и технологии коммуникации;
e130 Изделия и технологии для обучения;
e240 Свет;
e250 Звук;
e310 Семья и ближайшие родственники;
e315 Отдаленные родственники;
e320 Друзья
e325 Знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества
e330 Лица, обладающие властью и авторитетом
e410 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников;

e430 Индивидуальные установки лиц, обладающих властью и авторитетом.

Комплексные наборы кодов МКФ-ДП у детей с психическими и поведенческими расстройствами, определенные нами, имеют некоторые различия с наборами кодов в исследованиях, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения [2, 3, 5, ICF Core-Sets, Last Update: May 2017], прежде всего, в оценке и влиянии факторов внешней среды (коды e355, e450, e460, e65, e570, e575, e580, e585), связанных с национальными особенностями систем здравоохранения, образования, социальной защиты в Республике Беларусь.

Выводы:

1. Применение комплексных наборов кодов МКФ-ДП у детей с психическими и поведенческими расстройствами в соответствии с научно-обоснованными критериями и параметрами оценки тяжести позволит устанавливать объем и методы медицинской реабилитации в соответствии с выявленными нарушениями, реабилитационным потенциалом и реабилитационным прогнозом.
2. Комплексная детальная оценка нарушений функционирования детей с психическими и поведенческими расстройствами в результате выполнения научно-исследовательской работы позволит улучшить межведомственную преемственность в осуществлении социальных услуг и психолого-педагогических мероприятий, уточнить нуждаемость детей-инвалидов с психическими и поведенческими расстройствами в определенных формах социального обслуживания и видах социальных услуг.

Список литературы:

1. World Health Organization (2007) International classification of functioning, disability and health: children and youth version: ICF-CY. World Health Organization, Geneva.

2. Bölte, S. The ICF and its meaning for child and adolescent psychiatry / S. Bölte //Z Kinder- und Jugendpsych und Psychother, 2009. – P. 495-497.

3. Escorpizo, R. Functioning Topic Advisory Group (fTAG) of the ICD-11 Revision Harmonizing WHO's international classification of diseases (ICD) and international classification of functioning, disability and health (ICF): importance and methods to link disease and functioning / R. Escorpizo, N. Kostanjsek, C. Kennedy // BMC Public Health, 2013. – 13:742.

4. Емельянцева, Т.А. Опыт оценки реабилитационного потенциала по кодам Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья специалистами мультидисциплинарной бригады в реабилитационном процессе детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности / Т.А. Емельянцева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. ст. / РНПЦ МЭ и Р; под общ.ред. В.Б. Смычка. – Минск: УП «Энциклопедикс», 2017. – Вып. 19. – с. 201-205.

5. Bolte, S. Standardised assessment of functioning in ADHD: consensus on the ICF Core Sets for ADHD J. / S. Bolte, S. Mahdi, D. Coghill // European Child & Adolescent Psychiatry/ https://doi.org/10.1007/s00787-018-1119-y.2018

6. Емельянцева Т.А. Актуальные вопросы детской инвалидности в связи с психическими расстройствами. //Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сборник научных статей выпуск 20 / под общ ред. В.Б. Смычка. – Минск: Колорград, 2018. – с. 38-41.

7. Смычёк В.Б., Емельянцева Т.А. Стандартизированная оценка функционирования детей с синдромом дефицита внимания / гиперактивности с использованием кодов МКФ с учетом возрастных особенностей // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сборник научных статей выпуск 20 / под общ ред. В.Б. Смычка. – Минск: Колорград, 2018. – с. 228-233.

8. Емельянцева, Т.А. Актуальные вопросы разработки и внедрения метода медицинской экспертизы детей с психическими и поведенческими расстройствами с учетом международных подходов и возрастных особенностей // Материалы

республиканской научной конференции с международным участием, посвященной 100-летию РНПЦ психического здоровья «Достижения психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии». – Мн., 2018. – с. 313-317.

УДК 316.3/4

ОБСЛУЖИВАНИЕ НА ДОМУ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТМНР

Балашова Л.М.

СПБ ГБУ «Центр социальной реабилитации
инвалидов и детей-инвалидов Приморского района»
Россия, Санкт-Петербург

HOME CARE AS AN EFFECTIVE TECHNOLOGY OF SOCIAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH MULTIPLE DISABILITIES

Balashova L.M.

SPBGBU "Center for Social Rehabilitation of Disabled and Disabled Children"
Russia, St.Petersburg

Аннотация: В статье рассматриваются законодательные преобразования в сфере социальной защиты детей-инвалидов, дающие им возможность получать социальное обслуживание на дому.

Abstract: The article deals with legislative changes in the sphere of social protection of disabled children, which enable them to receive social services at home.

Ключевые слова: социальная работа, социальное обслуживание на дому, социальные услуги семьям с детьми-инвалидами, дети со множественными нарушениями здоровья

Key words: Social work, social services at home, families, disabled children.

Социальная поддержка инвалидов в России регулируется Федеральным законом № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 [1]. Данный закон регулирует основное понятие инвалидности, которое в нашей стране по настоящее время трактуется через систему, в первую очередь, медицинских ограничений здоровья. Инвалидность устанавливается Бюро медико-социальной экспертизы согласно критериям, определенным в Приказе Министерства труда и социальной защиты РФ от 17.12.2015 N 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» [2]. Определённое этими законами правовое поле направляет деятельность всех государственных учреждений в сторону медицинской модели инвалидности. Даная модель инвалидности, при всех её преимуществах, связанных с возможностью более чёткого определения критериев и параметризации инвалидности, по-прежнему дискредитирует социальную значимость детей, имеющих тяжёлые множественные нарушения здоровья. Это всё ещё изолирует их от остального сообщества, подчеркивает неравный социальный статус и неконкурентоспособность по сравнению с другими детьми.

В 2012 году Россия ратифицировала Конвенцию ООН о правах инвалидов, в связи с этим Федеральный закон Российской Федерации от 1.12.2014 г. № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» [3] внёс изменения в 25 законов, регулирующих оказание инвалидам услуг в сферах транспорта, культуры, информации, здравоохранения, связи, жилищно-коммунального

хозяйства. Обновлённая таким образом правовая основа позволяет выстраивать современную социальную политику России на основе биопсихосоциальной модели инвалидности. А это делает создание оптимальных условий для успешной адаптации детей-инвалидов важнейшей социально-экономической и политической задачей всех государственных структур социальной защиты.

Система социального обслуживания на дому существует ещё с советских времён. Основные функции социального обслуживания на дому в Советском Союзе выполняли органы социального обеспечения – СОБЕСы. Помимо назначения льгот, пенсий и пособий эти учреждения предоставляли услуги на дому пожилым инвалидам. Следует отметить, что в то время практические всё социальное обслуживание было сконцентрировано вокруг взрослых инвалидов. В XXI веке, социальная политика нашей страны значительно эволюционировала. Её направленность уже не ограничена лишь категорией пожилых граждан, в фокусе помощь более широким слоям населения. На сегодняшний день, стали появляться и развиваться новые формы социальных услуг, чему способствовало принятие нового Федерального закона N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" от 28.12.2013 [4].

В современном контексте обслуживание на дому получило новую трактовку и стало доступно не только пожилым, но и детям с инвалидностью. Однако услуги, которые предоставляются на дому детям-инвалидам и пожилым людям – принципиально разные. Социальное обслуживание на дому детей с инвалидностью предполагает услуги, исходя из того, что эти дети входят в группу риска по многим показателям (основной риск здесь – это риск размещение в интернатное учреждение). Важнейшей задачей, стоящей перед вовлеченными в социально-реабилитационный процесс специалистами, является социально-профилактическая работа с семьей, с родителями и родственниками ребенка-инвалида.

Проблемы семьи, воспитывающей ребенка с особыми нуждами, могут возникать и обостряться на разных этапах жизни. Известно, что даже самые любящие, заботливые и оптимистически настроенные родители, воспитывая такого ребенка, испытывают огромную эмоциональную и психологическую нагрузку, что в итоге может привести к срыву. Чаще всего в подобной ситуации оказывается мать ребенка-инвалида. Поэтому, оказание социально-бытовой помощи семьям, воспитывающим ребенка с особыми потребностями, играет такую же важную роль, как и оказание своевременной социально-психологической поддержки таким родителям.

Для решения данной проблемы и одним из важнейших методов социальной поддержки семьи является обслуживание на дому, которое предполагает возможность высвобождения родителей детей с инвалидностью и предоставление семьям целого комплекса социальных услуг.

В СПБ ГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов» Приморского района получают реабилитационный услуги дети с различными нарушениями здоровья. С 2017 года в Центре открыто и работает Отделение обслуживания на дому. На отделении, преимущественно, получают услуги дети с тяжелыми формами инвалидности и с множественными нарушениями. Их состояние не допускает частого посещения Центра, а право на прохождение реабилитации они имеют такое же, как и дети с менее сложными заболеваниями. Обслуживание на дому такого ребенка-инвалида осуществляется специально прикрепленным социальным работником. Обслуживание предполагает выявление различного рода потребностей ребенка и его семьи, оказание консультативной, информационной поддержки его родственников для установления связи с государственными и общественными организациями, оказание социально-бытовых и социально-медицинских услуг.

Предоставление услуг на дому дает возможность выявлять и собирать больше информации о ребенке, его окружении и потребностях, поскольку есть возможность наблюдать семью в естественных условиях. Соответственно, дополнительно собранные

факты дают возможность оказывать семьям и детям более таргетированный комплекс услуг, подключать требуемых специалистов других отделений и организаций.

На специалистов отделения обслуживания на дому возложены не только задачи по уходу за детьми с множественными нарушениями, но и задачи сопровождения их в реабилитационные и медицинские учреждения. А также содействие в оборудовании жилого помещения специальными средствами, способствующими улучшению качества жизни ребенка с инвалидностью и его семьи, задачи по повышению реабилитационной активности и укреплению реабилитационного потенциала семьи.

Социальный работник отделения обслуживания на дому должен выполнять следующие задачи:

- информировать семьи о правах, льготах, существующих методах реабилитации;
- устанавливать контакты семьи и ребенка с нужными специалистами, учреждениями, общественными организациями, спонсорами;
- анализировать и оценивать состояния ребенка, условий и обстоятельств его жизни в семье, семейных отношений;
- предупреждать насилие над ребенком, отсутствие заботы и изоляцию;
- помогать семье в уходе за ребенком, в проведении бытовых, медицинских и гигиенических мероприятий, в обучении ребенка самообслуживанию;
- содействовать выполнению предписаний и рекомендаций специалистов, реабилитационных мероприятий, составляющих принятую программу помощи и поддержки ребенка и его семьи, достижению поставленных в программе целей.

Одной из важнейших задач, которую решает оказание услуг на дому – это сохранение семейного окружения для ребенка с инвалидностью. Каждодневный уход за больным ребенком может повлечь за собой тяжелую эмоциональную перегрузку родителей, провоцирует усталость от быта и рутины, депрессию, снижение реабилитационного потенциала семьи. И как следствие вышеперечисленного, ребенок может быть передан в интернатное учреждение. Попав в интернат, дети с тяжелыми множественными нарушениями испытывают очень тяжелый стресс от смены обстановки, крайне тяжело переживают разлуку с близкими. Во многих случаях это даже приводит к смерти ребенка.

Основными критериями эффективной деятельности социальных работников, предоставляющих услуги на дому являются следующие:

- рост востребованности оказания услуг на дому со стороны семей;
- качественный рост показателей развития ребенка независимо от степени ограничения жизнедеятельности (инвалидности);
- нормализация внутрисемейных отношений;
- расширение и совершенствование набора компетенций подшефных родителей в области решения проблем детства и воспитания особого ребенка;
- качественный рост собственной компетентности специалиста.

Социальная помощь на дому, также, как и в условиях Центра социальной реабилитации, предполагает широкий спектр долгосрочных мер комплексной реабилитационной помощи, ориентированных на ребенка с особыми потребностями и его семью, осуществляемых в процессе согласованной командной работы специалистов разного профиля. Это подразумевает единство диагностики, информационного поиска и помощи в выборе образовательного маршрута, проектирования индивидуальных реабилитационных программ, первичной помощи в реализации планов.

Комплексное социальное обслуживание на дому должно осуществляться соответствующими отделениями, создаваемыми как в структуре государственной системы социальной защиты с привлечением ресурсов уже функционирующих психолого-педагогических, медико-социальных отделений и службами, так и с привлечением возможностей учреждений негосударственного сектора: общественных объединений,

ассоциаций, благотворительных фондов. Дополняя работу государственных структур, негосударственные учреждения инициируют новые подходы к организации социального пространства помощи детям-инвалидам, способствуют реализации долгосрочных мер социального обслуживания семей на междисциплинарной основе.

Становление в нашей стране системы социального обслуживания на дому является сегодня одним из признаков формирования новой модели комплексной поддержки ребенка с тяжелыми множественными нарушениями в условиях семьи, предполагающей активное (субъект-субъектное) участие всех членов семьи в реабилитационном процессе. Таким образом, обслуживание на дому – очень важная форма взаимодействия с семьями, воспитывающих детей-инвалидов, интегрирующая в себе множество функций. Часто данная форма обслуживания совершенно неоправданно относится только к оказанию услуг пожилым людям, что является заблуждением. Современное обслуживание на дому – это новая форма взаимодействия семьи и Центров социальной реабилитации, действительная альтернатива интернатным учреждениям. Это актуальная форма оказания социальных услуг, которую следует тиражировать и развивать.

Список литературы:

1. Российская Федерация. Законы. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ: Принят Государственной Думой 20 июля 1995 года: [Одобрен Советом Федерации 15 ноября 1995 года] / Правительство РФ; Департамент социальной защиты населения; Система ГАРАНТ – Электрон. Текст – [2018]. – Режим доступа: http://base.garant.ru/10164504/, свободный.

2. Российская Федерация. Законы. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс]: Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. N 1024н (с изменениями и дополнениями): Утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации / Правительство РФ; Министерства труда и социальной защиты РФ; Система ГАРАНТ – Электрон. Текст – [2018]. – Режим доступа: http://base.garant.ru/71309914, свободный.

3. Российская Федерация. Законы. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» [Электронный ресурс]: Федеральный закон РФ от 1.12.2014 г. № 419-ФЗ: Принят Государственной Думой 21 ноября 2014 года: [Одобрен Советом Федерации 26 ноября 2014 года] / Правительство РФ; Департамент социальной защиты населения; Система КонсультантПлюс – Электрон. текст – [2008]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_171577/, свободный.

4. Российская Федерация. Законы. Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон N 442-ФЗ от 28.12.2013: Принят Государственной Думой 23 декабря 2013 года: [Одобрен Советом Федерации 25 декабря 2013 года] / Правительство Российской Федерации; Система КонсультантПлюс – Электрон. текст – [2018]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/, свободный.

УДК 159.99

ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В МЛАДЕНЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В АБИЛИТАЦИИ И РАННЕМ СОПРОВОЖДЕНИИ

Андрущенко Н.В[1,2], Майер М.А.[1], Мухамедрахимов Р.Ж.[1], Крюков Е.Ю.[2], Иова А.С.[2], Аринцина И.А.[1], Аникина В.О.[1], Потешкина О.В.[2], Солодунова М.Ю.[1], Чернего Д.И. [1]

[1]Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, Россия
[2] ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России
Россия, Санкт- Петербург

FEATURES OF THE STUDY OF THE MENTAL FUNCTIONING OF PREMATURE INFANTS IN INFANCY WITH THE IMPLEMENTATION OF AN INTERDISCIPLINARY APPROACH IN HABILITATION AND EARLY INTERVENTION

Andrushchenko N.V.[1,2], Mayer M.A. [1], Muhamedrahimov R.J. [1], Kryukov E.Yu. [2], Iova A.S.[2], Arintsina I.A.[1], Anikina V.O.[1], Poteshkina O.V.[2], Solodunova M.Yu.[1], Chernego D.I.[1]

[1]Saint Petersburg State University
[2]I.I. Mechnikov North-Western State Medical University
Russia, St.Petersburg

Аннотация: Научно-исследовательская работа выполняется при поддержке гранта Российского фонда научных исследований (№ 18-013-01183) на тему ""Комплексное изучение особенностей психического развития недоношенных детей младенческого возраста с внутрижелудочковыми кровоизлияниями и постгеморрагической гидроцефалией". Совершенствование неонатальной помощи недоношенным детям приводит к увеличению доли детей с экстремально низкой и низкой массой тела при рождении, представляющих собою группу высокого риска, связанного с проявлением тяжелых осложнений (внутрижелудочковое кровоизлияние, постгеморрагическая гидроцефалия) и нарушений развития. На сегодняшний день назрела необходимость организации междисциплинарного подхода для решения вопросов абилитации и раннего сопровождения.

Abstract: Advanced technologies of neonatal reanimation and intensive care has lead to the increase in the number of children with the extremely low and low birth weight. These children constitute a risk group often having severe development complications and disabilities (intraventricular hemorrhage, posthemorrhagic hydrocephalus). To date, there is a need to organize an interdisciplinary approach to address issues of habilitation and Early Intervention.

Ключевые слова: недоношенные младенцы, психическое развитие, внутрижелудочковое кровоизлияние, постгеморрагическая гидроцефалия, абилитация, раннее сопровождение

Key words: preterm infants, mental development, intraventricular hemorrhage, posthemorrhagic hydrocephalus, habilitation, Early Intervention.

Проблема недоношенности в настоящее время сохраняет свою высокую актуальность несмотря на значительные успехи современной неонатологии. Высокий уровень реанимационных технологий, вариативность и эффективность реабилитационных мероприятий, современные методики выхаживания и другие достижения неонатальной медицины в Российской Федерации позволили с 1 января 2012 г. перейти на мировые критерии оценки живорождения, выхаживания детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении.

У значительной части недоношенных детей в младенческом возрасте отмечаются неврологические, соматические и сенсорные нарушения, а также особенности психического развития, приводящие в дальнейшем у части детей к ограничениям возможностей здоровья и инвалидности [1,3,6,8,11]. На психическое функционирование недоношенных детей значительное влияние оказывает ряд сопутствующих заболеваний, таких как бронхолёгочная дисплазия, ретинопатия недоношенных, нарушения работы сенсорных систем и другие патологические состояния.

Помимо биологических факторов, дальнейшее благополучие психического функционирования младенца из групп риска определяет качество взаимодействия матери и ребёнка. При этом различия между доношенными и недоношенными детьми могут быть значительно снижены при наличии в отношении с близким взрослым эмоциональных ресурсов для компенсации нарушения взаимодействия у младенцев [4].

Исследования интеракции матерей и недоношенных младенцев, связанные с церебрально-органической недостаточностью, показали, что младенцы с органическими нарушениями головного мозга (включая преждевременно рождённых) в возрасте 3 месяцев во взаимодействии с близким взрослым чаще используют стратегию «напряжённое внимание» и «саморегуляторное отключение», а в возрасте 6 месяцев используют стратегии внимания, направленные на себя или на объекты, при этом дети из контрольной группы предпочитают стратегию «активного внимания» [2]. Такие различия обуславливают необходимость психологической коррекции, способствующей гармонизации детско-родительских отношений.

У недоношенных детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) при рождении отмечается высокая распространенность нарушений развития нервной системы при оценке в течение первых лет жизни [9,10]. При этом, исход, оцененный в показателях развития недоношенных детей, улучшается с каждой неделей гестационного возраста [12]. Вместе с тем, показаны возможности компенсации при раннем начале организации помощи и наличии благоприятных факторов социальной среды. Показатели когнитивного, речевого и моторного развития у крайне недоношенных детей (родившихся до 27 недели) в возрасте 2,5 лет (скорректированный возраст) полученные с помощью шкал развития Бейли для младенцев и детей младшего возраста (3-е издание; Bayley-lll), продемонстрировали, что дети, родившиеся крайне недоношенными и получающих активную перинатальную помощь, в 73% имели легкую инвалидность или ее отсутствие. У большинства детей, рождённых с массой тела от 600 до 1250 г и имеющих внутрижелудочковые кровоизлияния, с течением времени улучшаются оценки по вербальному и IQ тестам, оценивающим развитие [10].

На современном этапе развития абилитации и реабилитации недоношенных детей разрабатываются модели по организации преемственных этапов помощи, в которых учитывается возможность оценки биологических, психологических и социальных факторов развития [5,7].

К настоящему времени проведено значительное количество работ по изучению психического развития недоношенных, учитывающих влияние различных факторов на показатели развития в младенчестве, среди них масса тела и гестационный возраст при рождении, осложнения неонатального периода, особенности социальной среды пребывания. Вместе с тем, отмечается явный недостаток работ, комплексно изучающие влияние выраженных структурных внутричерепных изменений на психическое развитие в младенчестве, включают изучение отдельных сторон развития, не рассматривают развитие детей в динамике развития первого года жизни, в связи с факторами первичного социального окружения, связанного с особенностями взаимодействия детей с близкими взрослыми.

Подобный подход в оказании помощи недоношенным детям, с учётом всех основных категорий жизнедеятельности, может быть разработан при условии более последовательного использования Международной классификации функционирования,

ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и подростков (МКФ-ДП, International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth, (ICF-CY). На основании клинико-инструментальных данных определяется реабилитационный диагноз - это список проблем пациента сформулированный в категориях МКФ-ДП и отражающий все актуальные аспекты функционирования пациента. Такой подход позволяет определить уровень реабилитационного потенциала (низкий, высокий, средний) и определить состав междисциплинарной команды, цели и задачи реабилитации, определить ключевого специалиста и показатель реабилитационного потенциала (МКФ). МКФ-ДП обеспечивает унифицированный и стандартизированный язык для описания здоровья, функционирования, их нарушений в разные возрастные периоды, что даёт возможность специалистам разных направлений эффективно взаимодействовать между собой и с родителями. Внутри данного инструмента применяются дифференцированная оценка областей развития и дифференцированное описание исследовательской группы с анализом клинико- анамнестических данных. Физическое, психическое, социальное развитие ребёнка – являются главными вопросами в расширении и адаптации содержания МКФ-ДП.

Выборка исследования представлена недоношенными детьми с внутрижелудочковыми кровоизлияниями (ВЖК), включаемыми в исследование в период новорожденности, и их матерями. Выделены подгруппы - дети с ВЖК без постгеморрагической гидроцефалии (не получавших нейрохирургического лечения гидроцефалии); дети с ВЖК и постгеморрагической гидроцефалией, получавшие нейрохирургическое (оперативное и консервативное лечение)

В рамках исследовательского проекта изучены истории болезней, архивные сведения, операционные протоколы 85 детей с ВЖК, из них в исследование включены 22 ребенка с ВЖК, получавших нейрохирургическое лечение и 15 детей с ВЖК, которым не требовалось нейрохирургического лечения, а также их матери.

Методы исследования.

Клинико-анамнестический метод. Данные анамнеза матери и ребенка и социально-демографические данные семьи на основании беседы с родителями и изучения историй болезни ребенка заносились в специально разработанные формы регистрации получаемой информации.

Для оценки психического развития ребенка были использованы следующие методики:

1) Методика оценки психического развития Баттелл («The Battelle Developmental Inventory With Recalibrated Data and Norms»; Newborg et al., 1984; далее в тексте «методика Баттелл»), предназначенная для оценки уровня психического развития здоровых детей и детей с особыми потребностями в возрасте от рождения до 8 лет.

2) Опросник для родителей "Ages and Stages Questionnaires" (ASQ-3; Squires J., Bricker D., Twombly E. et al., 2009), который используется для скрининга психического развития ребенка в возрасте от 1 до 72 месяцев в пяти областях: коммуникативное развитие, общая и мелкая моторика, когнитивное и социально-эмоциональное развитие.

Для оценки родительско-детского взаимодействия использованы:

1. Методика оценки ранних отношений в паре ребенок - родитель (Parent-Child Early Relationship Assessment, PCERA; Clark, 1985), которая применяется для анализа психологического взаимодействия в паре «мать- ребенок», записанного на видео, и позволяет оценить характеристики взаимодействия со стороны взрослого, ребенка, и в диаде. Методика включает перечень из 65 характеристик психологического взаимодействия. (29 родителя, 27– ребенка, 8 – в диаде), оцениваемых по пятибалльной шкале, и сгруппированных в 12 субшкал (6 субшкал для взрослого – тон голоса, эмоции, настроение, отношение к ребенку, эмоциональная и поведенческая вовлеченность во взаимодействие, родительский стиль; 4 для ребенка - эмоции и настроение, адаптация, уровень активности, коммуникация; 2 для диады - эмоциональные составляющие

взаимодействия; взаимность).

2. Мюнхенская клиническая шкала коммуникативной диагностики, (Papousek, 1996) которая также применяется для микроанализа психологического взаимодействия в паре «мать-ребенок», записанного на видео, позволяет оценить характеристики взаимодействия со стороны взрослого, ребенка, и в диаде, но имеет большую практическую направленность по сравнению с предыдущей методикой.

Клинический пример. Девочка Д., рожденный с весом 950 грамм, на 24/25 неделе гестации. На первом этапе реабилитации ребенок получил лечение в отделении реанимации новорожденных, а затем – в отделении патологии новорожденных. Наблюдалась с диагнозом: внутриамниотическая инфекция, синдром дыхательных расстройств, бронхолёгочная дисплазия, ДН 1, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, ВЖК III степени справа, ВЖК II степени слева, прогрессирующая вентрикуломегалия (операция вентрикулосубгалеального дренирования (ВСГД) справа), стабилизация гидроцефального синдрома (удаление ВСГД справа), некротический энтероколит, ретинопатия недоношенных I стадия, анемия недоношенных. Переведена третий этап реабилитации в возрасте 2 месяцев 3 недель.

Наблюдалась нейрохирургом, офтальмологом.

Комплексную реабилитацию начала получать с 10 месяцев (корригированный возраст 6 месяцев).

При осмотре невролога диагностирован левосторонний гемипарез, по данным НСГ выявлена порэнцефалическая киста справа после перенесенного внутрижелудочкого кровоизлияния III степени. Психическое развитие соответствует норме. Взаимодействие с матерью функциональное (по Мюнхенской интеракционной диагностике Папушек). Мать ребенка - коррекционный педагог, логопед. Наиболее низкий РП отмечался в категориях мышечной силы, нарушения структур нервной системы и степени ограничений способностей в передвижении (переворачивается со спины на живот через левый бок); кроме этого у девочки выявлены незначительные нарушения тонкой моторики и умеренные ограничения движений в левом голеностопном суставе.

Междисциплинарная команда в данном случае была представлена врачом-неврологом, педиатром, кинезиотерапевтом и Монтессори-терапевтом. Девочка получала 15 сеансов Войта-терапии; Монтессори-терапевтические занятия проводились в присутствии и при активном участии матери.

Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и подростков позволит осуществлять комплексную реабилитацию и раннее сопровождение, ориентируясь не на дефицит возможностей, а на активность и участие, т.е. на возможности психического функционирования недоношенного ребёнка.

Список литературы:

1. Айламазян, Э. К., Евсюкова, И. И. Дискуссионные проблемы преждевременных родов и выхаживания детей с экстремально низкой массой тела, Журнал акушерства и женских болезней. - 3(60). - 2011, - С. 183-189.

2. Андрущенко Н.В., Мамайчук И.И., Крюков Е.Ю., Лорер В.В. Поведенческие стратегии у младенцев с выраженными церебрально – структурными изменениями в процессе взаимодействия с матерью (клинико- интраскопический мониторинг)//Нейрохирургия и неврология детского возраста. - 2015- 2. - С. 16-24.

3. Волянюк Е.В., Сафина А.И., Комплексная реабилитация недоношенных детей на первом году жизни// Вестник современной клинической медицины. - 2013. - 6(6). -С. 59-62.

4. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. - СПб.: Издательство СПбГУ, 2003. - 288 с. Нефедьева Д.Л. Горюнова И.Г. Организация мультидисциплинарной реабилитации и абилитации недоношенных детей на основе

определения реабилитационного потенциала, Практическая медицина, 2016 г., ‘7 (99), с. 81- 85.

5. Пальчик А.Б. Неврология недоношенных детей / А. Б. Пальчик, Л. А. Федорова, А.Е. Понятишин. — М.: МЕДпресс-информ, 2010. — 352 с.

6. Суренкова, И.Н., Скоромец А.П., Суслова Г. А. Практический опыт ведения недоношенных детей на этапе реабилитации в условиях амбулаторно-поликлинической службы, первые три года жизни// Нейрохирургия и неврология детского возраста – 2016. -2 (48). - С. 12-17.

7. Blencowe H., et. al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications//Lancet.- 2012. - 379. - P. 2162–2172. doi:10.1016/S0140-6736(12)60820-4

8. Ferreira R.C. Neonatal sepsis as a risk factor for neurodevelopmental changes in preterm infants with very low birth weight// J Pediatr. - 2014. -90. P.:293-299.

9. Ment L. et al. Change in Cognitive Function over Time in Very Low-Birth-Weight Infants//Journal of the American Medical Association.- 2003. - 6 (289). -P. 705-711. doi:10.1001/jama.289.6.705

10. Liegl R., inc. all. Retinopathy of prematurity: the need for prevention//Eye and Brain. - 2016. - 8. - P. 91-102. doi.org/10.2147/EB.S99038

11. Serenius F. at al. Neurodevelopmental Outcome in Extremely Preterm Infants at 2,5 Years After Active Perinatal Care in Sweden// JAMA. - 2013. - 17, p. 1810- 1820.

УДК 616.008.3.5

АНАЛИЗ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ДИССЕРТАЦИОННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ «РАССТРОЙСТВО АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА» (2008-2018)

Лорер В.В.[1,2], Виноградская З.В.[1]

[1]ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России
[2]Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова
Россия, Санкт-Петербург

ANALYSIS DOMESTIC DISSERTATION WORKS ON THE THEME OF «AUTISM SPECTRUM DISORDERS» (2008-2018)

Lorer V.V.[1,2], Vinogradskaya Z.V.[1]

[1]Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
[2]Pavlov First Saint Petersburg State Medical University
Russia, St.Petesburg

Аннотация: Проведен анализ отечественных диссертационных работ по теме «Расстройство аутистического спектра», защищенных в период с 2008 по 2018 годы на территории Российской Федерации.

Abstract: Analyzed of domestic dissertation works on the theme of «Autism spectrum disorders», protected in the period from 2008 to 2018. On the territory of the Russian Federation.

Ключевые слова: Расстройства аутистического спектра, диссертация, аутизм, синдром Аспергера.

Key words: autism spectrum disorders, dissertation, autism, asperger syndrome.

Актуальность. Расстройство аутистического спектра (РАС) — это неврологический диагноз, который связан с особым функционированием мозга. В соответствии с предложениями в DSM-5 РАС, характеризуется стойким дефицитом навыков социальных коммуникаций и социального взаимодействия без учета наличия

общей задержки развития; ограниченными, повторяющимися моделями поведения, интересов и деятельности [1]. Данное расстройство присутствует с раннего детства (но может проявляться не полностью, до тех пор, пока социальные требования не начнут превышать ограниченные способности ребенка) и характеризуется ограничением и нарушением повседневного функционирования. В соответствии с данной классификацией РАС является универсальной категорией, в которую включены такие состояния, как аутизм и синдром Аспергера.

По данным ВОЗ 1 ребенок из 160 детей в мире страдает расстройством аутистического спектра. Эта оценка является усредненной цифрой, и сообщаемая распространенность значительно варьируется между исследованиями. Однако в некоторых хорошо контролируемых исследованиях эта цифра увеличивается в несколько раз. О распространенности РАС в странах с низким и средним уровнем дохода на сегодняшний день неизвестно [2].

Диагностировать расстройство аутистического спектра у детей до 12 месяцев сложно, но в возрасте двух лет диагностирование обычно возможно. Характерными чертами являются задержка или временный регресс в развитии речи и социальных навыков и повторяющиеся стереотипные модели поведения [3].

Вопросы диагностики расстройства аутистического спектра в настоящее время, по-прежнему, являются актуальными. Разработаны и используются на практике скрининговые методы по выявлению признаков данного расстройства. Наиболее известными среди них являются шкала M-CHAT. Проводятся исследования, посвященные разным аспектам деятельности детей с РАС, как например, коммуникация, развитие сенсорно-перцептивной деятельности, игровая и учебная деятельность и другие. Кроме того, актуальной задачей является оценка способностей функционирования людей с расстройством аутистического спектра в повседневной деятельности.

На сегодняшний день в России активно внедряются и апробируются на практике зарубежные технологии и методики, разрабатываются новые, и комбинации известных методик. Проводится большая работа по разработке оптимальных моделей комплексного сопровождения и комплексной помощи людям с расстройством аутистического спектра.

Цель исследования - анализ отечественных диссертационных работ, посвященных проблеме расстройства аутистического спектра за последние 10 лет.

Материалы и методы. Поиск и анализ отечественных диссертаций производился с помощью электронных ресурсов: библиотека «Медицинские диссертации» (http://medical-diss.com/), Электронная библиотека Московского Государственного Психолого-педагогического Университета (http://psychlib.ru/index.php), а также выборочные работы, доступные в сети Интернет. Всего изучено и проанализировано 45 диссертаций, опубликованных и защищенных в период с 2008 по 2018 гг.

Результаты исследования. Анализ диссертационных исследований в зависимости от области проведения исследования показал, что 60% исследований проводились в области психолого-педагогического образования, 11% - коррекционной психологии и 11% в психиатрии, а также 4% в области психологии и 4% в коррекционной педагогике.

В анализируемых диссертационных работах объектом исследования явились лица в возрасте от 3 до 43 лет. Распределение работ по возрасту представлено следующим образом: в 28% работ исследования посвящены детям дошкольного возраста от 3 до 7 лет, в 17% - детям младшего школьного возраста от 6 до 10 лет, и 15% - взрослым людям с проявлениями расстройства аутистического спектра. Таким образом, внимание специалистов, в большей степени, обращено к детям дошкольного возраста. Это вероятно, связано с возможностью как можно раньше выявить нарушения и принимать соответствующие меры для улучшения качества жизни детей.

Анализ методов, используемых в диссертационных исследованиях, показал, что для оценки состояний в работах чаще всего использовались такие методы, как наблюдение, анализ видео-занятий родителей со своим ребенком, беседа, интервью.

Наиболее распространенной, среди инструментальных методик и шкал была рейтинговая шкала детского аутизма CARS – стандартизированный инструмент, основанный на непосредственном наблюдении за поведением ребенка в возрасте от 2 лет. Оценка проводится по 15-ти функциональным областям: взаимоотношения с людьми, имитация, перцепции (зрительный контакт, реакция на слуховые раздражители, вкус, обоняние и осязание), эмоциональный ответ, тревожные реакции и страхи, моторика, координация движений, игра (использование предметов), адаптация к изменениям, вербальная коммуникация, невербальная коммуникация, уровень активности, уровень и постоянство интеллектуальных ответов, общее впечатление.

Вторым по частоте встречаемости можно отметить тест Векслера (Шкала Векслера). Данная методика является одним из самых распространенных тестов для измерения уровня интеллектуального развития и разработана Дэвидом Векслером в 1939 году. Тест основан на иерархической модели интеллекта Д.Векслера и диагностирует общий интеллект и его составляющие - вербальный и невербальный компоненты.

Также в исследованиях использовались тест VB-MAPP; ABBLS-R; психиатрические шкалы ASDASQ, ASDI и ASRS; методика оценки детско-родительского взаимодействия - Evaluation of Child–Parent Interaction (ECPI); опросник родительских установок PARI; Многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла. Из лабораторных и функциональных методов исследования использовались ЭКГ, КТ головного мозга, сыворотка крови, суточная моча и др.

Первыми отклонения в поведении ребенка наблюдают родители, которые затем обращаются за помощью к специалистам. Признаки нарушения контакта при синдроме раннего детского аутизма могут проявиться уже на первом году жизни в виде отсутствия зрительного контакта, ответной улыбки при приближении лица, мимических движений. В возрасте 1,5-2 года становится отчетливым нарушение последовательности вытеснения примитивных функций сложными в пределах всех сфер деятельности: в этом проявляется диссоциация развития личности аутичного ребенка. Результатом становится отставание в развитии [4]. Постановка диагноза во многих случаях может отражаться на детско-родительских отношениях. Разрабатываются системы работы с родителями и психокоррекционная помощь семьям. Поддерживая комфортный микроклимат, происходит одновременная работа с нарушениями в коммуникативной сфере ребенка, качественно-количественной оценке отдельных характеристик поведения. Большое значение для успеха в обучении социальным навыкам имеет и присутствие рядом с семьей специалиста – психолога или педагога – который может помочь расставить приоритеты, подсказать наиболее эффективные методы и эмоционально поддержать членов семьи в этой весьма трудоемкой работе [5].

В диссертационных исследованиях делается акцент на методах и технология помощи людям с расстройством аутистического спектра: коррекционно-развивающие программы на основе творческой, познавательной активности, фольклора, музыкальной и игровой деятельности. Рассматриваются вопросы альтернативных способов коммуникации. Эти вопросы актуальны для всех лиц, взаимодействующих с ребенком: не только родителей, знакомых, соседей, но и педагогов и других специалистов, так как затрагиваются важнейшие аспекты жизни – социально-бытовые навыки и обучение.

С медицинской точки зрения вопрос аутизма в основном рассматривается как дифференцировка основных признаком данных расстройств, а также влияние эндогенных и экзогенных факторов на их прогноз. В одной из медицинских диссертаций рассмотрен вариант фармакотерапии.

Выводы. В настоящее время специалисты активно изучают и внедряют новые методики и программы для реабилитации людей с РАС. По результатам данного исследования видно, что специалисты освещают только некоторые области жизни, в которых нарушения наиболее специфичны для данного расстройства. Недостаточно

проработан аспект комплексного функционирования людей с расстройством аутистического спектра.

Список литературы:

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. – Arlington: American Psychiatric Association, 2013. – 991 p.
2. Расстройства аутистического спектра (РАС) // Информационные бюллютени [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders.
3. Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir, Patricia Aguayo, Naoufel Gaddour, Özgür Öner, Marcos Mercadante. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Autism spectrum disorders. – 2012. – URL: http://iacapap.org/wp-content/uploads/C.2-AUTISM-SPECTRUM-072012.pdf (дата обращения: 12.03.2019).
4. Горячева Т. Г., Никитина Ю.В. Расстройства аутистического спектра у детей. Метод сенсомоторной коррекции: Учебно-методическое пособие. – М.: Генезис, 2019; С. 8.
5. Костин И.А. Помощь в социальной адаптации подросткам и молодым людям с расстройствами аутистического спектра: Монография. – Интермедиатор, 2017; С. 20.

УДК 616.71- 615.21-053.2

ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ ВИДОВ АКВАРЕАБИЛИТАЦИИ НА ДИНАМИКУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГАМК У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Голубова Т.Ф.[1], Цукурова Л.А.[2], Власенко С.В.[1]

[1]ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации”
Россия, Евпатория
[2]Кубанский медицинский институт
Россия, Краснодар

INFLUENCE OF DIFFERENT TYPES OF AQUAREHABILITATION THE DINAMICS OF GABA IN CHILDREN WITH DISORDERS OF AUTISM SPECTRUM

Golubova T.F.[1], Tsukurova L.A.[2], Vlasenko S.V.[1]

[1]Scientific Research Institute of Children's Balneology, Physiotherapy and Medical Rehabilitation
Russia, Yevpatoria
[2]Kubansky Medical Institute
Russia, Krasnodar

Аннотация: Разработка эффективных методов реабилитации, влияющих на патогенетические механизмы у детей с аутизмом, является крайне актуальной. Целью исследования явилась оценка влияния разных видов аквареабилитации на нейромедиаторную активность у детей с аутизмом. Обследовано 69 детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) - (F84) в возрасте от 5 до 14 лет. I группа – 23 ребенка, получившие общее санаторно-курортное лечение (СКЛ); II группа – 24 ребенка, которые на фоне СКЛ получили курс лечебного плавания (ЛП); III группа – 22 ребенка, получивших на фоне СКЛ курс адаптивного фридайвинга (АФ). Контрольную группу (КГ) составили 22 здоровых ребенка. Обследование включало осмотр специалистами, проведение ЭЭГ-обследования, оценку в сыворотке крови гамма-

аминомасляной кислоты (ГАМК) – до и после проведенных комплексов лечения. Выявлено достоверное снижение ГАМК у детей с аутизмом, имеющих выраженные симптомы агрессии, гиперактивности, аффективных состояний, а также, при ЭЭГ-обследовании которых, была выявлена эпилептиформная активность (ЭА). После проведенного лечения отмечено достоверное повышение показателей ГАМК во II группе и III группе у детей с гиперактивностью и агрессией, а в III группе у детей с ЭА. Включение в курс СКЛ адаптивного фридайвинга способствует повышению ГАМК при выраженных клинических симптомах гиперактивности и агрессии и при эпилептиформной активности на ЭЭГ.

Abstract: The development of effective methods of rehabilitation in children with autism are is relevant. The aim is to study the impact of different types of aquareabilitation on neurotransmitter activity in children with autism. 69 children with disorder of autism spectrum (DAS) - (F84) aged 5 to 14 years were examined. I group - 23 children who received the health research therapy (HRT); II group - 24 children who received a course of therapeutic swimming (TS); III group - 22 children who received a course of adaptive freediving (AF). The control group (CG) consisted of 22 healthy children. The estimated content in the blood serum GABA before and after treatment complexes. A significant decrease in GABA in children with autism was found, with symptoms of aggression, hyperactivity, affective states, and epileptiform activity (EA) was detected in EEG-examination. After the treatment, there was a significant increase in GABA in group II and group III in children with hyperactivity and aggression, and in group III in children with FEA. The inclusion of adaptive freediving in the course of HRT promotes an increase in GABA in clinical symptoms of hyperactivity and aggression and with epileptic activity on the EG.

Ключевые слова: аутизм, дети, гамма-аминомасляная кислота, санаторно-курортное лечение, лечебное плавание, адаптивный фридайвинг.

Key words: autism, children, GABA, health research therapy, therapeutic swimming, adaptive freediving.

Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой одну из наиболее важных медико-социальных проблем в нейропедиатрии [1, 2]. До настоящего времени нет единой этиологической концепции аутистических расстройств, однако, большинство ученых сходятся во взглядах, что РАС характеризуются генетическим полиморфизмом и фенотипической гетерогенностью [3]. Одним из наиболее распространенных ингибирующих нейромедиаторов головного мозга является гамма-аминомасляная кислота (ГАМК), которая образуется из главного возбуждающего медиатора глутамата путем его декарбоксилирования. При аутистических расстройствах отмечается повышение уровня глутамата, что обусловлено снижением активности фермента декарбоксилазы глютаминовой кислоты (GAD), ограничивающей его продукцию. Нарушение соотношения между тормозным нейромедиатором – ГАМК и возбуждающими – глутаматом и аспартатом – является одним из механизмов эпилептогенеза в головном мозге. [4, 5].

Учитывая значимую роль нейротрансмиттерной дисфункции у детей с РАС, важной задачей реабилитационного процесса является коррекция патогенетических механизмов заболевания немедикаментозными способами.

Одним из важных этапов в реабилитации детей-инвалидов является санаторно-курортное лечение, где наряду с соблюдением санаторного режима, диетическим питанием, лечебной физкультурой, массажем, физиотерапевтическими процедурами, психологической коррекцией, медикаментозным лечением (при необходимости) в комплекс включаются природные физические факторы. [6, 7]. Одним из основных и традиционных форм лечебной физкультуры является гидрокинезотерапия. Она оказывает разностороннее действие на состояние психики, нервной, кардиореспираторной и опорно-двигательной систем организма [8-10].

Целью нашего исследования явилось изучение влияния разных видов аквареабилитации на нейромедиаторную активность у детей с расстройствами аутистического спектра.

Материалы и методы

Обследованы 69 детей, больных расстройствами аутистического спектра (РАС), поступивших на санаторно-курортное лечение (СКЛ) в «Евпаторийский военный детский клинический санаторий имени Е.П. Глинки» МО РФ, г. Евпатория в возрасте от 3 до 14 лет, которые составили общую группу (ОГ) обследования.

Комплексное обследование детей включало осмотр педиатром, неврологом, психиатром, клиническим психологом. Оценка тяжести заболевания проводилась с помощью шкалы CARS. **Сумме баллов от** 30-37 (мягкая или умеренная степень аутизма) соответствовало 41 (59,4%) детей и 37- 60 баллов (тяжелый аутизм) – 28 (40,6%) детей. Контрольную группу (КГ) составили 22 ребенка I и II групп здоровья, которые оздоравливались на Евпаторийском курорте. Биохимические исследования включали определение в сыворотке крови содержания гамма-аминомасляной кислоты с использованием иммуноферментного набора для количественного определения in vitro ГАМК - «GABA ELISA Kit», Immun Diagnostik, Germany. Биоэлектрическая активность головного мозга исследовалась с помощью электоэнцефалографа «Энцефалан-13101» фирмы «Медиком» (Россия).

Обследование детей проводилось до начала и после курса СКЛ. Общее СКЛ включало: сезонную климатотерапию, массаж классический ручной №10, лечебную гимнастику индивидуально №15, йодо-бромные ванны №10, Т–36-35^{0}С, продолжительность 10-15 минут, через день. I группа – 23 ребенка, получивших общее СКЛ; II группа – 24 ребенка, которые на фоне СКЛ получили курс лечебного плавания (ЛП); III группа – 22 ребенка, получивших на фоне СКЛ курс адаптивного фридайвинга (АФ). Комплекс ЛП (в зависимости от тяжести заболевания) включал 10-15 ежедневных занятий, Т воды–29-30^{0}С, с обучением и овладением навыками простых элементов плавания, либо обучением проплыва ограниченного расстояния и проведение в воде определенных физических упражнений при участии реабилитолога [9]. АФ включал 10-15 ежедневных занятий, Т воды –29-30^{0}С, с обучением и овладением навыками простых элементов плавания, а также обязательным овладением свободного ныряния в длину и глубину (фридайвинг) с помощью игровых ситуаций и предметов при участии реабилитолога. При АФ ребенок самостоятельно дозирует свое пребывание под водой (кратковременные – 1-6 сек. гипоксические эпизоды) [10]. Занятия проводились в бассейне санатория с термальной минеральной водой.

Статистический анализ данных проводили с использованием пакета программ STATISTICA v.6.0 (StatSoft Inc., USA).

Результаты.

При оценке содержания ГАМК в сыворотке крови отмечено его достоверное снижение ($p<0,05$) в ОГ по сравнению с КГ. Уровень ГАМК в группе детей с выраженной гиперактивностью, агрессией и аффективными состояниями был достоверно ($p<0,001$) ниже в сравнении с КГ, в группе детей без выраженных симптомов гиперактивности показатели были также снижены с меньшей достоверностью ($p<0,05$), и достоверно выше в сравнении с предыдущей группой ($p<0,05$). Оценка показателей, учитывая наличие эпилептиформной активности (ЭА) на ЭЭГ выявила достоверное их снижение ($p<0,001$) в сравнении с КГ, в отличие отсутствия достоверных различий в группе без ЭА на ЭЭГ ($p<0,01$).

Таким образом, исходное состояние показателей ГАМК у детей с РАС выявило его достоверное снижение в ОГ, у детей с выраженными клиничесими симптомами гиперактивности, агрессии и аффективными состояниями, а также, у детей с аутизмом, на ЭЭГ которых имеются эпилептиформные паттерны.

После проведенного СКЛ в I группе отмечено достоверное повышение показателей ГАМК ($p<0,05$) у детей с РАС не имеющих в клинической симптоматике выраженной гиперактивности, агрессии и аффективных состояний, а также у детей, на ЭЭГ которых отсутствовала ЭА.

Во II группе, включающей в СКЛ курс лечебного плавания, показатели ГАМК достоверно повысились ($p<0,05$) в ОГ, с различной клинической симптоматикой, включая агрессию, гиперактивность и аффективные состояния, а также у детей, не имеющих на ЭЭГ эпилептиформных паттернов ($p<0,01$).

В III группе, включающей в СКЛ курс адаптивного фридайвинга, показатели ГАМК достоверно повысились в ОГ ($p<0,01$), у детей с аутизмом и выраженной гиперактивностью, агрессией и аффективными приступами ($p<0,001$), а также, у детей с обычной клинической симптоматикой аутизма ($p<0,05$), в группе детей, на ЭЭГ которых имелись ЭА ($p<0,01$) и в группе с отсутствием на ЭЭГ эпилептиформных паттернов ($p<0,05$).

Полученные результаты исследования свидетельствуют о снижении уровня ГАМК у детей с РАС в сравнении со здоровыми сверстниками. Нарушение баланса между системами возбуждения и торможения, например, в виде уменьшения концентрации ГАМК, приводит к развитию патологических нарушений в центральной нервной системе, нарушению работы нейротрансмиттерных систем в целом. Одной из важнейших функций ГАМК является деполяризующая (ингибирующая), которая является критически важной для нормальной пролиферации нейронов, их миграции, таргетинга, синаптогенеза и нарушение этого процесса в развивающемся мозге может приводить к патологическим изменениям.

Выяленное снижение ГАМК у детей с аутизмом, имеющих ЭА на ЭЭГ, свидетельствует о роли ГАМКергической системы в регуляции порога судорожной готовности, которая находится в тесной взаимосвязи с другими нейромедиаторными системами и осуществляется на пресинаптическом уровне. Длительно существующий дефицит ГАМК при наличии нейротрансмиттерной дисфункции и нарушение процессов возбуждения и торможения, может приводить не только к стойким негативным клиническим нарушениям, нарушению развития и функционирования головного мозга, но и формировать эпилептическую активность, которая в дальнейшем, может проявляться в виде эпилептических приступов, что еще более усложняет реабилитацию детей с аутизмом и значительно ухудшает прогноз на социализацию и адаптацию детей.

После проведенного лечения выявлено, что общее СКЛ повышает уровень ГАМК у детей с аутизмом, не имеющих исходно значительных отклонений в содержании данного нейромедиатора – дети в клинической картине которых отсутствовала агрессия, аутоагрессия, выраженная гиперактивность и аффективные приступы, а также, не имеющих на ЭЭГ ЭА. Включение в курс СКЛ лечебной аквареабилитации, позволило значительно расширить контингент детей, имеющих положительные изменения в содержании ГАМК. Так, увеличилось его содержание при различной, в том числе возбуждающей симптоматике, однако, у детей, с эпилептиформными ЭЭГ-паттернами показатели ГАМК значительно не изменились. Применение в реабилитационном курсе лечебного фридайвинга, способствовало значительному повышению ГАМК во всех группах детей с аутизмом, в том числе и при выраженной агрессии, гиперактивности, афективных сосояниях, а также, при ЭА на ЭЭГ.

Таким образом, можно говорить о том, что лечебное плавание, и, особенно, адаптивный фридайвинг обладают метаболичесими, ноотропными свойствами на нервную систему. Необходимо дальнейшее изучение влияния разных видов аквареабилитации (в контексте с изменениями других нейротрансмиттеров, нейротрофинов) на когнитивные, нейропротективные свойства нервной системы.

Выводы.

Выявлено, что у детей с РАС имеется снижение ГАМК – главного ингибирующего нейромедиатора головного мозга с более выраженными нарушениями у детей, имеющих выраженную гиперактивность, агрессию, аутоагрессию, аффективные состояния, а также, имеющих на ЭЭГ эпилептиформную активность.

Установлено, что общее СКЛ благоприятно влияет на показатели ГАМК у детей с аутизмом с умеренно выраженной симптоматикой и без эпилептических паттернов на ЭЭГ.

Отмечено, что включение в СКЛ курса лечебного плавания повышает уровень ГАМК у детей с аутизмом, имеющих различные клинические симтомы, не оказывая существенных изменений при наличии эпилептиформной активности на ЭЭГ.

Установлено, что включение в курс СКЛ адаптивного фридайвинга способствует повышению содержания ГАМК при разной степени выраженности аутизма, при выраженных клинических симптомах гиперактивности, агрессии и аффективных состояниях, а также, и при эпилептиформной активности на ЭЭГ.

Список литературы:

1. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б. Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему. //Социальная и клиническая психиатрия.- 2014. - №24(3). – С. 96-101.
2. Elsabbagh M., Divan G., Yun-Joo Koh Y.J. et al. Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. Autism Res.; 2012:5(3):79-160.
3. Безгодова А.А., Злоказова М.В. Этиопатогенез расстройств аутистического спектра: современные аспекты проблемы. В сборнике: Материалы, посвященные юбилею профессора Я.Ю. Иллека. // Вятский медицинский вестник. – 2015. – №2. – С.25-28.
4. Кулинский В.И., Колесниченко Л.С. Катехоламины: биохимия, фармакология, физиология, клиника: Лекция. // Вопросы медицинской химии. – 2002. - №48(1). - С.45-67.
5. Shinohe A., Hashimoto K., Nakamura K., et al. Increased serum levels jf glutamate in adalt patients with autism. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry; 2006:30:1472-1477.
6. Мольская Н.Е. Лечение заболеваний нервной системы физическими факторами. Евпатория, «Таврида». – 1998. – 245 с.
7. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия: Учебник для студентов мед. ВУЗов. М.,СПб.: СПП. – 1998. – 476 с.
8. Владимиров А.А., Ежов В.В., Пономаренко Г.Н. Физиотерапия. К.: Формат. – 2013. – №1. – С.310-322.
9. Батышева Т.Т., Бекбергенов Б.М., Шиошвили В.А. Лечебное плавание как метод аквареабилитации детей-инвалидов с нервно-мышечной патологией. Материалы IV междисциплинарной научно-практической конференции с международным участием «Детский церебральный паралич и другие нарушения движения у детей».М. – 2016. С.24.
10. Лысенко В.И. Новое направление в дельфинотерапии. Материалы IV междисциплинарной научно-практической конференции с международным участием «Детский церебральный паралич и другие нарушения движения у детей». М. – 2016. - С.104.

УДК 371.9 (075.8)

СКАЗКОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Чалаева А.С., Бобрик Ю.В.

Крымский инженерно-педагогический университет
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»
Россия, Симферополь

FAIRY TALE THERAPY IN COMPLEX REHABILITATION OF MENTALLY RETARDED YOUNG SCHOOLCHILDREN

Chalaeva A.S., Bobrik Yu.V.

Crimean engineering and pedagogical university, Medical Academy named after S.I. Georgievsky of Vernadsky CFU,
Russia, Simferopol

Аннотация: В данной статье показано влияние сказкотерапии на процесс социализации интеллекта детей с умственной отсталостью при проведении комплексной реабилитации. Проанализирован генезис сказкотерапии как технологии социальной реабилитации. Изучены особенности применения сказкотерапии в социализации умственно отсталых младших школьников, а также проведен мониторинг сказкотерапии как метода коррекции эмоциональных расстройств у младших школьников с нарушением интеллекта.

Abstract: This article shows the effect of fairy-tale therapy on the process of socialization of the intellect of children with mental retardation during complex rehabilitation. The genesis of fairy-tale therapy as a technology of social rehabilitation is analyzed. The features of the application of fairy-tale therapy in the socialization of mentally retarded younger schoolchildren are studied, and the monitoring of fairy-tale therapy as a method of correcting emotional disorders in younger students with intellectual disabilities has been conducted.

Ключевые слова: реабилитация, сказкотерапия, социализация, умственно отсталые младшие школьники.

Key words: rehabilitation, fairy tale therapy, socialization, mentally retarded younger schoolchildren.

Многолетняя практика и поиски новых путей повышения результативности комплексной реабилитации показали, что добиться положительного результата в работе с детьми с нарушениями интеллекта можно, если наряду с традиционными медицинскими средствами и развивающими занятиями включать в коррекционную работу комплексные занятия с использованием нестандартных форм и методов проведения [1].

Одним из древнейших методов, активно разрабатываемых психологами и педагогами в последнее годы и применяемых в работе с детьми с нарушениями интеллекта, является использование сказки.

Сказка является наиболее универсальным, комплексным методом воздействия в коррекционной работе [4]. Тексты сказок расширяют словарный запас детей, помогают верно строить диалоги, а, следовательно, влияют на развитие интеллекта.

Под термином «сказкотерапия» понимается способ передачи знаний о духовной и социальной реализации человека. Именно поэтому сказкотерапию называют воспитательной системой, сообразной духовной природе человека.

Огромный вклад в исследование и разработку данной проблемы внесли: Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, А.В. Гнездилов, Т.М. Грабенко, Т. Сергеева, М. А. Поваляева, Г.Г. Чебанян, Д.Ю. Соколов, О.В. Защиринская, С.А. Черняева и многие другие.

Цель работы. Показать влияние сказкотерапии на процесс социализации интеллекта детей при комплексной реабилитации умственно отсталых младших школьников.

Концепция сказки основана на идеях социальных ценностей, носителем которых выступает положительный герой. В символической форме сказка содержит информацию о социальной роли индивида и его социальном поведении. Сказка способствует развитию позитивных межличностных отношений, социальных умений и навыков поведения, а также нравственных и эмоциональных качеств личности, определяющих ее внутренний мир [7].

Особенностью работы в системе сказкотерапии является взаимодействие с учеником на ценностном уровне. Ведущие идеи сказкотерапии: осознание своих потенциалов, возможностей и ценности собственной жизни; понимание причинно-следственных связей событий и поступков; познание разных стилей мироощущения; осмысленное созидательное взаимодействие с окружающим миром; внутреннее ощущение силы и гармонии.

Сказкотерапия – это один из эффективных методов работы с учениками начальных классов, которые испытывают те или иные эмоциональные и поведенческие трудности. Суть этого метода в создании особой сказочной атмосферы, которая делает мечты ребенка действительностью, позволяет ребенку вступить в борьбу со своими страхами, комплексами. Суть этого метода в создании особой сказочной атмосферы сопровождает человека на протяжении всей жизни, помогает его успешной социализации и эффективному усвоению жизненных уроков. Сказка для ребенка – это не просто вымысел, фантазия, это особая реальность мира чувств. Сказка расширяет рамки обычной жизни; только в сказочной форме дети сталкиваются с такими сложными явлениями и чувствами, как жизнь и смерть, любовь и ненависть, гнев и сострадание, измена и коварство [2].

Терапевтическая сказка отличается от обычной тем, что ее придумывают специально с учетом особенностей ребенка. То есть ее главный герой похож на ребенка, он переживает те же проблемы и эмоции. Он борется, например, с тьмой, и по его поступкам ребенок может видеть, что это на самом деле не так уж страшно. Или, наоборот, героя сказки судьба наказывает за то, что он не моет руки или не слушается родителей [2]. Главная задача сказок: через сказочные события показать герою ситуацию с другой стороны, предложить альтернативные модели поведения. Сказка используется родителями, учителями, психологами, для подготовки ребенка к школе, организации ее вхождения в пространство школьной жизни. Сказкотерапия позволяет овладеть позитивными моделями поведения, снизить негативные эмоции, уровень тревожности. Общение детей со сказкой помогает им справиться со своими негативными состояниями, неуверенностью, ленью, нежеланием познавать новое и тому подобное. Один из основных приемов работы со сказкой – анализ сказок. Целью анализа сказок – осознание, интерпретация того, что стоит за сказочной ситуацией, конструкцией сюжета, поведением героев. Например, для анализа выбирается известная сказка или сказка, созданная психологом или учителем для индивидуальной работы с учениками. При этом ребенку предлагается ответить на ряд вопросов: «Как вы думаете, о чем эта сказка?», «Кто из героев больше всего понравился и почему?», «Почему герой сделал те или иные поступки?», «Как герой нашел выход из сложной ситуации?» и тому подобное. Рассказывание сказок. Прием направлен на развитие фантазии и творческого воображения. Ребенку или группе детей предлагается рассказать сказку от первого или третьего лица, а также от имени других сказочных героев [7].

Факторами эффективности сказкотерапии являются: отсутствие в сказках дидактики, нравоучений; отсутствие четких персонификаций; образность и метафоричность языка; психологическая защищенность; наличие тайны и волшебства [5].

Сегодня сказкотерапия синтезирует многие достижения психологии, педагогики, социономии и философии разных культур – все это приобретает форму метафор [3].

Актуальность и новизна комплексной сказкотерапии заключается в объединении многих методических, педагогических, психотерапевтических, социономических приемов в единый сказочный контекст и адаптация их к психике как ребенка, так и взрослого человека [6].

Выводы. Таким образом, сказкотерапия как средство социализации умственно отсталых младших школьников представляет собой перспективное направление в социально-коррекционной работе с группами социального риска при комплексной реабилитации умственно отсталых младших школьников, так как сказка является наилучшей формой усвоения информации. Сказку для сказкотерапии чаще всего составляют для каждого ребенка отдельно, с учетом ее особенностей, отталкиваясь от тех проблем и страхов, которые присущи конкретному ребенку. Такая сказка должна предоставить ребенку возможность прибегнуть к самоанализу. Главный герой переживает те же эмоции, что и ребенок, преодолевает те же страхи и комплексы, находит выходы из проблемной ситуации. Ребенок сравнивает себя с персонажем, анализирует его поведение и, как результат, учится преодолевать трудности различного характера в реальной жизни, избавляется от тех недостатков, которые присущи ему сейчас.

Список литературы:

1. Брун Б., Педерсен Э., Рунберг М. Сказки для души. Использование сказок в психотерапии. М.: "Информационный центр психологической культуры", 2000. – 184 с.

2. Вачков И.В. Психология для малышей, или Сказка о самой «душевной» науке. / И.В. Вачков – М.: Педагогика, 2016. – 216 с.

3. Гнездилов А. В. Авторская сказкотерапия. Дым старинного камина (сказки доктора Балу). СПб.: "Речь", 2002. – 292 с.

4. Защиринская О. В. Сказка в гостях у психологии. Психологические техники: сказкотерапия. СПб.: "Издательство ДНК", 2001. – 152 с.

5. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Путь к волшебству. Теория и практика сказкотерапии. – СПб.: Речь, 2015. – 115 с.

6. Коношенко О. Л. Домашний психолог. Сказкотерапия. М.: "Эксмо", 2002. – 72 с.

7.Шевченко С.Г. Коррекционно-развивающее обучение. Организационно-педагогические аспекты / Метод, пособие для учителей классов коррекционно-развивающего обучения. – М.: ВЛАДОС, 2014. – 136 с.

УДК 376.2/.3/.4, 373.2.

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ И ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДОШКОЛЬНИКОВ: ЖИЗНЬ В ЦВЕТЕ

Вечканова И.Г., Кириллова Е.В., Комарова Л.Р.

ГБДОУ №5 комбинированного вида Невского района
Россия, Санкт-Петербург

ALTERNATIVE AND AUGMENTATIVE COMMUNICATION IN THE PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL REHABILITATION OF DISABLED PRESCHOOLERS: COLOURFUL LIFE

Vechkanova I.G., Kirillova E.V., Komarova L.R.

Preschool №5, Nevsky district
Russia, St.Petersburg

Аннотация: В статье представлена организация персонификации образовательных ситуаций междисциплинарной командой специалистов для облегчения восприятия

абстрактных понятий окружающего мира (дни недели, настроение, ориентация в пространстве и правилах поведения) в ходе проекта «Разноцветные истории», в основу которого положены произведения Э.Успенского. Специально была создана реабилитационная среда с использованием символики цвета как вспомогательного и дополнительного средства коммуникации (радуга, календарь недели, некоторые системы АДК содержат символику цвета в обозначении принадлежности к частям речи). В ходе проекта стимулировались образовательные ситуации и совместная деятельность, в которых при использовании в играх дети с разным уровнем развития речи и сенсо-моторики могли выбрать себе различные роли, символику цвета для самоидентификации и самореалиреализации.

Abstract: The article presents the organization of the personification of educational situations by an interdisciplinary team of specialists to facilitate the perception of abstract concepts of the surrounding world (days of the week, mood, orientation in space and rules of conduct) during the project “Multicolored stories”, based on the works of E. Uspensky. A rehabilitation environment was specially created using color symbolism as an auxiliary and additional means of communication (rainbow, week calendar, some AAC systems contain color symbolism in the designation of belonging to parts of speech). During the project, educational situations and joint activities were stimulated, in which, when used in games, children with different levels of speech development and sensory-motor skills could choose various roles for themselves, color symbolism for self-identification and self-realization.

Ключевые слова: дошкольники с нарушением опорно-двигательного аппарата, с ДЦП, с генетическими синдромами, альтернативная и дополнительная коммуникация (АДК), игровые технологии реабилитации, Монтессори-технологии, проекты, инклюзия.

Key words: preschool children with breach of the musculoskeletal system, cerebral palsy, genetic syndromes, alternative and augmentative communication (AAC), game technologies of rehabilitation, Montessori technology, design activity, inclusion.

Цели. В ходе проекта «Разноцветные истории» создавались игровые ситуации для изучения особенностей детей с ОВЗ с учетом показателей, заложенных в МКФ (с 3-х лет «Восприятие сообщений при невербальном способе общения» (d315), с 6-ти лет «Управление собственным поведением» (d250), «Понимание значения невербальных сообщений через жесты тела, основные знаки и символы, рисунки и фотографии» (d320)), а также повышения уровня реабилитированности, развития представлений детей с ОВЗ на примере знакомства с цветом. Учитывая фактор с 3-5 лет «Средства и технологии коммуникации» (el25), уже на этапе диагностики (и обучающего эксперимента) «неговорящим» детям для облегчения выполнения задания и возможности представить ответ альтернативными и дополнительными способами коммуникации предлагались цветовые шкалы, картинки, пиктограммы, фотографии, цветные куклы.

Методы. Ведущим методом являлся педагогический эксперимент (констатирующий, формирующий этапы эксперимента), а также метод экспертных оценок. Для целей экспериментального исследования в процесс интеграции детей с ОВЗ с нормативно развивающимися детьми была включена фокус-группа - междисциплинарная команда специалистов, использующая АДК и игровые технологии в проектной деятельности. В проекте «Разноцветные истории» приняли участие 35 детей дошкольного возраста (3-7 лет), посещающих группы: 15 детей с нарушением ОДА, 20 - со сложным дефектом (ДЦП, с генетическими синдромами); 10 детей со сложным дефектом, посещающих Центр сопровождения ребенка с ОВЗ и его семьи (среди которых 2 ребенка – с онкозаболеваниями, 1 – с гастростомой). Учитывая важность дистанционной психолого-педагогической поддержки проектов детей и родителей [1], она осуществлялась на специализированном сайте Инклюзивное Педагогическое Бюро, http://buro.5.dou.spb.ru/, ГБДОУ №5.

Выводы о низком уровне реабилитированности по показателям МКФ позволили выстроить рекомендации по изменению предметно-пространственной среды. Результаты большой части детей (80% - с интеллектуальной недостаточностью, 60% - с ТНР в возрасте 3-3,5 лет, 90% - детей с ДЦП в возрасте 3 лет), отнесенных к 4-му низкому уровню реабилитированности (0-1 балл в каждой серии заданий), условно можно сопоставить с показателями возраста до 2 лет. Поэтому были учтены факторы окружающей среды до 2 лет - «Продукты и технологии, используемые для игровой деятельности» (e152) и с 3-х лет «Дизайн.» (el50). В образовательном учреждении была создана реабилитационная среда с использованием символики цвета внутри групп (цветные стрелки, календарь недели, времен года, шкала боли [4], шкала настроения) и в холлах, например, в том числе ступени лестницы, специально оборудованные цветными изображениями (осьминожками) для стимуляции ходьбы детей с ДЦП, осваивающих навык с помощью взрослых. Были проведены дни АДК, посвященные памяти Э.Успенского, как писателя, нашедшего свой язык общения с детьми, придумавшего новых героев, которые сначала воспринимаются как странные, а потом покоряют сердца детей всего мира (например, Чебурашка). Поэтому сюжетной основой, персонажами для занятий, художественного квеста, стали человечки и осьминожки из стихотворения и мультфильма «Разноцветная семейка». Также изучалась вода и разнообразие цветов морских обитателей, мимикрия, обсуждался свет и цвет в морском мире, цветовые иллюзии.

В условиях работы, которая осуществлялась на базе ГБДОУ № 5 Невского района Санкт-Петербурга, участниками проекта стали воспитатели групп, учителя-дефектологи, учителя-логопеды, музыкальные руководители, инструктора по физической культуре и адаптивной физкультуре (АФК), обучающиеся и их родители. Ее деятельность осуществлялась в условиях мотивирующей полифункциональной развивающей предметно-пространственной среды на основе символики цвета. Использование цвета в теории обосновал И. Ньютон в традициях пифагорейской школы, связывая семь спектральных цветов с семью нотами октавы [1]. С эпохи Просвещения цветовой символизм характеризуется замещением традиционного содержания цветовых символов древнего мира и античности (цвет как символ стихий и начал) - новым, к двадцатому веку - символикой социальных и индивидуально-психологических процессов. Соответствие цвета и эмоционально-волевых состояний изучали философы (И.Гете, Шеллинг, Шопенгауэр) и психологи (М.Люшер, Б.Шварц, В.Ф.Петренко, В.В.Кучеренко). Ч.Осгуд предложил семантический дифференциал как шкалу «аффективных компонентов значения», придающих всему значению то, что можно назвать его «эмоциональной окраской». Шкала легла в основу разных тестов с использованием цвета и картин, например, у Роршаха – пятен. Разнообразие цвета и форм в обучении детей использовали Сеген, Фребель, Монтессори. М.Монтессори в автодидактических материалах предложила дифференциацию: желтый – предметы, сделанные руками человека, зеленый – растительный мир, красный – животный мир. В подвижном алфавите М.Монтессори окрасила согласные буквы в голубой, гласные – в красный.

Результаты. Реализуя задачи сопровождения детей с ОВЗ по улучшению качества коммуникации с использованием ассистивных технологий [2, 3], мы основное внимание обращали на формирование у детей с ОВЗ коммуникативных навыков взаимопомощи в игровых и продуктивных видах деятельности. Для того чтобы дети могли продемонстрировать друг другу определенный уровень сформированных представлений об АДК, были проведены совместные досуги. В каждом театрализованном досуге педагоги исполняли роли (Чебурашка, мама Осьминожка, кот Матроскин, Печкин), дети мотивированно помогали литературным героям решать проблемные ситуации.

Для улучшения понимания смысла литературных произведений осуществлялось знакомство с реальным животным миром, сопровождение подпроекта «Доступная наука» было организовано так, что первое занятие посвящено знакомству с экосистемой морского

аквариума: кораллы, водоросли. Педагоги отметили, как стимулируется коммуникативная и речевая деятельность: ребята общаются с ними, трогая кораллы, определяя на ощупь мягкие и роговые, предлагая анемонам корм, выясняя, что есть рот и аппетит.

Монтессори-педагог презентовал упражнения по физическим свойствам и химическому составу морской воды, где дети узнавали, почему она солёная и горькая (и в ней яйцо плавает), а также, почему она не окрашивается, как обычная вода, в которую дети наливали из пипетки краску. Таким образом в проекте реализовывалась прямая цель при работе с пипеткой – освоение пинцетного захвата для последующего правильного захвата карандаша при обучении письму, косвенная – освоить нажим для выдавливания из пипетки необходимого количества жидкости. В наборе материалов к упражнениям жизненной практики предметы должны иметь один цвет, например, на красном подносе помещаются кувшины и салфетка того же цвета. Отрабатывая упражнения, дети проживают ситуацию, используют настоящие бытовые предметы, выполняя прямую цель - освоить навык переливания, косвенную – контроль ошибок в наведении порядка и уборке материала на место.

В ходе проекта стимулировались нетрадиционные образовательные ситуации и совместная деятельность, в которых при использовании одного материала игры дети с разным уровнем развития речи и сенсо-моторики могли выбрать себе разные роли: пират, капитан, моряк, руководитель лаборатории, диктор корабельного радио, штурман, прокладывающих курс историй, карту сокровищ, рассказчик морских историй, командир судна, ведущий бортовой журнал (фиксатор алгоритма на карточках), юнга - исполнитель действий, наблюдатель, фоторегистратор, сигнальщик, лаборант, аквалангист, член экипажа батискафа, впередсмотрящий.

В интегрированных группах в ходе совместной деятельности педагог организовывал среду для выбора дифференцированных заданий (различный уровень сложности подачи и выполнения инструкции, разный по цвету (АДК) и размеру инвентарь (например, сачок, шумовка, скребок), материал для поделок, дифференцированный материал по сложности и объему деталей для анализа) и разнообразных средств АДК. Так как у воспитанников (включенных в группу для детей с нарушением ОДА) с болезнью Штурге-Вебера и при синдроме Нунан на фоне снижения интеллекта проявлялись нарушения памяти и внимания, в ходе проекта им были предложены игры на развитие психических процессов. Так, например, в подпроекте «Доступная наука» объединяющим занятия был герой проекта – Пират, в том числе и при проведении мастерской «Заселение аквариума». Модели для заполнения аквариума дети сделали сами. Выбор поделки зависел от предпочтения ребенка, а технология изготовления предлагалась воспитателем на выбор исходя из моторных возможностей детей. Так, ребенку с расстройством аутистического спектра предложили алгоритм смятия бумаги, чтобы получился камень и грунт, ребенку с синдромом Дауна - катания пластилина «колбаской» (водоросли), с нарушением ОДА младшего возраста – аппликация из ракушек (краб), с интеллектуальной недостаточностью - аппликация песком и солью (морские звезды), с неврозом - технологии нитингтерапии (роговые кораллы). Заселить аквариум предлагалось с помощью моделей - цветных карточек разного уровня сложности, например, 1-й уровень сложности: справа на переднем фоне находится коралл, а слева на заднем фоне - скат. Развитие понимания речи, смысла сказанного, ориентируясь на части речи, грамматические формы слов [2], осуществлялось при деятельности по вспомогательному алгоритму «Пиктограммы в океане» (знакомство с экосистемой аквариума, правилами наблюдения и ухода за морским аквариумом).

Развитие импрессивного словаря осуществлялось в играх с задачей семантизировать нетрадиционную лексику, например, «На морском дне, в морской воде»; расширять пассивный словарь на основе углубления знаний о предметах и явлениях окружающего мира (море) и общественной жизни (аквариум в зоопарке, океанариум), например, «Найди морских обитателей». Игры со схемами, таблицами, шкалами цвета

позволили вводить в пассивный словарь существительные, обозначающие видовые (мягкие, жесткие кораллы) и родовые (кораллы) понятия («Коралловая ферма»); развивать понимание конкретных и обобщающих существительных, глаголов, прилагательных, наречий («Сортировка: морские минералы - жемчуг и кораллы»); развивать понимание существительных, обозначающих материалы (резина, бумага, пластмасса…) из которых сделаны игрушки («Помоги пирату»); вводить в пассивный словарь относительные прилагательные (пластмассовый, бумажный) по описанию педагога («Найди игрушку, которая похожа на морскую зверушку»); вводить в пассивный словарь прилагательные, противоположные по значению, - антонимы (радостный – грустный; сухой-мокрый; соленый-пресный) и синонимы (анемоны или актинии) («Собери карточки в чемодан моряка»). Логопед использовал пиктограммы глаголов, предлогов, стрелки, цифры чтобы вводить в пассивный словарь наречия (слева/справа) со значением местоположения («Накорми звезду моллюсками»); количественные (один) и порядковые (первый) числительные («Сколько звёзд в волне морской?»); предлоги (из-за, между, около, из-под) («Спрячь звезду от калана»); союзы (и, а, потому что) в интерактивной беседе («Рассказ о размножении способом деления: почему звезда не гибнет»).

Для развития экспрессивной речи педагоги создавали разнообразные формы занятий, чтобы стимулировать проявление речевой активности, например, при игре-лото на сравнение («Разложи морские звёзды по группам»). Чтобы развивать единство и адекватность речи, мимики, жестов, пантомимики организовывались «Морские беседы» (правило: когда море шумит прибоем на маяке не слышно, что кричат с берега, надо жестом дополнять речь), викторина «Найди место морских жителей по картинке» (на развитие логического мышления, умения задавать вопросы, отвечать на них); совместное сочинение «Пиратских историй» (формировать умение передавать сюжет небольшого произведения с опорой на предметы и предметные картинки). С помощью картинок лото и предметов дети учились составлять описательные рассказы о предметах и объектах по образцу, алгоритму «На земле, в небесах и на море» (морская свинка - животное свинья, морская звезда - небесное тело звезда, рыба шар - геометрическое тело шар, морской еж – животное еж в ухоронке). В ходе совместной деятельности стимулировалось развитие номинативного словаря при наблюдении и рассматривании аквариума, картин (звезда, коралл, аквариум, море, анемона, животное, строение, тело, щупальца, вода, суша, грунт, водоросли); развитие предикативного словаря при наблюдении опытов посадки коралла (питается, укореняются, прикрепляются, окрашивается); развитие адъективного словаря при проведении опытов с пресной и соленой водой (морская, мягкий, солёная, рыхлый). Игры в «фокусы» стимулировали навык согласования прилагательных с существительным («обычная (ый) – морская(ой)» - звезда, свинка, еж, вода, шар), конкурс «Повтори морской пейзаж» - навык счета и пространственного восприятия при плоскостном конструировании.

Учитывались отличительные особенности изобразительной деятельности детей с ДЦП при рисунке человека: неумение соединять части рисунка в единое целое, трудности в передаче величины, искажение форм, смещение рисунка относительно центральной части листа, недостаточная дифференциация цветов. Поэтому педагоги использовали арт-технологии для рисования: крашеные крупы (рис, перловка, манка), соль, речной песок, а инструментом для рисования первых линий являлись вспомогательные орудия (грабли, скребки, лопатки). Цвет в различных материалах (бытовых) способствовал повышению мотивации в играх на развитие мелкой моторики: «Морские волны» (для рисования крашеный голубой рис, под которым спрятаны плоские формы рыб, а инструментом для рисования волнистых линий являлись грабли); «Красные водоросли» (в красной перловке взрослый прячет 2-3 палочки и предлагает ребенку продолжить это занятие, а затем отыскать все счетные палочки на дне контейнера).

Развитие пространственных представлений у детей старшего дошкольного возраста осуществлялась с помощью макета аквариума в «Играх твоего ума» - дифференцировка

пространственных отношений собственного тела и сверстника, например, в двигательной парной игре «Посади морскую звезду себе на… правое плечо/колено...» особенно интересно проходила у близнецов (один ребенок с нарушением ОДА, другой – с ДЦП) в роли близнецов осьминожков. Была смоделирована лаборатория, игры в которой способствовали развитию восприятия, соотнесению количества предметов с числом ("Разложи, как в аквалаборатории" набор цифр, звезд и разноцветных бусин в контейнеры с разделителями), тактильных ощущений («Опиши, что сети принесли (морская звезда, скат, водоросли), после обследования руками»). В игре «Угадай, что на дне морском» Монтессори-педагог презентовала полосатые мешочки с крупой, к ним комплект прозрачных открывающихся баночек с такими же видами круп (горох, греча, пшено), ощупав зерна из баночки, ребенок находил мешочек с аналогичным наполнителем. Такие игры формирование сенсорных эталонов помогали также слепому дошкольнику с ДЦП выработать способы компенсации. Развитие тактильно – двигательного восприятия проходило в квесте - игре по узнаванию предметов на ощупь "Жизнь под микроскопом" (микроскоп, корзина, накрытая платком с предметами одного цвета и разной величины). К микроскопу дети складывали предметы маленьких размеров, которые надо увеличить, или искали пары предметов: большой (звезда, шар) и маленький (звездочка, шарик).

Игры с цветом на зеркальном мольберте служили хорошей тренировкой для развития внимания и памяти, знакомили с понятием "симметрия" («Отражение в воде», "Зеркальное отображение картинки"), были направлены на профилактику оптической дизграфии.

Обобщив опыт разработки проекта, мы выделили методические аспекты основных этапов: 1) постановка целей: команда педагогов стимулирует и помогает ребенку, в том числе с ОВЗ, выбрать посильную для него задачу на определенный отрезок времени; 2) совместная разработка проекта, привлечение детей к участию в планировании деятельности по достижению цели: к кому обратиться за помощью; в каких источниках (схемы, алгоритмы правил, цветовые шкалы) можно найти информацию; какие представления, окружающую среду использовать; с какими предметами, технологиями АДК научиться работать (различать по цвету) для достижения цели; 3) выполнение проекта (совместная практика); 4) подведение итогов и представление проекта в группе, на интеграционных досугах, спектаклях, квестах. Таким образом повышается реабилитационный потенциал, показатель активности и участия детей с ОВЗ и их родителей в реабилитационно-образовательных и досуговых мероприятиях.

Список литературы:

1. Базыма Б. А. Цвет и психика. - Харьков: ХГАК, 2001.- 172 с.
2. Баряева Л.Б., Логинова Е.Т., Лопатина Л.В. Я-говорю! Упражнения с пиктограммами. Ребенок в семье. Рабочая тетрадь. - М.: Дрофа, 2007.
3. Кожевникова Е.В. Ассистивные технологии в ранней помощи// Межд. научн. конференция «Технологии реабилитации: наука и практика»: матер. межд. научн. конференции, Санкт-Петербург, 25-26 апреля 2018 г. [Глав. ред. д-р мед. наук, проф. Г.Н.Пономаренко]. – С-Пб: ООО «Р-КОПИ», 2018. – С.110.
4. Шкала боли. Памятка. Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2018.

УДК 615.834-053.2/ 612.0172-616.831.009.11

НЕЙРОГЕНЕЗ В КОМПЛЕКСЕ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В ПРОЦЕССЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Каладзе Н.Н.[1], Мошкова Е.Д.[1], Пономаренко Ю.Н.[2]

[1]Медицинская академия им. С.И.Георгиевского Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского. Симферополь
[2]Федеральное государственное учреждение «Евпаторийский военный детский клинический санаторий имени Е.П. Глинки» Министерства обороны Российской Федерации. Евпатория.
Россия, Симферополь, Евпатория

NEUROGENESIS IN THE COMPLEX OF ADAPTATION REACTIONS IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY IN PROCESS OF SPA RESORT TREATMENT

Kaladze N.N.[1], Moshkova E.D.[1], Ponomarenko Yu.N.[2]

[1]Medical Academy n. S.I.Georgievsky of Crimean Federal University n.V. I. Vernadsky
[2]Yevpatoriya Central Children's Clinical Sanatorium of the Ministry of Defense of the Russian Federation
Russia, Simferopol, Evpatorya

Аннотация: Проблема безопасного реабилитационного лечения детей с детским церебральным параличом в условиях курорта чрезвычайно актуальна в связи с частыми осложнениями, в первую очередь, возобновление у детей с ДЦП эпилепсии во время пребывания на курорте. Обследовано 120 детей с ДЦП, проводилась электроэнцефалография, исследование зрительных вызванных потенциалов, уровень BNDF, Hsp27, белка S-100. Эпилептиформные изменения в ЭЭГ стали более выражены у всех детей с ДЦП вне зависимости от тяжести двигательных нарушений, при этом у детей с нетяжелыми двигательными нарушениями усиление эпилептиформных изменений произошло на фоне значимого повышения уровня нейротрофических факторов. У детей с тяжелыми двигательными нарушениями усилились эпилептиформные изменения ЭЭГ на фоне снижения уровня нейротрофинов и ухудшения проводящих функций нейронов.

Abstract: The problem of safe rehabilitation treatment of children with cerebral palsy in a resort is extremely urgent because of frequent complications in the first place, the resumption of cerebral palsy in children with epilepsy during their stay at the resort. The study involved 120 children with cerebral palsy, was carried out electroencephalography, visual evoked potentials, study level BNDF, Hsp27, protein S-100. EEG changes become more pronounced in all children with cerebral palsy, regardless of the severity of motor disorders, while children with mild motor impairment increased changes occurred against a background of significant increase in the level of neurotrophic factors. In children with severe motor impairment increased EEG changes due to lower levels of neurotrophins and deterioration conducting neuronal function.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, реабилитация, эпилепсия, зрительные вызванные потенциалы, нейротрофины

Key words: cerebral palsy, rehabilitation, epilepsy, visual evoked potentials, neurotrophins

Актуальность.

Проблема безопасного реабилитационного лечения детей с детским церебральным параличом (ДЦП) в условиях курорта чрезвычайно актуальна в связи с достаточно частыми осложнениями, возникающими во время санаторно-курортной реабилитации у этой категории пациентов [2]. Семья пациента с ДЦП, как правило, возлагает большие

надежды на результат санаторно-курортной реабилитации. Неудовлетворительный результат санаторно-курортной реабилитации в виде возникших во время лечения осложнений крайне нежелателен как в экономическом аспекте, так и в социальном, так как неизбежно влияет на приверженность семьи к дальнейшему лечению [1].

Самой большой проблемой, осложняющей санаторно-курортную реабилитацию, является возобновление у детей с ДЦП эпилепсии во время пребывания на курорте, что делает невозможным дальнейшее продолжение реабилитационного лечения [4]. Клинические проявления эпилепсии разной степени встречаются у половины детей с детским церебральным параличом [2, 4]. Эпилептиформные изменения в ЭЭГ у детей с ДЦП встречаются по разным источникам в 82% случаев, в том числе у детей без клинических проявлений эпилепсии [5, 7, 12]. Эпилепсия у детей с ДЦП значительно ограничивает возможности реабилитации, помимо этого может быть причиной дополнительных дезадаптационных нарушений [11].

Главным достижением нейронаук прошлого века было открытие нейротрофических факторов, доказавших наличие пластических и регенеративных свойств нейронов [6, 8]. В настоящее время нейрогенез рассматривается как адаптационная реакция нервной системы [3]. В связи с чем, целью нашей работы было изучение изменений в состоянии системы нейротрофических факторов в процессе санаторно-курортного лечения и возможной связи этих изменений с обострением эпилепсии у детей с ДЦП.

Материалы и методы:

Обследовано 120 детей с ДЦП. Всем детям проводилась электроэнцефалография (ЭЭГ), исследование зрительных вызванных потенциалов на вспышку (ЗВПВ). На ЭЭГ учитывалось наличие, морфология и локализация эпилептиформных графоэлементов. Анализ ЗВПВ проводился в соответствии с ISCEV Standart-2009. Уровень нейротрофического фактора головного мозга (BNDF) (BMS Diagnostics), белка теплового шока Hsp27 (BMS Diagnostics), белка S-100 (Fujirebio) определяли методом иммуноферментного анализа. Биохимические показатели сравнивались с показателями 28 здоровых детей. Дети с ДЦП получали стандартный комплекс реабилитации, включавший лечебную физкультуру, бальнеолечение (минеральная ванна или бассейн), грязевые аппликации, морские ванны, климатолечение, симптоматическую терапию.

Результаты и обсуждение:

Согласно системы оценки моторных функций при церебральных параличах (GMFCS) у обследованных преобладали средне тяжелые и тяжелые двигательные нарушения. Среднее значение составило 3,43 ± 0,83.

Как видно из таблицы 2, у большинства детей с легкими двигательными нарушениями приступы эпилепсии отсутствовали и ранее никогда не отмечались, у большинства детей с двигательными нарушениями средней степени тяжести приступы были ранее, в большинстве случаев ситуационно обусловленные и на момент прибытия в санаторий не требовали лечения. У детей с тяжелыми двигательными нарушениями отмечались приступы эпилепсии, контроль над которыми был достигнут приемом одного противоэпилептического препарата.

Таблица 2. Клинические проявления эпилепсии у детей с детским церебральным параличом в зависимости от тяжести двигательных нарушений

	Приступы отсутствуют, n(%)	Приступы ситуационные, лечения не требуется, n(%)	Приступы 1-2 раза в год прием одного антиконвульсанта, n(%)
I	6 (85,7%)	1 (14,3%)	-
II	9 (69,2%)	3 (23%)	1 (7,6%)
III	2 (6%)	28 (84,8%)	3 (9%)

IV	9 (16,4%)	41 (74,5%)	5 (9%)
V	-	3 (25%)	9 (75%)
Всего	26 (21,6%)	76 (63,3%)	18 (15%)

По результатам электроэнцефалографии у большинства детей с ДЦП в ЭЭГ зарегистрированы эпилептиформные изменения, в том числе у детей, не имевших клинических проявлений эпилепсии (таблица 3)

Таблица 3. Количество детей с эпилептиформными изменениями ЭЭГ с разными клиническими проявлениями эпилепсии

	до лечения	после лечения
Приступы 1-2 раза в год, прием одного антиконвульсанта	14 (82,4 %)	17 (100 %)
Приступы ситуационные, прием антиконвульсанта не требуется	50 (80,6 %)	57 (91,9%)
Приступы отсутствуют	31 (75,6 %)	34 (82,9 %)

Исследование зрительных вызванных потенциалов на вспышку показало значительное увеличение латентностей практически всех компонент потенциалов, в особенности, компонент P2, N2 и P3, N3, регистрацию которых связывают с ответом подкорковых зрительных центров и проводящих путей белого вещества полушарий головного мозга. Ранние компоненты потенциалов P1 и N1, отражающие функцию периферической части зрительного анализатора, значительно варьировали в зависимости от тяжести двигательных нарушений (таблица 4).

Таблица 4. Латентности компонент зрительных вызванных потенциалов у детей с ДЦП

Компоненты ЗВП	Распределение по уровням GMFCS				
	I	II	III	IV	V
P1	77 ± 6,94	91 ± 4,37	122 ± 6,53	128 ± 9,42*°	146 ± 11,35*°
N1	98 ± 9,22	124 ± 11,34	158 ± 14,8	167 ± 10,14*°	175 ± 12,4*°
P2	164 ± 13,27	173 ± 6,52	188 ± 14,4	197 ± 14,38*°	214 ± 10,76*°
N2	193 ± 11,43	212 ± 10,42	242 ± 17,2	246 ± 19,82*°	279 ± 14,65*°
P3	327 ± 26,72	344 ± 17,16	365 ± 22,9	372 ± 23,63*°	387 ± 23,58*°
N3	358 ± 28,35	414 ± 29,13	432 ± 31,3	465 ± 34,25*°	478 ±35,73*°

Примечания: * - различия показателей V и I уровня ($p<0,001$)

° - различия показателей V и II уровня ($p<0,001$)

Достоверных отличий значений латентностей компонент ЗВПВ между показателями I и II уровня не было. Так же не было достоверных различий в показателях детей III и IV. Достоверно отличались общие средние показатели детей I и II уровня с общими средними показателями III и IV, а так же с показателями V уровня.

После курса реабилитации эпилептиформные изменения в ЭЭГ детей с ДЦП усилились по следующим критериям:

- увеличение количества эпилептиформных графоэлементов в течение стандартной записи ЭЭГ,

- регистрация эпилептиформных графоэлементов на фоновой ЭЭГ тех детей, у которых при первичном обследовании эпилептиформная активность регистрировалась только на фоне фотостимуляции.

У детей с легкими двигательными нарушениями количество детей с эпилептиформными измененими ЭЭГ увеличилось практически на 20 %. У детей с

тяжелыми двигательными нарушениями в 100% зарегистрированы эпилептиформные изменения в ЭЭГ после реабилитационного лечения (таблица 5).

Таблица 5. Динамика эпилептиформных изменений в электроэнцефалографии детей с детским церебральным параличом в зависимости от тяжести двигательных нарушений

Уровень GMFCS	Количество детей	До лечения	После лечения
I	7	4 (57,1%)	5 (71,4%)
II	13	9 (69,2%)	11 (84,6%)
III	33	27 (81,8%)	30 (90,9%)
IV	55	45 (81,8%)	50 (90,9%)
V	12	10 (83,3%)	12 (100%)

Показатели зрительных вызванных потенциалов после реабилитационного лечения у детей с двигательными нарушениями разной степени тяжести изменились неоднозначно. У детей I и II уровня после лечения латентности практически всех компонент достоверно сократились, амплитуда компонент P1-N1 изменилась недостоверно. Показатели латентностей и амплитуды компонент вызванных потенциалов у детей III и IV уровня после лечения без динамики. У детей V уровня показатели латентностей P2, N2, P3, N3 увеличились, амплитуда компонент P1-N1 недостоверно снизилась (таблица 6 и 7).

Таблица 6. Динамика латентностей компонент ЗВПВ после курса санаторно-курортного лечения у детей с ДЦП

Распределение по уровням GMFCS		Компоненты ЗВП					
		P1	N1	P2	N2	P3	N3
I-II	до лечения	86 ± 5,74	109 ± 5,42	165 ± 8,18	202 ± 10,53	331 ± 22,36	381 ± 28,74
	после лечения	72 ± 4,52*	93 ± 8,12*	141 ± 8,74*	179 ± 7,61*	301 ± 5,94*	339 ± 26,82*
III-IV	до лечения	123 ± 8,11	163 ± 12,4	193 ± 14,3	245 ± 18,45	368 ± 23,17	451 ± 32,8
	после лечения	126 ± 9,63	164 ± 10,21	188 ± 19,26	239 ± 22,64	364 ± 20,21	459 ± 27,16
V	до лечения	146 ± 11,35	175 ± 12,4	214 ± 10,76	279 ± 14,65	387 ± 23,58	478 ±35,73
	после лечения	161 ± 7,68	192 ± 9,25	238 ± 8,75*	310 ± 9,12*	421 ± 17,43*	529 ± 14,26*

* $p<0,05$

Таблица 7. Динамика амплитуды компонент P1-N1 ЗВПВ у детей с детским церебральным параличом

Распределение по уровням GMFCS	Амплитуда P1-N1 до лечения	Амплитуда P1-N1 после лечения
I - II	3,54 ± 1,13	5,65 ± 1,04
III - IV	2,13 ± 0,92	3,32 ± 1,18
V	1,56 ± 0,43	0,73 ± 0,31

Уровень brain-derived-neurotrophic factor у детей с нетяжелыми двигательными нарушениями был достоверно ниже показателя здоровых детей, но после реабилитационного лечения уровень BDNF у детей с легкими двигательными

нарушениями был сопоставим с показателем здоровых. Дети с двигательными нарушениями средней степени тяжести (III-IV) имели достоверно более низкий уровень BDNF чем дети I-II уровня, и значительно более низкий уровень BDNF чем здоровые, однако он достоверно увеличился после курса реабилитационного лечения. У детей с тяжелыми двигательными нарушениями уровень BDNF был значительно ниже, чем у детей с ДЦП со среднетяжелых и легкими двигательными нарушениями и после лечения этот показатель недостоверно снизился. Аналогичные изменения отмечались по показателю белка теплового шока Hsp27. Уровень белка S100 был достоверно выше у всех детей с ДЦП чем у здоровых. Отмечались достоверные различия уровня белка S100 у детей с разной тяжестью двигательных нарушений, у детей с тяжелыми двигательными нарушениями уровень S100 был достоверно выше, чем у детей с легкими двигательными нарушениями среднетяжелыми двигательными нарушениями, однако после лечения уровень S100 снизился недостоверно у всех детей с ДЦП вне зависимости от тяжести двигательных нарушений (таблица 8).

Таблица 8. Уровень нейротрофических факторов в сыворотке крови детей с ДЦП

Распределение по уровням GMFCS		Нейротрофические факторы		
		BDNF	Hsp27	S100
I-II	до лечения	613,78 ± 18,63	3121,52 ± 81,33	231,53 ± 36,54
	после лечения	866,72 ± 83,46**	3586,73 ± 85,24**	218,46 ± 19,83
III-IV	до лечения	406,34 ± 29,52	2487,59 ± 28,94	314,27 ± 22,15
	после лечения	513,21 ± 42,12*	2729,42 ± 86,75*	259 ± 21,76
V	до лечения	311,47 ± 25,74	1305,23 ± 26,84	473,94 ± 32,18
	после лечения	271,48 ± 34,25	1199,26 ± 58,21	372,53 ± 22,76
здоровые		924,29 ± 28,32	4121,56 ± 56,43	119,29 ± 14,52

* $p<0,05$, ** $p<0,01$

В приведенной ниже таблице мы показали направленность изменений различных параметров, отражающих функциональное состояние центральной нервной системы в результате реабилитационного лечения. Эпилептиформные изменения в ЭЭГ стали более выражены у всех детей с ДЦП вне зависимости от тяжести двигательных нарушений, при этом у детей с нетяжелыми двигательными нарушениями усиление эпилептиформных изменений произошло на фоне значимого повышения уровня нейротрофических факторов и, вероятнее всего, с этим связанно улучшение функции проводящих путей головного мозга в виде уменьшения латентностей ЗВПВ. Увеличение уровня нейротрофинов на фоне реабилитационного лечения выглядит вполне закономерно, так как двигательная активность рассматривается как один из главных факторов, стимулирующих нейрогенез [3] и нейрональную функциональную активацию, что приводит к гиперсинхронизации биоэлектрической активности головного мозга и усилению эпилептиформных изменений (таблица 9).

Таблица 9. Изменения функционального состояния нервной системы в результате реабилитационного лечения у детей с детским церебральным параличом.

GMFCS	Исследуемый параметр после реабилитации				
	Эпилептиформные изменения ЭЭГ	Латентности ЗВПВ	Амплитуда ЗВПВ	Уровни BDNF Hsp27	Уровень S100
I-II	увеличились	сократились	Без изменений	увеличились	Без изменений
III-IV	увеличились	Без изменений	Без изменений	Без изменений	Без изменений
V	увеличились	увеличились	Без изменений	уменьшились	Без изменений

Электрофизиологические и биохимические параметры функциональной активности головного мозга у детей со среднетяжелыми двигательными нарушениями после реабилитации изменились недостоверно, в структуре этой многочисленной группы детей отмечались как положительные, так и отрицательные реакции на лечение, что в целом нивелировало общий результат. У детей с тяжелыми двигательными нарушениями усилились эпилептиформные изменения ЭЭГ на фоне снижения уровня нейротрофинов и ухудшения проводящих функций нейронов, что, с учетом низкого исходного уровня нейротрофинов свидетельствует об истощении нейротрофических механизмов и срыве адаптивных функций нервной системы.

Таким образом, мы пришли к выводам, что:

1. Интенсивность реабилитационного лечения должна быть дифференцирована в зависимости от тяжести двигательных нарушений
2. Усиление эпилептиформных изменений ЭЭГ у детей с легкими двигательными нарушениями может рассматриваться как адаптивная реакция нервной системы на двигательную активность, а у детей с тяжелыми двигательными нарушениями как проявление дезадаптации.
3. Необходимо дальнейшее изучение нейрональных реакций на санаторно-курортную реабилитацию у детей с ДЦП с целью усовершенствования программ реабилитации.

Список литературы:

1. Батышева Т.Т., Быкова О.В., Виноградов А.В.. Приверженность семьи к лечению ребенка с неврологической патологией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2012;7(2):56-63.
2. Быкова О.В., Платонова А.Н., Балканская С.В., Батышева Т.Т.. Детский церебральный паралич и эпилепсия – подходы к лечению и реабилитации. Журнал неврологии и психиатрии. 2012;7(2):64-70.
3. Гомазков О.А. Нейрогенез как адаптивная функция мозга. Москва:Икар. 2013. 136с.
4. Мухин К.Ю., Кузьмич Г.В., Балканская С.В. и др.. Особенности эпилептиформной активности ЭЭГ у детей с перивентрикулярной лейкомаляцией и детским церебральным параличом при отсутствии эпилепсии. Журнал неврологии и психиатрии. 2012;7(2):71-76.
5. Bruck I., Antoniuk S. A., Spessatto A. et al.. Epilepsy in children with cerebral palsy. Arq Neuropsiquiatr. 2001;59(1):35-39.

6. Donato R., Cannon B.R., Sorci G. et al.. Functions of S100 Proteins. Curr Mol Med. 2013;13(1):24–57.
7. Gururaj A.K.. Sztriha L., Bener A. et al.. Epilepsy in children with cerebral palsy. Seizure. 2003;12:110–114.
8. Han B. H. and Holtzman D. M.. BDNF Protects the Neonatal Brain from Hypoxic-Ischemic Injury In Vivo via the ERK Pathway. The Journal of Neuroscience. 2000;20(15):5775–5781.
9. Iughetti L., Casarosa E., Predieri B. et al. Plasma brain-derived neurotrophic factor concentrations in children and adolescents. Neuropeptides. 2011;45(3):205-11. doi: 10.1016/j.npep.2011.02.002.
10. Murabayashi M., Minato M., Okuhata Y. et al.. Kinetics of serum S100B in newborns with intracranial lesions. Pediatr Int. 2008;50(1):17-22. doi: 10.1111/j.1442-200X.2007.02506.x.
11. Papazoglou A., King T.Z., Burns T.G.. Active seizures are associated with reduced adaptive functioning in children with epilepsy. Seizure. 2010;19:409–413.
12. Singhi P., Jagirdar S., Khandelwal N., Malhi P.. Epilepsy in children with cerebral palsy. Jour. Child Neurol. 2003;18(3):174-179.

УДК 616.8-056.76

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЕРОЗИН-НЕГАТИВНОЙ ВРОЖДЕННОЙ МИОДИСТРОФИИ У 2-Х ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА.

Лебедева Н.В.[1], Дьякова Е.С.[1], Стрекалова С. А.[2], Адрианов А.В.[1], Помников В.Г.[1], Мельникова Г.С.[2]

[1]ФГБУ ДПО Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов.
[2]СПбГБУЗ Детская Городская Больница №22.
Россия, Санкт- Петербург

A CLINICAL CASE OF TWO YEAR MEROSIN-DEFICIENT CONGENITAL MUSCULAR DYSTROPHY PATIENT.

Lebedeva N.V.[1], Dyakova E.S.[1], Strekalova S.A.[2], Adrianov A.V.[1], Pomnikov V.G.[1], Melnikova G.S.[2].

[1]The Postgraduate Training Medical Experts Institute
[2]City Children Hospital № 22
Russia, St.Petersburg

Аннотация: В статье приводится краткое сообщение о клиническом случае мерозин-негативной миодистрофии у 2-х летнего ребенка.

Abstract: The article describes a clinical case of 2-year merosin-deficient congenital muscular dystrophy patient and her rehabilitation experience.

Ключевые слова: мерозин-негативная миодистрофия, дети, реабилитация.

Key words: Merosin-deficient congenital muscular dystrophy, rehabilitation, children.

Актуальность.

Мерозин-негативная врожденная мышечная дистрофия — аутосомно-рецессивное наследственное нервно-мышечное заболевание, обусловленное мутацией гена, кодирующего 2-цепь ламинина (мерозин) — *LAMA2*. Белок мерозин содержится в мембране поперечнополосатых мышц, шванновских клеток и трофобластов плаценты. Его основная функция – сцепление и ориентация миофибрилл за счет их взаимодействия с коллагеновыми волокнами межклеточных пространств и белков сарколеммы. Заболевание характеризуется выявляемыми при рождении или в течение первых 6 мес жизни

диффузной мышечной гипотонией, слабостью мышц туловища, лица и проксимальных отделов конечностей, задержкой моторного развития, контрактурами в крупных суставах, повышением уровня креатинфофокиназы, а также поражением белого вещества головного мозга без сопутствующей задержки интеллектуального развития [1].

Частота несиндромальных мышечных дистрофий, в среднем, составляет 0,8 на 100000 населения [2,3,4]. Частота мутаций в гене LAMA2 составляет в РФ 1 на 83000 новорожденных [5].

Целью данной работы был анализ особенностей клинической картины, данных дополнительных исследований и изучение опыта реабилитации 2-х летней девочки, страдающей мерозин-негативной миодистрофией.

Клинический пример.

Пациентка А., поступила на курс лечения в возрасте 2 года 2 мес. с жалобами на задержку моторного развития (не сидит, не переворачивается, не ходит, с трудом удерживает голову), снижение мышечного тонуса и силы, деформацию грудной клетки, контрактуры коленных суставов.

Из анамнеза: ребенок от здоровой матери, 2-й беременности протекающей без особенностей. Пренатальные скрининги не выявили патологии. Во время беременности мать отмечала удовлетворительное шевеление плода. Роды вторые, самостоятельные, срочные, в головном предлежании на 39 неделе беременности. Безводный период 4 часа. Масса при рождении 3910 г, рост 55 см, гипербилирубинемия. С рождения на искусственном вскармливании в связи со слабостью мышц, участвующих в сосании.

В 1,5 месяца на осмотре у невролога было выявлено выраженное снижение мышечного тонуса, отсутствие сухожильных рефлексов, формирование сгибательных контрактур коленных суставов. В биохимическом анализе крови было выявлено значительное повышение креатинфосфокиназы до 2000 ЕД/л. При проведении электромиографии были выявлены признаки мышечной дистрофии. Больная генетически обследована, выявлена мерозин-негативная врожденная мышечная дистрофия. В родословной случаев нервно-мышечных заболеваний не выявлено. По данным магнитно-резонансной томографии головного мозга выявлены глиозные изменения с обоих сторон перивентирикулярно, асимметрия рисунка базальных цистерн с дополнительным сигналом в проекции левой ножки мозга до 10 мм. Извитость позвоночных артерий.

К 1 году сформировались подвывихи тазобедренных суставов.

При поступлении (возраст 2 года 2 месяца): телосложение нормостеническое, выраженная диффузная мышечная гипотония, слабость аксиальной мускулатуры, проксимальных мышц конечностей, лица, воронкообразная деформация грудной клетки, контрактуры коленных суставов.

В психоневрологическом статусе: в сознании, менингиальных и общемозговых симптомов нет. Капризная. Понимает обращенную речь в пределах знакомых ситуаций, говорит до 7 простых слов. Черепные нервы: запахи чувствует, зрение предметное, слежение отчетливое. Зрачки округлой формы, прямая и содружественная реакция на свет в норме. Глазные щели симметричные, движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Точки выхода ветвей тройничного нерва безболезненные. Лицо гипомимичное, симметричное снижение тонуса лицевой мускулатуры, приоткрытый рот, слабость жевания. Слух не снижен. Язык - по средней линии. Небно-глоточный рефлекс ослаблен. Голос тихий. Глотание не нарушено.

Двигательная сфера: непродолжительно удерживает голову в вертикальном положении, самостоятельно не переворачивается; посаженная, сидит только с опорой, неустойчиво. Лежа на животе, голову не поднимает, ручки из-под себя достать не может, не пробует ползти. При тракции за руки не группируется. Тонус мышц диффузно снижен. Мышечная сила снижена диффузно симметрично до 2 баллов в конечностях. Сухожильные рефлексы с верхних конечностей ослаблены, симметричные, с нижних

конечностей не вызываются. Брюшные рефлексы сохранены. Патологических рефлексов нет.

Чувствительность сохранена. Тазовые функции не нарушены.

При обследовании в биохимическом анализе крови: повышение КФК до 792 Ед/л, АСТ 52 Ед/л; АЛТ 22 Ед/л.

Суточный мониторирование электрокардиография – тахикардия, более выраженная ночью. Пульсоксиметрия – тахикардия без снижения сатурации в течение суток.

Проведено лечение: церебролизин, убихинон композитум, элькар, массаж, парафин, электрофорез с кальцием по Вермелю, лечебная физкультура. Выписана с улучшением – увеличился объем активных движений в конечностях, контроль положения головы.

Заключение: пациент с синдромом вялого ребенка, демонстрирующий при рождении или в течение первых 6 месяцев жизни диффузную мышечную гипотонию и слабость мышц (особенно аксиальной и проксимальной мускулатуры), врожденные или приобретенные в первые месяцы жизни контрактуры суставов, нарушения дыхания и глотания, значительное повышение уровня креатинфосфокиназы, задержку моторного развития в сочетании или без нарушений психоречевого развития, должен быть обследован на предмет возможного наличия врожденной мышечной дистрофии. Четкое клиническое представление о характерных симптомах заболевания в сочетании с обязательным исследованием магнитно-резонансной томографии головного мозга позволяют быстро и эффективно сузить круг дифференциально-диагностического поиска для проведения дальнейшего молекулярно-генетического исследования. Своевременное установление точного диагноза позволяет выбрать оптимальную схему реабилитации для данной категории пациентов.

Список литературы:

1. Клочкова О.А., Куренков А.Л., Мамедъяров А.М. Мерозиндефицитная врожденная мышечная дистрофия (ВМД1А): клинический пример врожденной мышечной дистрофии с вовлечением центральной нервной системы// Педиатрическая фармакология/2014/Том 11/№ 4 с 81-87.

2. Sparks S, Quijano-Roy S, Harper A, et al. Congenital Muscular Dystrophy Overview. 2001 Jan 22 [Updated 2012 Aug 23]. In: Pagon RA, Adam MP, Ardinger HH, et al., editors. Gene Reviews® [Internet]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1291/

3. Mostacciuolo ML, Miorin M, Martinello F, et al. Genetic epidemiology of congenital muscular dystrophy in a sample from north-east Italy. Human Genetic. 1996 Mar; 97(3):277-279.

4. Darin N, Tulinius M. Neuromuscular disorders in childhood: a descriptive epidemiological study from western Sweden. Neuromuscular Disorder. 2000;10:1-9.

5. Миловидова Т.Б., Щагина О.А., Поляков А.В. Оценка частоты врожденной мышечной дистрофии 1А в РФ с использованием новой медицинской технологии «Система детекции в одной пробирке частых мутаций при врожденных несиндромальных мышечных дистрофиях». Медицинская генетика. 2016;15(3):30-34.

РАЗДЕЛ 4 МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ. САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

SECTION 4 MEDICAL REHABILITATION. SANATORIUM AND RESORT REHABILITATION

УДК 616.008.3.5

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МКФ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Погольская М.А.[1], Виноградская З.В.[1,2]

[1]ООО «ЭйрМЕД»
[2]ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России
Россия, Санкт-Петербург

USING ICF IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH DISEASES OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM.

Pogolskaya M.A.[1], Vinogradskaya Z.V.[1,2]

[1]EirMED LLC
[2]Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
Russia, St.Petersburg

Аннотация: Проведен анализ медицинских документов пациентов, осмотренных и прошедших реабилитацию в Реабилитационном центре «ЭйрМЕД» с помощью компьютерной программы ICF-reader и амбулаторных карт.

Abstract: Analyzed of medical documents of patients examined and rehabilitated at the EIRMED Rehabilitation Center, using the ICF-reader computer program and out-patient cards.

Ключевые слова: МКФ, реабилитация опорно-двигательного аппарата, реабилитационная цель, междисциплинарная работа.

Key words: ICF, rehabilitation of the musculoskeletal system, rehabilitation goal, interdisciplinary work.

Актуальность. По данным Росстата в России на 2018 год зарегистрировано 4,4 млн. человек имеющих третью группу инвалидности и 5,6 млн. имеющих вторую группу инвалидности, а также около 2 млн. человек получили травмы за 2018 и еще не проходили медико-социальную экспертизу.

Реабилитация - это путь к полноценной жизни.

Введение. Мы используем МКФ при проведении первичного приема и при построении реабилитационного диагноза, на каждой встрече проводим оценку эффективности с помощью МКФ и этапные оценки результатов достигнутых целей.

Работа с пациентом начинается с первичного приема, на котором присутствует команда специалистов: врач травматолог-ортопед, врач невролог, психолог и специалист по физическим методам реабилитации.

Такой прием позволяет оценить текущую ситуацию пациента и его семьи с разных сторон, а именно по каждому из разделов МКФ [1]: активность и участие, функции, структуры, факторы среды, личностные факторы.

Данные из раздела активность и участие позволяют выявить наиболее приоритетные задачи, такие как самообслуживание, туалет, прием пищи, одевание и пр. [2].

Оценка функций информирует нас о сильных сторонах пациента на которые можно опираться, проводя реабилитационные мероприятия, например, хорошее зрение, и учесть слабые стороны, например, высокое давление или пороки сердца и нарушение дыхания.

Данные о структурах обязательно должны быть подкреплены результатами инструментальных исследований, и дают нам возможность быстро сформировать представление обо всем организме пациента.

Анализируя факторы среды и личностные факторы, мы можем иногда очень быстро улучшить качество жизни пациента - например подобрать адекватное техническое средство реабилитации в соответствии с потребностями пациента [3].

Цель. Использование всех доступных инструментов и методов реабилитации в соответствии с выстроенной и согласованной с семьей пациента задачей, позволяет сочетать анатомо-физиологические задачи такие как консолидация перелома, разработка контрактур, восстановление кровообращения, исправление деформации, восстановление нервной проводимости и др. с ежедневными задачами пациента, такими как, уход за собой, перемещение, удобная поза в течении дня, питание и др. Имея такой инструмент, как МКФ мы можем сочетать методы и инструменты реабилитации улучшая качество жизни пациента с первого дня восстановительного лечения [4].

Для дальнейшего развития функционального подхода мы приглашаем врачей-специалистов участвовать в обсуждениях, клинических разборах по scype. Инструмент расширения клинического мышления функциональным подходом в руках каждого из нас помогает менять жизнь пациента, а не только состояние его организма [5].

В работе мы используем методы физической и технической двигательной реабилитации (такие как, массаж, пассивная и активная лечебная физкультура, прикладная кинезиология [6] (прикладная кинезиология - это новый мультидисперсный подход к здоровью, основывающийся на функциональном исследовании пациента, включающем анализ позы, ходьбы, объема движений, статическую и динамическую пальпацию с использованием стандартных методов диагностики в оценке состояния пациента. Предметом прикладной кинезиологии является дисбаланс в любой системе организма, который может быть следствием функциональных рефлексов, но может отражать и структурные органические заболевания. Этот дисбаланс проявляется своеобразной мышечной слабостью, в связи с чем в прикладной кинезиологии: мануальное мышечное тестирование - основной диагностический и контролирующий метод. В свете этого прикладная кинезиология рассматривается как метод, прогнозирующий и производящий анализ основных жизненных функций пациента. В период лечения и реабилитации он может дать профессиональный прогноз и осуществить профориентацию пациента.), кинезотерапия (кинезиотерапия - кинéзитерапи́я (др.-греч. κίνησις «движение» + θεραπεία «лечение») — одна из форм лечебной физической культуры.), физиотерапия, спинальная электростимуляция (спинальная электростимуляци [8] – применение методики неинвазивной чрескожной электрической симуляции спинного мозга в комплексной реабилитации.), механотерапя). Для приобретения и восстановления навыков движения, а также для формирования автоматизма ходьбы в соответствии с индивидуальной биомеханикой.

Абилитация и реабилитация пациентов происходит комплексно с участием команды специалистов состоящей из врачей, эрготерапевтов (эрготерапевт – специалист эрготерапии - эрготерапия (occupational therapy, в буквальном переводе терапия занятостью) - комплекс реабилитационных мероприятий, направленный на восстановление повседневной деятельности человека с учетом имеющихся у него физических ограничений.), специалистов по двигательной реабилитации (специалистов по двигательной реабилитации – специалистов в функциональные возможности которых входит те, же возможности и в утверждаемую сейчас специальность - физический терапевт – в профессиональном стандарте описаны модальности, которые имеет право использовать физический терапевт: «различные виды физических упражнений, респираторные техники, приемы мобилизации, позиционирования и перемещения и техники массажа, использование естественных и преформированных природных факторов». Это означает, что физический терапевт использует весь спектр физических

методов воздействия на организм пациента - от техник ручного обращения (handling) до манипулятивных и мобилизационных техник и того, что сейчас находится в ведении физиотерапевтов (свет, тепло, электромагнитное излучение и т.д.)), ортопедов- ортезистов (ортопедов-ортезистов - ортопед-ортезист – врач, имеющий сертификат травматолога-ортопеда и сертификат подтверждающий обучение техникам изготовления ортезов.), психологов, специалистов МСЭ и при необходимости привлеченных специалистов других специальностей [7].

Материалы и методы. Мы использовали функциональный подход в разработке плана реабилитации и абилитации у 24 пациента в проведении курса реабилитации с функциональными задачами и с контрольной группой 23 пациентов, проходящих курс реабилитации в соответствии с клиническим диагнозом и соблюдением методик проведения восстановительного лечения. Все 47 пациентов, представленные в данной статье, подписали добровольное согласие на участие в научно-исследовательской работе.

По результатам проведенных курсов оценивали приобретенные двигательные навыки. В функциональной группе навыки были устойчивее и достигнуты за меньшие сроки, а также была возможность прогнозировать новые цели, что упрощало обоснование рекомендаций для самостоятельного выполнения пациентом.

В контрольной группе основные трудности были в обосновании целей для пациента и членов его семьи, в связи с этим более низкая мотивация во время проведения реабилитационных мероприятий и у 18 пациентов отмечено бездействие в периоды между реабилитационными курсами, что увеличивает объемы и сроки восстановительного лечения, а также способствует присоединению осложнений.

Рассмотрим пример:

Пациент 37 лет, инвалид III гр.

Диагноз клинический: кифосколиоз 58', последствие перелома Th8-Th9 автотравма от 2005 года, посттравматическая нейропатия нижних конечностей.

Диагноз сопутствующий: БА, в состоянии ремиссии. Варикозное расширение вен нижних конечностей.

Диагноз функциональный:

Выраженные трудности в рабочей деятельности, связанные с перемещением по городу в общественном транспорте и ходьбой пешком более чем 1 км. в день с рабочим инвентарем весом 12 кг (кинооператор). Выраженные трудности во время занятий спортом, выраженные трудности во время ходьбы более чем на 1 км.

Умеренные трудности в уходе за собой, в частности мытье и обработке ногтей на ногах.

Пациент не использует ортопедические изделия из-за их эстетического вида.

Реабилитационная цель на время проведение курса реабилитации (пациент приехал на 20 дней).

По окончанию курса пациент сможет справляется с рабочими задачами используя ежедневные тренировки и ортопедическое пособие, справляется с самообслуживанием с вспомогательными средствами, занимается плаванием и большим теннисом (игра обеими руками).

Задачи:

Оценка ходьбы, адаптация выносливости во время ходьбы, с учетом веса и вида рабочего инвентаря.

Подбор ортопедических изделий и адаптация их в режим жизни пациента.

Подбор оптимального вида спорта.

Составление и проведение двигательной реабилитации в сочетании с массажем, физиотерапией, электростимуляцией, с использованием элементов подобранного вида спорта, с соответствующим ортопедическим пособием и в соответствии с ежедневными рабочими задачами пациента (подбор обуви с ортопедическим пособием, изготовление ортопедического корсета, подбор рюкзака и пояса для мелочей, подбор компрессионного

трикотажа, использование палок для скандинавской ходьбы, на период адаптации ходьбы, обучение ежедневным тренировкам в том числе с теннисной ракеткой, подбор бассейна по месту жительства).

Обработка стоп и ногтей, подбор оптимальной позы и устройств для обучения пациента самостоятельной обработке стоп и уходу за собой (стул, портативная лампа-лупа и ножницы с длинной ручкой для обработки стоп на расстоянии, мочалка с длинной изогнутой ручкой для самостоятельного мытья).

Внесли рекомендации в ИПРА для получения приспособлений для ухода, которые были успешно реализованы.

По окончанию курса реабилитации пациент сам вносит корректировки в режим ежедневных занятий, и мероприятий, которые будет выполнять самостоятельно, так как принимает их и считает важными и полезными в своей жизни. Ортопедические изделия использует, так как такой вид изделий считает приемлемым.

Результаты. Проведенный анализ двух групп реабилитируемых пациентов и, оценив достижение реабилитационной цели, следует отметить более высокую эффективность в группе пациентов, в которой использовался функциональный подход реабилитации.

Выводы. Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в формировании реабилитационного диагноза, реабилитационной цели и задач реабилитации помогает повышать эффективность восстановления пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Функциональный подход позволяет не только быстрее достигать восстановления двигательной функции, но и главное, возвращать социальную активность реабилитируемого.

Список литературы:

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) с изменениями и дополнениями по состоянию на 2016 год. СПб.: ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А.Альбрехта, 2017. 223 с.

2. Мельникова Е. В., Буйлова Т. В., Бодрова Р. А., Шмонин А. А., Мальцева М. Н., Иванова Г.Е «Использование международной классификации функционирования (МКФ) в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации: инструкция для специалистов». Вестник Восстановительной медицины, № 6 (82) 2017.- Melnikova E. V., Buylova T. V., Bodrova R. A., Shmonin A. A., Maltseva M. N., Ivanova G. E. “Using the International Classification of Functioning (ICF) in outpatient and inpatient medical rehabilitation: instruction for professionals." Journal of Restorative Medicine, No. 6 (82) 2017.

3. Клочкова Е.В., Мальцев С.Б. «Физическая терапия и эрготерапия как новые специальности для Республики Таджикистан» Методическое пособие, 2010г. - Klochkova E.V., Maltsev S.B. “Physical therapy and ergotherapy as new specialties for the Republic of Tajikistan” Methodological guidebook, 2010.

4. Кузьминский В. А., Клочкова Е. В., Мальцев С. Б., Грачев А.П. «ФИЗИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ. БЕЗОПАСНОЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ», 2014 год.- Klochkova E.V., Maltsev S.B. “Physical therapy and ergotherapy as new specialties for the Republic of Tajikistan” Methodological guidebook, 2010; Kuzminsky V. A., Klochkova E. V., Maltsev S. B., Grachev A. P. “PHYSICAL THERAPY. SAFE MOVEMENT ", 2014.

5. Супонева Н. А.; Мальцева М. Н.; Зимин А. А.; ФГБНУ «Научный центр неврологии», г. Москва, Россия, ФПО ГБОУ ВПО Первый СПбГМУ им. Акад. И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия, ГБУЗ ГБ №26, «Методические основы применения эрготерапии в реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения», Россия 2015г. - Suponeva N. A .; Maltseva M. N .; Zimin A. A .; FSBE "Scientific Center of Neurology", Moscow, Russia, FPO SBOU VPO First SPbSMU them. Acad. I.P. Pavlova, St. Petersburg, Russia, GBUZ GB No. 26, “Methodological bases of the use

of ergotherapy in the rehabilitation of patients with acute cerebral circulation impairment", Russia 2015.

6. М.Н.Мальцева, А.А.Шмонин, Е.В.Мельникова, Г.Е.Иванова. Эрготерапия. Роль восстановления активности и участия в реабилитации пациентов. Consilium Medicum. 2017г.- M.N.Maltseva, A.A.Shmonin, E.V. Melnikova, G.E.Ivanova. Ergotherapy. The role of restoring activity and participation in the rehabilitation of patients. Consilium Medicum. 2017.

7. Васильева Л.Ф. «ВИЗУАЛЬНАЯ И КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОБИОМЕХАНИЧЕСКИХ, ИЗМЕНЕНИЙ МЫШЕЧНО-СКЕЛЕТНОЙ СИСТЕМЫ» Москва, 2006 год. - VASILIEVA L.F. "VISUAL AND KINESIOLOGICAL DIAGNOSTICS OF PATHOBIOMECHANICAL, CHANGES OF MUSCLE AND SKELETAL SYSTEM" Moscow, 2006.

8. Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация: найти точку опоры//Healthynation, 2012, №3: с. 20-22.- Ivanova G.E. Medical rehabilitation: find a foothold // Healthynation, 2012, No. 3: c. 20-22.

9. Мошонкина Т. Р. ФГБУН Институ Физиологии им. И.П. Павлова РАН, ФГБУ «Научно-исследовательский детский ортопедический институт имени Г.И.Турнера» Минздрава России, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, «Методика неинвазивной чрескожной электрической стимуляции спинного мозга в комплексной реабилитации детей с позвоночно-спинномозговой травмой», 2018 год.- Moshonkina T. R. Fbun Institute of Physiology. I.P. Pavlov of the Russian Academy of Sciences, GI Turner Children's Research Orthopedic Institute, Ministry of Health of Russia, IIMechnikov North-Western State Medical University, "Methods of non-invasive transcutaneous electrical stimulation of the spinal cord in complex rehabilitation of children with spinal-spinal cord injury ", 2018.

УДК 617 + 617.3

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕННЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ ДИНАМИКИ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА И БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ишутина И.С., Потемкина С.В., Громакова С.В.

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

EVALUATION OF RESULTS OF THE CARRIED OUT REHABILITATION MEASURES ON THE BASIS OF STUDYING OF DYNAMICS OF CLINICAL AND FUNCTIONAL STATUS OF THE BODY AND PAIN IN PATIENTS WITH VERTEBROGENIC PATHOLOGY

Ishutina I.S., Potemkina S.V., Gromakova S.V.

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

Аннотация: В результате исследования на основании комплексного обследования инвалидов с вертеброгенной патологией, анализа качества жизни, получены данные об эффективности реабилитационных мероприятий.

Abstract: As a result of research conducted on the basis of the results of a comprehensive survey of persons with disabilities, data were obtained on the effectiveness of rehabilitation measures

Ключевые слова: инвалид, нарушение функции, ограничение жизнедеятельности, качество жизни, реабилитация

Key words: disabled person, violation of function, restriction of vital activity, quality of life, rehabilitation.

Актуальность. Вопросам реабилитации инвалидов, повышению социального статуса и возвращению к трудовой деятельности больных и инвалидов вследствие дорсопатий и травм позвоночника уделяется большое внимание [1,2,3].

В структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности на долю неврологических проявлений остеохондроза позвоночника приходится одно из первых мест [4]. Травма позвоночника относится к тяжелым видам травм опорно-двигательного аппарата, требующего длительного госпитального и реабилитационного лечения. Среди всех повреждений скелета, по данным литературы она составляет в среднем 18%. Особую группу составляют повреждения позвоночного столба, осложненные неврологическими расстройствами. Эти повреждения составляют 3,3% [5, 9].

Вертеброгенные заболевания по инвалидизации взрослого населения в структуре инвалидности делят с патологией сердечно-сосудистой системы первое-второе место [4]. В общей структуре инвалидности от заболеваний костно-мышечной системы дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника составляют 20,4% [8, 12]. Уровень инвалидизации равен 0,4 на 10000 населения, причем у 2/3 больных трудоспособность утрачивается полностью [4].

Остеохондроз поясничного отдела позвоночника (дорсопатия) и его клинические проявления представляют собой серьёзную медико-социальную проблему. Клинически остеохондроз позвоночника проявляется в виде рефлекторного синдрома (90% случаев) и компрессионного (5-10% случаев), на первом месте находится поражение пояснично-крестцового отдела позвоночника (60-80%) [6].

Наиболее распространенными причинами болей в спине являются дистрофические поражения структур позвоночника и сопровождающие их функциональные нарушения со стороны мышц, фасций и связок позвоночника [8], представляются оправданным при обсуждении проблемы дорсопатий рассмотреть вопросы, касающиеся болей в спине. Среди всех видов дорсалгий на долю люмбалгии приходится около 17%.

У 10-20% пациентов трудоспособного возраста острая боль в спине трансформируется в хроническую. Эта группа больных характеризуется неблагоприятным прогнозом для выздоровления, и на неё приходится до 80% всех затрат здравоохранения на лечение болей в спине [7].

Хроническая боль ведет к развитию депрессии; депрессивные расстройства способствуют усилению имеющихся болевых ощущений; хроническая боль является одним из симптомов депрессии; хроническая боль и депрессия опосредованно связаны между собой через другие факторы (возраст, пол, образование, социальный статус). Выраженная депрессия в 4 раза повышает риск обострения болевого синдрома [10,11].

Коррекция данной составляющей болевого синдрома требует длительного целенаправленного лечения и существенно пролонгирует период реабилитации пациентов [6,8]. Наличие невропатического компонента в структуре болевого синдрома привносит самостоятельный вклад в снижение качества жизни с преимущественным нарушением его психического компонента и развитии личной депрессии.

Цель: Оценить результаты проведенных реабилитационных мероприятий на основе изучения динамики клинико-функционального состояния организма и качества жизни.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 106 инвалидов с вертеброгенной патологией (дорсопатии и последствия травм пояснично-крестцового отдела позвоночника). Использовалась пятибалльная оценка вертеброневрологической

симптоматики. Для оценки интенсивности болевого синдрома использовалась визуально-аналоговая шкала (ВАШ).

Визуальный осмотр проводился с целью оценки осанки больного и позволял оценить её при нарушении. Пальпаторно определяли болезненность по ходу остистых отростков позвонков и в паравертебральных зонах, в крестцово-подвздошных точках, при наличии мышечных валиков – их распространенность. Для измерения амплитуды движений грудного отдела позвоночника использовали «пробу Отта». Для измерений амплитуды движений поясничного отдела позвоночника использовали «пробу Шобера».

Опросник Освестри использовали для оценки нарушения жизнедеятельности. Он включает 10 вопросов. В зависимости от ответов, каждый из которых оценивался от 0 до 5 баллов. Индекс нарушения жизнедеятельности равен сумме баллов 10 ответов, умноженной на 2.

Данные обследования заносились на специально разработанную анкету, включавшую в себя оценку медико-социального статуса.

Всего обследовано 106 больных, из них мужчин – 43 (40,6%), женщин – 63 (59,4%). Средний возраст составил 50,0± 1,2 лет. В зависимости от принадлежности к возрастным группам больные распределялись следующим образом: к возрастной группе до 40 лет относилось - 25 больных (24%), до 50 лет – 46 больных (43%), 50 лет и старше – 35 больных (33%).

Таким образом, каждый второй больной находился в трудоспособном возрасте.

При анализе по уровню образования получили следующие данные: 34 больных (31%) имели общее среднее образование, 41 больной (38%) средне-профессиональное и 34 больных (31%) высшее образование.

Распределение больных по социально-профессиональным категориям представлено следующим образом:

- служащие – 38 больных (36%)
- рабочие – 40 больных (38%)
- пенсионеры – 28 больных (26%)

На момент обследования продолжали трудовую деятельность 54 больных (51%) , не работало - 52 больных (49%).

Инвалидами II группы являлись 17,6 % больных, III группы – 74,5 %, не инвалиды– 7,5 % больных.

Своевременная комплексная реабилитация больных с дорсопатиями позволяет сохранить их работоспособность, качество жизни, а так же избежать инвалидизации.

Все пациенты получали стандартную медикаментозную терапию, физиотерапевтическое лечение и лечебную физкультуру по 10 процедур каждой: электрофорез лекарственных средств, магнитотерапия, лазеротерапия, ручной массаж, УВЧ, лечебная гимнастика в группе, тренировка с биологической обратной связью при заболеваниях позвоночника на тренажёре «Тергумед», гидрокинезотерапия (занятия в бассейне), лечебная физкультура с использованием аппарата «Ормед-кинезо». Для повышения эффективности реабилитационного процесса у больных с последствиями травм и заболеваний позвоночника активно сочетали медицинскую реабилитацию с методами психологической коррекции и психотерапии. Все 106 больных были консультированы психотерапевтом и психологом, после чего проводились курсы психотерапии, психологической адаптации, аутогенные тренировки.

Результаты.

Эффективность медицинской реабилитации оценивалась комплексно.

Для оценки уровня боли у обследованных больных использована визуальная аналоговая шкала (ВАШ). Как свидетельствуют приведенные данные в таблице 1, имеется положительная динамика. Так после реабилитации у больных отсутствовала сильнейшая боль, увеличилось количество больных с умеренным и незначительным уровнем боли.

Таблица 1- Характеристика боли по ВАШ.

До реабилитации					После реабилитации			
уровень боли								
всего больных	легкий	умеренный	сильный	сильнейший	легкий	умеренный	сильный	сильнейший
106	11,3%	43,3%	38,6%	6,6%	13,2%	72,6%	14,2%	0

Таким образом, уровень боли до умеренного в 1,5 раза выше после проведения медицинской реабилитации, за счет снижения уровня сильной боли и увеличения уровня легкой боли. Стабильность поясничной боли у половины больных связана: с отрицательной динамикой течения дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника (по данным МРТ) 28 % с рецидивом грыжеобразования после оперативного вмешательства (дискэктомия), у 46 % распространенного грыжеобразования.

Характеристика боли по опроснику «Освестри» и как проблема со спиной нарушают способность выполнять обычные в жизни действия представлены в таблице 2. Опросник Освестри является одним из инструментов, рекомендованных международным научным сообществом для оценки нарушений жизнедеятельности у пациентов с болями в нижней части спины.

Таблица 2 - Интерпретация результатов по методике «Освестровский опросник»

Шкала	Балл		Интерпретация	
	До реабилитации	После реабилитации	До реабилитации	После реабилитации
Интенсивность боли	4	3	Высокая интенсивность	Весьма сильная
Самообслуживание	3	2	Низкая способность	Умеренная способность
Поднимание предметов	5	3	Очень высокая интенсивность боли	Умеренная интенсивность
Ходьба	3	2	Средней степени двигательная активность	Умеренная двигательная активность
Сидение	3	3	Средняя интенсивность боли	Средняя интенсивность боли
Стояние	4	3	Высокая интенсивность боли	Умеренная интенсивность боли
Сон	3	2	Среднее нарушение сна из-за боли в нижней части спины	Умеренная
Сексуальная жизнь	4	3	Выраженные нарушения	Умеренные нарушения
Общественная жизнь	4	3	Выраженные нарушения	Умеренные нарушения
Поездки	4	3	Выраженные нарушения	Умеренные нарушения

Сумма баллов	38	27	-	-

Итоговая сумма 27 баллов, диагностирована ближе к умеренному нарушению жизнедеятельности, связана с болью в нижней части спины. В динамике, учитывая варианты ответов, умеренное нарушение жизнедеятельности происходит при весьма сильной интенсивности боли. Таким образом, отмечается положительная динамика нарушения жизнедеятельности.

Для повышения эффективности восстановительного лечения этой категории больных применение физических лечебных факторов целесообразно сочетать с методами психологической реабилитации.

С целью оценки динамики психологических нарушений у инвалидов с последствиями травм и заболеваний позвоночника было проведено сопоставление полученных данных о нарушениях интеллектуально-мнестических функций, особенностях личности и выраженности эмоциональной дезадаптации у больных до восстановительного лечения с показателями, полученными при обследовании больных, прошедших восстановительное лечение. При обработке данных использовались методы непараметрической статистики – коэффициент корреляции Спирмена.

Таблица 3 - Результаты оценки психологических нарушений у больных до восстановительного лечения (1 иссл.) и больных, прошедших восстановительное лечение (2 иссл.) (%).

Нарушения психических функций	Норма		Незначительные		Умеренные		Выраженные		Значительно выраженные	
Исследование	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Внимание	-	3,9	35,7	3,1	0,0	39,2	14,3	3,7	-	-
Память	0,0	3,9	28,5	31,3	50,0	49,0	14,3	13,7	7,15	0,0
Мышление	0,0	27,4	35.7	37,3	42.8	29,4	7,15	5,9	0,0	0,0
Динамика психической деятельности	14,3	15,7	28,5	5,3	5,7	33,3	21,4	3,7	14,3	1,9
Эмоционально - волевая сфера	0,0	3,9	7,15	25,5	50,0	52,9	35,7	15,7	7,15	1,9
Особенности личности и поведения	0,0	3,9	14,3	3,5	7,1	54,9	21,4	5,7	7,15	1,9

По результатам реабилитационно-экспертного психологического обследования инвалидов с последствиями травм и заболеваний позвоночника было установлено, что у большинства обследуемых как в 1-ой, так и во 2-ой группе наблюдаются нарушения высших психических функций, эмоционально-волевой сферы и особенностей личности и поведения разной степени выраженности (97,4 % в 1-м исследовании и 95,7% во 2-ом исследовании).

При сравнении результатов 1-го и 2-го исследований, установлена тенденция к позитивной динамике ИМФ функций у больных, прошедших восстановительное лечение.

Таким образом, динамика психологического статуса больных с последствиями травм и заболеваний позвоночника характеризуется позитивными тенденциями в прямой

зависимости от успешности мер реабилитации. Эффективность восстановительного лечения, в том числе снижение интенсивности болевых ощущений, во многом обусловлена психологическими характеристиками больных и преимущественно состоянием аффективно личностной сферы.

Список литературы:

1 Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике. М.: Медпрессинформ 2001. – С. 386.

2 Камчатов П.Р. Спондилогенные дорсопатии: современные возможности и терапия //Врач – 2006 - № 5 – С. 26-28.

3 Камчатов П.Р. Современные подходы к ведению больных с болью в спине // Consilium Medicum. – 2004. - № 6(8) – С. 557-561.

4 Кухта О.А. Социально-гигиеническая характеристика инвалидности вследствии дорсопатий // Медико-социальная экспертиза и реабилитация – 2010. - № 1. – С.24-27.

5 Манвелов Л.С. Вертеброгенные болевые синдромы./Атмосфера.Нервные болезни.-2004,-3, с 42-44.

6 Г.Н. Пономаренко, И.С. Ишутина, А.В. Шошмин, С.В. Потемкина / Заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата // Реабилитация инвалидов: национальное руководство, под ред. Г.Н. Пономаренко М.: ГЭОТАР-Медиа. 2018. – 736 с.: ил. – (Серия «Национальные руководства»). – Глава 32. С. 466. ISBN 978-5-9704-4589-1

7 Потёмкина С.В., Громакова С.В., Ишутина И.С., Поворинский А.А., Синицын И.В, Оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий у пациентов с дегенеративно-дистрофическим заболеванием пояснично-крестцового отдела позвоночника с использованием технических средств реабилитации // В сборнике:Реабилитация - XXI век: традиции и инновации.- Сборник статей материалов II Национального конгресса с международным участием. Главный редактор Г. Н. Пономаренко. 2018. С. 306-309.

8 Путилина М.В. Особенности диагностики и лечения дорсопатий в неврологической практике // Consilium Medicum – 2006 -№ 8(8). – С. 44-46.

9 Романов П., Ярская-Смирнова Е., Вайтфилд С., Келли С.. Социологическое исследование проблем инвалидности и реабилитации инвалидов в Российской Федерации (анализ основных результатов исследования), М., 2009. – с.3-6.

10 Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. Изд. Института Психотерапии, М. 2004.- 221 с.

11 Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ (MMPI) Практическое руководство. — М.: Речь, 2007. — 224

12 Федин А.И. Дорсопатии (классификация и диагностика)./Атмосфера. Нервные болезни.- 2002- № 2.-С 2-8.

УДК 616.1/9:616.89

ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Евдокимова Т.А., Заровкина Л.А. Соломкина Н.Ю.

Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. И.П. Павлова
Россия, Санкт-Петербург

PHYSICAL REHABILITATION PROGRAMS FOR PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

Evdokimova T.A. , Zarovkina L.A., Solomkina N.U.

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University
Russia, St.Petersburg

Аннотация: Выявлены различные изменения качества жизни больных с сердечно-сосудистой патологией, участвовавших в программах физической реабилитации различной продолжительности. Пациенты, вовлеченные в программу стационарных тренировочных занятий дозированной ходьбой, показали улучшение переносимости стресс-теста, уменьшение реактивной тревожности, рост качества жизни, что коррелировало с ростом показателей заключительной нагрузочной пробы. У пациентов, участвовавших в 6-месячной программе аэробных тренажерных тренировок, уменьшился индекс массы тела, величина окружности талии, реактивной тревожности. Качество жизни пациентов, в том числе, их физическое функционирование и энергичность возросли.

Abstract: The data presented revealed various changes in the quality of life of patients with cardiovascular pathology who participated in physical rehabilitation programs of various lengths. The patients involved in the dosed walking stationary training program showed an improvement in the tolerance of the stress test, a decrease in reactive anxiety, an increase in the quality of life, which correlated with an increase in the final stress test. Patients who participated in the 6-month program of aerobic exercise, decreased body mass index, waist circumference, reactive anxiety. The quality of life of patients, including their physical functioning and vigor, increased.

Ключевые слова: физическая реабилитация, сердечно-сосудистые заболевания, физические тренировки.

Key words: cardiac rehabilitation, cardiovascular diseases, physical training.

Введение. Регулярные длительные аэробные кардио-респираторные тренировки признаны мировым сообществом как обязательный немедикаментозный компонент профилактических и реабилитационных мероприятий у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) [1]. Общепризнанным и ожидаемым результатом регулярных аэробных тренировок больного с сердечно-сосудистой патологией является увеличение переносимости тестирующих физических нагрузок. Между тем, еще один информативный показатель субъективного и соматического благополучия пациента – качество его жизни (КЖ) нередко остается вне поля зрения специалистов.

Целью настоящего исследования стал анализ КЖ больных с ССЗ, участвовавших в программах физической реабилитации различной продолжительности.

Материал и методы исследования.

Было обследовано 193 больных. В группу К вошли 92 пациента (51 мужчина и 41 женщина) в возрасте 61±1 год с ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертензией (АГ) 2-3 степени и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) (NYHA II:III - 54%:46% случаев, соответственно). После стабилизации состояния на фоне

стандартной медикаментозной терапии больные группы К были вовлечены в программу краткосрочной стационарной физической реабилитации, состоявшей из ежедневных контролируемых занятий дозированной ходьбой. Каждая физическая тренировка включала в себя периоды «разогрева» и «остывания», интенсивность выполняемой аэробной нагрузки была умеренной и ранжировалась пациентами самостоятельно с помощью 10-балльной шкалы Борга [2]. Длительность занятий дозированной ходьбой увеличивалась постепенно в соответствии с самочувствием больных.

В группу Д вошли 101 больной (74 женщины и 27 мужчин) в возрасте 44±1 год с АГ 1-2 степени и ожирением I степени (индекс массы тела (ИМТ) - 32,9±0,85кг/м^2, окружность талии – 99,5±1,6см у женщин и 105,5±1,5см у мужчин). Все пациенты были вовлечены в 6-месячную программу реабилитации, включавшую аэробные нагрузки на беговой дорожке до 60 минут 2 раза в неделю умеренной интенсивности (60% от пороговой частоты сердечных сокращений) и одно 45-минутное занятие аква-аэробикой в бассейне в неделю. Каждая тренировка включала в себя периоды «разогрева» и «остывания». Обязательным условием для проведения физических нагрузок в группе Д было стабильное состояние больных и адекватная медикаментозная терапия АГ.

Исходно и по завершении программы физической реабилитации у всех исследуемых больных оценивались: переносимость физических нагрузок с помощью теста 6-минутной ходьбы (ТШХ), дополненного 10-балльной шкалой Борга, используемой для характеристики степени выраженности субъективных ощущений, сопровождавших выполнение нагрузочной пробы; психический статус с применением психологических методик самооценки депрессии (шкала Зунга в группе К и шкала Бека в группе Д) и опросника Спилбергера, анализирующего субъективный уровень реактивной и личностной тревожности пациентов; КЖ - для изучения которого использовалась методика SF-36, позволяющая определять субъективную удовлетворенность больного своим физическим и психическим состоянием, социальным функционированием [3].

Результаты исследования и их обсуждение.

Исходные показатели переносимости физической нагрузки в группе К были закономерно низкими: за 6 минут стресс-теста пациенты преодолевали до 308±10,7 метра. Выполнение нагрузочной пробы сопровождалось появлением ощущений одышки, сердцебиения, утомляемости, суммарная интенсивность которых по шкале Борга достигала 6,4±0,68 балла. Психический статус пациентов группы К характеризовался наличием минимальной депрессии (51±0,9 балла) и выраженными реактивной и личностной тревожностью (46±1,1 балла и 50±1,2 балла, соответственно). Следует отметить, что больные с депрессией и развитой тревогой не только субъективно хуже переносили нагрузочную пробу, но и демонстрировали более низкие результаты ТШХ. Исходные показатели КЖ больных группы К оказались значительно сниженными по сравнению с нормативными данными. Пациенты с ИБС, АГ и ХСН не были удовлетворены своей физической «неактивностью», в том числе, лимитированным физическим функционированием и недостаточной «жизнеспособностью» (подшкалы PF - 46,8±2,4 балла, RP - 20±2,9 балла, VT - 42±1,9 балла). Больные группы К также крайне низко оценивали свое общее здоровье (GH - 43,5±1,6 балла) и полагали, что их эмоциональное состояние затрудняет будничную деятельность (подшкала RE 36±3,7 балла). Полученные результаты позволили предположить, что значительное снижение КЖ у находящихся на завершающем этапе сердечно-сосудистого континуума больных с ХСН, преимущественно, связано с ухудшением соматического статуса и резким ограничением функциональных возможностей.

После стабилизации состояния больные группы К приступали к контролируемым ежедневным индивидуальным занятиям дозированной ходьбой. В среднем, за время госпитального лечения пациенты успевали посетить 9-11 тренировок, однако, за это время осваивали прохождение дистанции до 2050±138 метров в течение 54±3 минуты, что, несомненно, увеличивало их способность к выполнению повседневных бытовых

физических нагрузок. Повышение физической работоспособности больных подтверждалось увеличением результатов заключительного ТШХ (361±10 метров, p<0,05) и улучшением его субъективной переносимости (суммарная интенсивность жалоб по шкале Борга 4,7±0,7 балла, p<0,03). К моменту завершения стационарного лечения на фоне позитивных соматических изменений у пациентов группы К регистрировалась положительная динамика психического статуса – больные демонстрировали снижение уровня реактивной тревожности (42±1,3 балла, p<0,02), что, по мнению современных исследователей имеет благоприятное прогностическое значение для больного с ССЗ [4]. Несмотря на краткосрочность программы физической реабилитации, заключительное исследование подтвердило значимое улучшение КЖ пациентов. Прежде всего, они отмечали рост своих физических возможностей - физического функционирования и «жизнеспособности», энергичности. Регистрировалось увеличение удовлетворенности больных своим социальным функционированием перед выпиской из стационара. Позитивная динамика показателей КЖ пациентов группы К в значительной степени коррелировала с ростом результатов заключительного ТШХ (подшкала PF r=0,61, p<0,01; подшкала VT r=0,44, p<0,05; подшкала SF r=0,57, p=0,03; подшкала RE r=0,55, p<0,01) [4]. Полученные данные свидетельствуют о том, что снижение КЖ пациентов с ИБС, АГ и ХСН в значительной степени определяется вынужденным ограничением физической активности. Методика оценки КЖ применима для анализа результатов краткосрочного (в данном случае, 9-11-дневного) физического реабилитационного вмешательства у больных с ССЗ. Рост переносимости физических нагрузок сопровождается у больных с ХСН значимым улучшением показателей КЖ и снижением уровня реактивной тревожности.

При исходном обследовании пациентов группы Д были получены следующие данные. Результаты ТШХ оказались закономерно ассоциированы с величиной ИМТ и, в среднем, составили 600±11 метров. Психический статус больных указанной группы характеризовался наличием умеренной личностной (44±1,3 балла) и реактивной (39±1,4 балла) тревожности, уровень депрессии не превышал нормальных значений (10,8±1,8 балла). Исходное КЖ пациентов с АГ и ожирением было снижено в связи с их неудовлетворенностью общим здоровьем (подшкала GH – 59,7±3,1 балла), а также своим эмоциональным состоянием (подшкала RE - 54±6,6 балла), энергичностью и «жизнеспособностью» (подшкала VT - 78±3,3 балла), физическим функционированием (подшкала PF - 55,7±3,3 балла). При дальнейшей статистической обработке материала была выявлена корреляционная связь последнего показателя с величиной проходимой за 6 минут нагрузочной пробы дистанции (r=0,51, p<0,05).

На фоне стабильной стандартной медикаментозной терапии АГ все больные группы Д были вовлечены в программу 6-месячной физической реабилитации, включавшую умеренные аэробные тренировки 3 раза в неделю. Закономерным результатом реабилитационного вмешательства стало значимое уменьшение ИМТ – до 29,8±0,68кг/м^2 (p<0,05) и величины окружности талии: у женщин - до 94,7±2см (p=0,05), у мужчин - до 100±1,4см (p<0,01). Кроме того, у пациентов группы Д было выявлено достоверное снижение реактивной тревожности (35±1,8 балла, p<0,05), что подтверждает представление ряда исследователей о положительном воздействии физической активности на психический статус больных с избыточной массой тела. Указанные позитивные соматические и психические изменения способствовали росту КЖ, что и было зарегистрировано по подшкалам эмоционального (RE - 75±7,9 балла p<0,02) и социального функционирования (SF - 90±2,9 балла против 68,3±4,4 балла, p<0,01), состояния общего здоровья (GH - 70,1±4,3 балла, p=0,001). Несмотря на то, что по завершении рассматриваемой программы физических тренировок достоверных изменений переносимости заключительного ТШХ (624±23 метра, p>0,05) выявить не удалось, у пациентов группы Д была зарегистрирована позитивная динамика физической составляющей КЖ: физического функционирования (подшкала PF - 88,7±2,7 балла p<0,02) и энергичности (подшкала VT - 62,7±3,4 балла p<0,05).

Полученные данные свидетельствуют о том, что снижение КЖ больных АГ и ожирением определяется не только уменьшением физической работоспособности, но и психоэмоциональными особенностями пациентов. 6-месячная программа аэробных тренажерных тренировок способствует снижению ИМТ, величины окружности талии, реактивной тревожности, а также росту КЖ.

Выводы.

1.Рост переносимости физических нагрузок сопровождается у больных значимым улучшением показателей качества жизни и снижением уровня реактивной тревожности.

2.Долгосрочная программа аэробных тренировок способствует снижению индекса массы тела и снижению реактивной тревожности.

3.Методика исследования качества жизни может быть рекомендована как информативный инструмент индивидуализированной оценки результатов краткосрочного и долгосрочного физического реабилитационного вмешательства у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Список литературы:

1. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр)// Журнал сердечная недостаточность.-2013.- Т.14 -.№7 (81).- С.379-472.

2. Acute Myocardial Infarction in patients presenting with ST-segment elevation (Management of) ESC Clinical Practice Guidelines //European Heart Journal 2012;33:2569-2619

3. Borg G. A category scale with ratio properties for intermodal and interindividual comparisons / G.A.Borg // Psychophysical judgement and the process of perception. Geissler H.G., Petzolds P. eds. - Berlin: VEB Verlag der Wissenschaften.-1982.-P.25-34.

4. Watkins L.L. Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease / L.L.Watkins, [et al.] // J.Am.Heart Assoc.-2013.- doi: 10.1161/JAHA.112.000068

УДК 616.89-008.15

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СПИНАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Давыдов А.Т.[1], Бутко Д.Ю.[2]

[1]ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России
[2]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России
Россия, Санкт-Петербург

FEATURES REHABILITATION OF PATIENTS WITH POST-TRAUMATIC SPINAL PAIN SINDROME

Davydov A.T.[1], Butko D.Y.[2]

[1]Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
[2]Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education SPb State Pediatric Medical University Ministry of Labor of Russia
Russia, St.Petersburg

Аннотация: Анализируются особенности реабилитации пациентов с посттравматическим спинальным болевым синдромом.

Abstract: Analyses the features of rehabilitation of patients with post-traumatic spinal pain sindrome.

Ключевые слова: анализ, особенности, реабилитация, пациент, посттравматический спинальный болевой синдром.

Key words: analyses, features, rehabilitation, patients, post-traumatic spinal pain sindrome.

Актуальность исследования проблемы реабилитации пациентов с посттравматическим спинальным болевым синдромом является важной общемедицинской и социальной задачей. Посттравматический болевой синдром – это осложнение травм мягких тканей и переломов костей конечностей, при котором возникают стойкие интенсивные боли, вегетативные, сосудистые, трофические расстройства и остеопороз [1, 2]. У пациентов с посттравматическим болевым спинальным синдромом в разных периодах длительное время сохраняются различные болевые ощущения перенесенной травмы [1, 2], симптомы астении, раздражительности, нервозности, депрессии, тревоги, бессонницы, кошмарных сновидений, «флэш-бэков», нарушения эмоций и поведения, вегетативной нервной системы, высокой невротизации и психопатизации.

В связи с этим ряд авторов приводят типичные ошибки, совершаемые врачами при лечении и реабилитации посттравматического спинального болевого синдрома, а именно: устранение боли на любом этапе и любой ценой без учета ее значения в возможной компенсации; устранение болевого синдрома в тех случаях, когда эти явления носят защитный характер; увлечение тракционным лечением в стадии ремиссии при формирования мышечной защиты [2, 3]. При этом к основным особенностям реабилитации авторы относят: покой и исключение неблагоприятных статико-динамических нагрузок на этапе прогрессирования обострения; иммобилизацию пораженного двигательного сегмента на стадии обострения наряду со стимуляцией формирования мышечной защиты; комплексность и фазовость воздействия на патологические процессы; щадящий характер лечебных вмешательств, особая осторожность при определении показаний к хирургическому лечению.

Целью исследования явился анализ особенностей реабилитации пациентов с посттравматическим спинальным болевым синдромом.

Материалы и методы. В исследовании были обследованы 2 группы пациентов в возрасте от 40 до 47 лет (основная группа составила 48 мужчин и контрольная - 42 человек). В основной группе проводимые реабилитационные мероприятия (лекарственная терапия, медикаментозные лечебные блокады, ортопедические мероприятия, физиотерапия, ЛФК, кинезотерапия) дополнительно включали использование методик саморегуляции, мышечной релаксации, аутогенной тренировки и когнитивно-поведенческой психотерапии в индивидуальном и групповом вариантах. Групповые психотерапевтические процедуры осуществляли 2-3 раза в неделю (1,5-2 месяца) в течение 1,5-2 часов. Для оценки эффективности реабилитации был использован клинико-психопатологический метод, методики нервно-психической адаптации (НПА), оценки уровня субъективного контроля (УСК) и субъективной оценки состояния (СОС).

Результаты и их обсуждение. В результате курсового использования реабилитационных мероприятий в основной группе были получены средние данные интегральной оценки по методике НПА, которые составили 3,3 стандартных баллов, что свидетельствовало о достоверном снижении болезненных проявлений НПА. По методике УСК было оценено субъективное отношение пациентов с посттравматическим болевым синдромом к проведенным реабилитационным мероприятиям. У пациентов основной группы была выявлена положительная динамика трансформации экстернальности к интернальности с возрастанием от 4,1 до 5,9 стенов. Этот факт свидетельствовал о возрастании критичности и личной ответственности за причину и благоприятный исход посттравматического болевого синдрома. Показатель СОС в результате реабилитационных мероприятий в основной группе достоверно снизился с 21,5 до 10,2 баллов. Клинически удалось добиться устойчивой ремиссии длительностью свыше 3

месяцев у 35 человек, что составило 72,9 % лиц основной группы.

Очевидно, что реабилитационные мероприятия целесообразно проводить не только в зависимости от стадии заболевания, но и от характера клинических симптомов и уровня поражения. При острой боли в стадии обострения и на этапе прогрессирования реабилитационные мероприятия носят преимущественно симптоматический характер и направлены на уменьшение интенсивности боли, которая в остром периоде заболевания в наибольшей степени дезадаптирует пациента. Кроме того, значительная выраженность боли способствует хронизации болевого синдрома. Ведущими средствами реабилитации на этапе прогрессирования обострения и при хронической боли являются лекарственная терапия, медикаментозные лечебные блокады, ортопедические мероприятия, физиотерапия и ЛФК.

Общепризнана сложность реабилитационного лечения больных с хронической болью. По сравнению с пациентами с острыми болями в спине после завершения реабилитационных мероприятий улучшение показателей физического и социального статуса в два-три раза оказалось выше, чем у больных с хронической симптоматикой. Проблемы восстановительного лечения таких больных во многом обусловлены большой частотой выявления у них неправильно сформировавшихся позно-динамических установок и инкоординации, а также выраженного эмоционального дистресса и неоптимальных типов отношения к болезни. Так, депрессивные расстройства встречаются у больных с хроническими болями в спине и конечностях по данным других авторов в 3-4 раза чаще, чем в общей популяции. Представляется, что реабилитация больных с хронической болью представляет более психо-социальную, чем медицинскую проблему. Традиционная патогенентическая терапия, используемая при острой боли, менее пригодна для пациентов с хронической болью, поскольку когнитивные и эмоциональные факторы, а также противоболевое поведение нередко оказываются более значимыми при хронизации заболевания, чем первоначальные ноцицептивные стимулы. Задачей реабилитационных программ является не столько снижение боли, сколько достижение максимально возможной физической и психосоциальной адаптации больных. В исследовании реабилитационным мероприятиям должно предшествовать тщательное всестороннее неврологическое, ортопедическое, соматическое, психологическое обследование пациентов, направленное на исключение заболеваний внутренних органов, воспалительной и онкологической патологии. Как отмечалось, у больных с хроническими болями часто имеется недостаточность микроциркуляторных, иммунологических и репаративных саногенетических реакций, неадекватность сформировавшегося двигательного стереотипа, перегрузки близлежащих и отдаленных участков опорно-двигательного аппарата. В связи с этим перед началом лечения важно выявить факторы, препятствующие полноценным саногенетическим реакциям и формированию оптимального двигательного стереотипа. Реабилитация максимально индивидуализируется, любые назначения обсуждаются с больным, его активно вовлекают в решение всех вопросов реабилитации. Сохраняется мультимодальная направленность терапии. Наибольшее значение придается мероприятиям кинезотерапии и психотерапии, хотя в комплексные программы включают также и физиотерапевтические, ортопедические, медикаментозные воздействия. В целом же тактика реабилитации направлена на уменьшение количества лекарственных препаратов, принимаемых больным.

Больным с хроническими болями в спине на стадии неполной ремиссии в большей степени рекомендуется и проводится бальнеотерапия: грязевые, озокеритовые аппликации, торфолечение, рапные грязи, а также ванны: серо-водородные, хлоридно-натриевые, йодобромные, радоновые. Грязелечение, однако, не рекомендуется назначать тем пациентам, в анамнезе которых имеются указания на провоцирование обострений действием тепловых факторов. В остальных случаях для предупреждения усиления болей целесообразно сочетать грязелечение с фонофорезом гидрокортизоном или проведение

его под прикрытием антигистаминных препаратов. В санаторно-курортных условиях возможно проведение дозированного горизонтального вытяжения поясничного отдела позвоночника в сероводородных ваннах. Помимо бальнеопроцедур показан массаж - ручной и аппаратный (вакуумный, вибрационный), рефлексотерапия, а также методы аппаратной физиотерапии, направленные на активизацию саногенетических процессов и устранение дистрофических изменений в тканях вертебральной области и конечностей. Особенности физиотерапии связаны с более целенаправленной коррекцией некоторых представляющих значение для хронизации заболевания нарушений. Например, при недостаточной мышечной защите пораженного отдела позвоночника и нестабильности поясничных позвоночно-двигательных сегментов показана электростимуляция мышц-выпрямителей туловища, а также широчайшей мышцы спины, большой и малой ягодичных мышц при их гипотрофии.

У больных с хроническими болями в спине и ногах реабилитационные мероприятия направлены прежде всего на коррекцию неправильно сформировавшегося двигательного стереотипа и устранение нейродистрофических изменений опорно-двигательного аппарата. При выявлении избыточного распространенного напряжения паравертебральной мускулатуры постепенно, с интервалом в несколько дней и при помощи приемов мобилизации устраняют ее, достигая локальной мышечной защиты лишь пораженного позвоночно-двигательного сегмента. Мероприятия реабилитации направлены в том числе для устранения ортопедических дефектов: перекосов в сочленениях таза с крестцом, функциональных деформациий кривизны позвоночника. Оптимальным является обучение необходимым приемам самих больных с последующим включением упражнений по постизометрической аутомиорелаксации в комплексы лечебной физкультуры.

Значение лечебной физкультуры в реабилитации больных с хроническими болями особенно велика в связи с тем, что у них, как правило, выявляется недостаточность адаптационных механизмов и порочный стереотип поз и движений, сопровождающийся перегрузкой определенных структур опорно-двигательного аппарата. При этом восстановление ослабленных мышц затруднено из-за их функциональной замены другими мышцами.

Принципиально задачи и принципы лечебной физкультуры совпадают с теми, которые реализуются при реабилитации пациентов на стадии стихающего обострения, возможно также использование описанных выше лечебных комплексов. Однако кинезотерапия еще больше индивидуализируется. Важна согласованная работа мануального терапевта, физиотерапевта и кинезотерапевта. В случае неполноценности компенсаторно-приспособительных реакций опорно-двигательного атпарата пациента перед проведением лечебной гимнастики желательно при помощи мануальной терапии и физиотерапии устранить имеющиеся функциональные ортопедические дефекты и мышечные контрактуры. Используется изометрическая миорелаксация, так и постизометрическая релаксация, заключающаяся в активном растяжении мышцы вслед за ее изометрическим сокращением. Непосредственно в процессе ЛФК осуществляется миокоррекция, направленная на выработку и закрепление новых оптимальных стато-кинетических навыков. При недостаточной локальной миофиксаиии назначаются упражнения в статическом режиме на поддерживающие позвоночник мышцы поясницы для укрепления мышечного «корсета». На основании результатов исследования выбирают необходимые для соответствующей коррекции методики миорелаксации и кинезотерапии.

Значение психотерапии в реабилитации больных определяется особой значимостью психологических факторов в поддержании хронической боли в спине. Известно, что боль у данных пациентов нередко провоцируется психогенными факторами, а невротические и неврозоподобные синдромы, тревожные и депрессивные расстройства отмечаются более чем у половины больных с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника [3]. Можно выделить два основных аспекта влияния психологических факторов на

хронизацию болей: психо-эмоциональное напряжение и личностный тип отношения к болезни. Хронический эмоциональный стресс исходно может быть обусловлен как имеющейся вертеброневрологической патологией, так и не относящимися к ней психогенными факторами. Однако в дальнейшем соматогенные и психогенные факторы вступают в неразрывное взаимодействие друг с другом, что способствует стабилизации психо-эмоциональной дезадаптации. С одной стороны, сам периферический болевой очаг изменяет функциональное состояние головного мозга и таким образом повышает чувствительность к психогенным раздражителям. С другой стороны, любое беспокойство, тревога, чем бы они ни были обусловлены, увеличивают кортикальную активацию в ответ на патологическую афферентную импульсацию, то есть снижают порог восприятия и повышают чувствительность к боли. Усиление восприятие болевых раздражений на фоне психо-эмоционального напряжения считается одним из проявлений общей психической гиперестезии и центробежного повышения возбудимости рецепторов, облегчающего афферентный синтез в условиях несоответствия между доминирующей потребностью и сниженными возможностями организма. Хроническое психо-эмоциональное напряжение влияет не только на субъективные, но и на объективные проявления вертеброгенной патологии - рефлекторные, мышечно-тонические, нейродистрофические, сосудистые синдромы, а также на позно-динамическое выражение боли. На проявлениях и характере течения вертеброгенной патологии существенно сказывается также тип личностного реагирования на болезнь в его аффективных, когнитивных и поведенческих проявлениях. Вариантами поведения, способствующими персистенции боли, признаны, в частности, следующие: стратегия избегания физической активности; чрезмерная тенденция терпеть боль.

Существует мнение, что эмоциональное восприятие и представления пациента о тяжести и прогнозе заболевании опосредуют свое влияние через поведенческие факторы, способствующие в свою очередь формированию адекватного или неадеватного двигательного стереотипа. Так, чрезмерное избегание физической активности ведет к детренированности мышечного аппарата и снижению способности организма справляться с малейшими физическими нагрузками, в то время как стремление выносить боль, «несмотря ни на что», способствует патологическому напряжению мышц. Поведение с подчеркнуто-демонстративным невербальным выражением боли считается замаскированным «призывом о помоши» к окружающим, и также рассматривается в качестве неоптимальной стратегии. Наиболее адекватной поведенческой стратегией при болях в спине является прямое обращение к социальной поддержке. Таким образом, эмоциональный дистресс и неадаптивный тип отношения к болезни затрудняют реабилитацию пациентов. Между тем именно эти психологические особенности выявляются наиболее часто у больных с хроническими вертеброгенными болями. Известно, что более чем у 60 % больных с хроническими дорсалгиями имеются признаки эмоционального перенапряжения, и более 60 % больных не уверены в возможности выздоровления. Приблизительно у половины пациентов обнаруживается неосознаваемая условная желательность заболевания, обусловленная возможностью уйти от ответственности за бездеятельность в психотравмирующей ситуации, либо избежать самой этой ситуации, либо получить определенные социальные льготы в связи с болезнью.

Наиболее часто встречающимися психологическими особенностями больных с хроническими болями в спине являются: поведенческая пассивность, снижение спонтанности и активного отреагирования эмоций, отказ от самореализации, снижение мотивации достижения, ригидность установок, некоторое замедление речедвигательной активности, склонность к когнитивной переработке ситуации на фоне повышенной тревожности и чувствительности к неудачам, сосуществование противоположных личностных тенденций, приводящее к внутренним конфликтам. Указанные особенности предопределяют важную роль методов психотерапии в реабилитации больных.

Дифференцированный подход к психотерапии вертеброневрологических больных предполагает выбор клинико-психологических воздействий в зависимости от степени выраженности психо-эмоциональной дезадаптации пациента. Данный подход подразумевает необходимость психодиагностического исследования больных перед началом реабилитации.
Клинико-психологическая работа с больными, имеющими незначительную выраженность психо-эмоционального напряжения, ограничивается коррекцией неоптимальных типов реагирования на болезнь и обучением несложным приемам психо-физиологической регуляции. Такая работа, как правило, осуществляется в процессе бесед с больными непосредственно их лечащим врачом. Пациентам со значительным психо-эмоциональным напряжением необходима помощь психотерапевта. Задачами психокоррекционной работы является коррекция типа отношения к заболеванию, помощь в решении наиболее тервожащих пациента проблем, как связанных с заболеванием, так и не имеющих к нему непосредственного отношения, но приводящих к эмоциональному дистрессу, а также обучение способам психо-физиологической саморегуляции.

В последнее время наиболее широко используются методики когнитивно-поведенческой психотерапии и релаксационные техники. У больных с мышечно-тоническими синдромами используются также методы телесно-ориентированной терапии, направленные на осознание пациентами своих мышечных «зажимов» и их устранение. Когнитивно-поведенческая психотерапия (ее ведущим разделом считается эмотивно-рациональная психотерапия) базируется на представлении о том, что хроническая боль одновременно вовлекает когнитивный, сенсорно-аффективный и поведенческий уровни жизнедеятельности, а восприятие боли существенным образом зависит от того, что думает по поводу этой боли пациент. Соответствующие воздействия направлены преимущественно на исправление неадаптивных убеждений пациента для улучшения его эмоционального фона и оптимизации поведенческих реакций на болезнь. Используются такие техники, как «исправление когнитивных искажений», «конструктивный разговор с самим собой», тренинг по решению проблем. Проводится также обучение пациентов способам мышечной и эмоциональной релаксации.

Выводы. Очевидно, что в психопатологическом плане важным патогенетическим механизмом у пациентов с посттравматическим болевым синдромом явилось разблокирование системы психологической защиты, создание эмоционально-поддерживающей атмосферы, обучение навыкам эффективного рационального общения. Анализируемые реабилитационные мероприятия у пациентов с посттравматическим болевым синдромом позволили укрепить веру в выздоровление, улучшить психосоциальную адаптацию, повысить мотивацию на трудоустройство и улучшение качества жизни. Для повышения эффективности реабилитационных мероприятий целесообразно осуществлять аутогенную тренировку, саморегуляцию, мышечную релаксацию, когнитивно-поведенческую психотерапию, а также методы индивидуальной и групповой психотерапии.

Список литературы.

1. Пирогов Н.И. Синдромы хронической боли с вегетативными трофическими нарушениями. - 1855.

2. Тулупов А.Н. Посттравматический болевой синдром. Модуль / А.Н. Тулупов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – ISBN.

Режим доступа: http: // www/rosmedlib/ru/book/07-MOD-1008/html.

3. Попелянский А.Ю. Болезни периферической нервной системы. - 1989.

УДК 616.248

РЕСПИРАТОРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Дудченко Л.Ш., Мизин В.И., Ежов В.В., Беляева С.Н.,
Масликова Г.Г., Кожемяченко Е.Н., Ковальчук С.И.

ГБУЗ РК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова»
Россия, Ялта

RESPIRATORY THERAPY IN COMPLEX REHABILITATION OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Dudchenko L.Sh., Mizin V.I., Ezhov V.V., Belyaeva S.N.,
Maslikova G.G., Kozhemyachenko E.N., Kovalchuk S.I.

«Academic Research Institute of Physical Methods of Treatment, Medical Climatology and Rehabilitation named after I.M. Sechenov»
Russia, Yalta

Аннотация: Цель исследования: изучить влияние использования тренажеров дыхательных мышц «Новое дыхание» в составе дыхательной гимнастики на эффективность медицинской реабилитации больных бронхиальной астмой (БА). Материалы и методы. Под наблюдением находилось 76 больных бронхиальной астмой. Все пациенты прошли обследование и получили комплексную санаторно-курортную медицинскую реабилитацию. 46 больным дополнительно назначалась дыхательная гимнастика с использованием тренажеров «Новое дыхание». Эффективность реабилитации оценивали по критериям международной классификации функционирования (МКФ). Результаты и обсуждение. В результате комплексной реабилитации состояние всех больных улучшилось, повысился уровень контроля БА. Дополнительное включение тренажеров «Новое дыхание» привело к достоверному повышению показателей функции внешнего дыхания: ОФВ1, ФЖЕЛ, сатурации кислорода, толерантности к физической нагрузке и более высокому уровню контроля БА. Выводы. Использование тренажеров «Новое дыхание» может быть рекомендовано для включения в программы медицинской реабилитации для больных БА.

Abstract: Purpose to study influence of use of exercise machines of respiratory muscles "New breath" as a part of respiratory gymnastics on efficiency of medical rehabilitation of patients with the bronchial asthma (BA). Materials and methods. The research included 76 patients with BA. All the patients were screened and received complex sanatorium-resort medical rehabilitation. To 46 patients the respiratory gymnastics with use of exercise machines "New Breath" was in addition appointed. The efficiency of rehabilitation was estimated by criteria of the international classification of functioning (ICF). Results. As a result of complex rehabilitation of patients with BA makes it possible to improve patients' condition and increase disease control. Additional turning on of exercise machines "New Breath" led to reliable increase in indicators of function of external breath: FEV1, FVC, SpO2, tolerance to physical activity and higher level of control BA. Conclusions. Use of exercise machines "New Breath" can be recommended for inclusion in programs of medical rehabilitation for patients with BA.

Ключевые слова: бронхиальная астма, реабилитация, дыхательные тренажеры.

Key words: bronchial asthma, rehabilitation, respiratory exercise machines.

Актуальность исследования

Хронические респираторные заболевания стали одной из основных причин болезненности и инвалидизации населения. Одним из наиболее распространенных хронических социально-значимых заболеваний, представляющих серьезную медицинскую

и социально-экономическую проблему, является бронхиальная астма (БА) [1]. Санаторно-курортная медицинская реабилитация позволяет гармонично сочетать как медикаментозные, так и немедикаментозные методы лечения, что должно приводить к достижению контроля симптомов, длительной и стойкой ремиссии БА и к восстановлению функций пациентов [2]. Респираторная терапия является одним из обязательных компонентов санаторно-курортной медицинской реабилитации больных БА и включает ингаляционную терапию, дыхательную гимнастику, использование дыхательных тренажеров и кислородотерапию в случае необходимости [3]. Применение специальных дыхательных тренажеров, повышающих дыхательные резервы, за счет тренировок, основанных на эффекте сопротивления выдоху, может приводить не только к улучшению дыхательной функций, но и способствовать возрастанию кислородной емкости крови [4].

У больных пульмонологического профиля вообще, и у пациентов с БА в частности, изучение лечебных эффектов тренировок дыхательных мышц с использованием тренажеров дыхательных мышц в движении «Новое дыхание» (ТДМД) до настоящего времени не проводилось.

Цель исследования: изучить влияние использования тренажеров дыхательных мышц «Новое дыхание» в составе дыхательной гимнастики на эффективность медицинской реабилитации больных бронхиальной астмой.

Материалы и методы.

В исследовании приняло участие 76 больных БА в возрасте от 35 до 70 лет, получивших курс санаторно-курортной медицинской реабилитации в течение 18-21 дня. Обследование больных включало клиническое исследование, оценку контроля течения заболевания по опросникам АСТ и ACQ, лабораторные исследования (общий и биохимический анализы крови), функциональные исследования (спирография, электрокардиография, определение сатурации крови SpO2), толерантность к физической нагрузке по шестиминутному шаговому тесту (6МШТ). Комплексная оценка эффективности МР проводилась согласно критериям «Международной классификации функционирования, нарушений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ) для больных БА [5]. После проведения первичного обследования пациенты были распределены на две группы: контрольную из 30 больных, которым был назначен стандартный комплекс в соответствии со стандартом оказания санаторно-курортной помощи (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 г. № 212) и основную группу – 46 больных, которым дополнительно назначали курс процедур лечебной дыхательной гимнастики с ТДМД. Тренажер «Новое дыхание» позволяет регулировать механическое сопротивление на выдохе и осуществлять низкочастотную вибрацию потока выдыхаемого воздуха, что обеспечивает тренировку дыхательных мышц [6,7].

Результаты исследования и их обсуждение

Состояние пациентов улучшилось после проведенного курса санаторно-курортной МР как в основной, так и в контрольной группах. Достоверно повысился контроль течения заболевания (по данным опросников АСТ, ACQ), нормализовались показатели деятельности сердечно-сосудистой: ЧСС, систолическое и диастолическое артериальное давление (САД и ДАД). В основной группе статистически значимо повысились основные показатели функции внешнего дыхания ОФВ1 и ФЖЕЛ; SpO2 и показатель 6МШТ. При сравнении произошедших изменений в основной и контрольной группах обнаружена статистически достоверная разница, в основной группе произошли более значимые изменений по повышению показателя опросника АСТ и более значительное снижение по опроснику ACQ, что говорит о более выраженном достижении контроля течения астмы у пациентов основной группы. Достоверные различия обнаружены и в показателях функции внешнего дыхания – ФЖЕЛ и ОФВ1 возросли больше в основной группе по сравнению с

контрольной. Значение 6МШТ в основной группе возросло больше, чем в контрольной, что говорит о повышении толерантности к физической нагрузке (таблица 1).

Таблица 1 - Показатели обследования до и после санаторно-курортной медицинской реабилитации у больных бронхиальной астмы

Показатель	Контрольная группа (n=30)		Основная группа (n=46)		p_1
	Поступление	Выписка	Поступление	Выписка	
	M±σ	M±σ	M±σ	M±σ	
АСТ, баллы	15,13±5,63	18,33±4,58*	15,42±5,44	18,81±4,15**	0,0001
ACQ, баллы	2,05±0,72	1,08±,60*	1,80±1,02	1,06±1,00**	0,0001
ЧСС в мин.	84,10±13,90	77,70±8,66**	81,89±10,43	75,28±5,67**	
САД	127,93±19,57	122,76±12,58*	131,522±17,44	128,26±9,38*	0,035
ДАД	81,55±12,61	77,931±9,11*	81,85±9,21	80,44±5,25	
ФЖЕЛ, %	82,18±15,04	84,99±14,07	93,80±22,62	99,18±20,38**	0,066
ОФВ1, %	72,483±16,02	75,67±14,57	74,94±23,82	79,24±23,14**	0,045
SpO_2, %	97,46±1,70	97,56±1,51	98,09±0,93	98,77±0,83**	0,0001
6МШТ, %	86,99±34,03	87,05±43,97	95,20±20,07	98,26±20,43*	0,021

Примечания: * - $p<0,05$, ** - $p<0,001$ – достоверность между поступлением и выпиской по критерию Вилкоксона для зависимых выборок; p1 - достоверность между динамикой в группах – по критерию Манна-Уитни для независимых выборок; динамика = (значение при поступлении) – (значение при выписке).

Объективно оценить результат медицинской реабилитации больных БА возможно по критериям МКФ. Использовали следующий набор доменов: b4301 – кислородно-транспортные функции крови, b4303 – свертывающие функции крови, b4402 – функции, связанные с объемом расширения легких при дыхании, b4408 – функции дыхания другие, уточненные, b450 дополнительные дыхательные функции, b455 – функции толерантности к физической нагрузке, b460 – ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем, b530 – функции сохранения массы тела.

Показатели доменов b4301 и b4303, описывающие свертывающие и кислородно-транспортные функции крови, достоверно не изменились. При этом статистически значимо изменились показатели доменов, характеризующих дыхательные функции и толерантность к физической нагрузке, при чем у всех больных в обеих группах наблюдения. За исключением домена b4402, который включает данные основных показателей спирометрического исследования ОФВ1 и ФЖЕЛ. Его уровень достоверно снизился только в группе больных с включением занятий с ТДНД (таблица 2).

Таблица 2 - Значения доменов МКФ до и после санаторно-курортной медицинской реабилитации у больных бронхиальной астмой

Домены МКФ	Контрольная группа (n=30)		Основная группа (n=46)		p_1
	Поступление	Выписка	Поступление	Выписка	
	M±σ	M±σ	M±σ	M±σ	

b4301	0,192±0,403	0,175±0,342	0,228±0,465	0,196±0,401	0,38
b4303	0,983±1,567	0,783±1,434	1,12±1,303	1,0±1,147	0,24
b4402	1,067±0,612	1,00±0,541	0,967±0,909	0,804±0,749*	0,01
b4408	0,786±0,466	0,422±0,311**	0,568±0,398	0,365±0,234**	0,001
b450	1,167±0,805	0,471±0,488**	1,111±0,791	0,661±0,614**	0,05
b455	1,10±0,759	0,50±0,548**	1,130±0,499	0,929±0,324*	0,001
b460	1,317±0,815	0,75±0,626**	0,778±0,517	0,589±0,443*	0,001
b530	1,367±1,245	1,267±1,202	1,391±0,988	1,413±1,035	0,26

Примечания: * - p<0,05, ** - p<0,001 – достоверность между поступлением и выпиской по критерию Стьюдента для зависимых выборок; p1 - достоверность между динамикой в группах – по критерию Стьюдента для независимых выборок; динамика = (значение при поступлении) – (значение при выписке).

Выводы

В результате проведенной санаторно-курортной медицинской реабилитации состояние пациентов с БА улучшилось, уменьшились симптомы заболевания, повысился контроль течения. Дополнительное применение тренажеров дыхательных мышц «Новое дыхание» в сочетании с дыхательной гимнастикой привело к достоверному улучшению функции внешнего дыхания, толерантности к физической нагрузке, и в результате к более существенному повышению уровня контроля БА.

Таким образом, использование тренажеров дыхательных мышц «Новое дыхание» может быть рекомендовано для включения в программы медицинской реабилитации для больных БА.

Список литературы:

1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma. (GINA). Updated 2017 // http://www.ginasthma.org

2. Антонюк, М. В., Гвозденко Т.А. Проблемы и перспективы реабилитации пульмонологических больных в условиях юга Дальнего Востока // Сборник трудов ГБУЗ РК «АНИИ им. И.М. Сеченова» Том XXVII. «Актуальные вопросы курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации». г. Ялта, 2016 г. – С. 201-204. [Antonyuk, M. V., Gvozdenko T.A. Problemy i perspektivy reabilitatsii pul'monologicheskikh bol'nykh v usloviyakh yuga Dal'nego Vostoka // Sbornik trudov GBUZ RK «ANII im. I.M.Sechenova» Tom KhKhVII. «Aktual'nye voprosy kurortologii, fizioterapii i meditsinskoi reabilitatsii». g. Yalta, 2016 g. – C. 201-204. (in Russian)].

3. Малявин А.Г., Епифанов В.А., Глазкова И.И. Реабилитация при заболеваниях органов дыхания. М.: ГЭОТАР – Медиа; 2010. [Maljavin A.G., Epifanov V.A., Glazkova I.I. Reabilitacija pri zabolevanijah organov dyhanija. M.: GJeOTAR – Media; 2010. (in Russian)].

4. Горанчук В.В., Сапова Н.И., Иванов А.О. Гипокситерапия. Спб: ООО «Олби-Спб», 2003. - 536 с. [Goranchuk V.V., Sapova N.I., Ivanov A.O. Gipoksiterapija. Spb: OOO «Olbi-Spb», 2003 – 536 s. (in Russ.)].

5. Дудченко Л.Ш., Мизин В.И., Беляева С.Н. и др. Оценка эффективности санаторно-курортной медицинской реабилитации больных бронхиальной астмой с использованием международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2018.- 17(3).- с. 133-140. [Dudchenko L.Sh., Mizin V.I., Belyaeva S.N. i dr. Otsenka effektivnosti

sanatorno-kurortnoi meditsinskoi reabilitatsii bol'nykh bronkhial'noi astmoi s ispol'zovaniem mezhdunarodnoi klassifikatsii funktsionirovaniya, ogranichenii zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya. // Fizioterapiya, bal'neologiya i reabilitatsiya. 2018.- 17(3).- s. 133-140. (in Russian)].

6. Дышко Б.А., Головачев А.Е. Инновационные подходы к совершенствованию физической работоспособности спортсменов на основе применения тренажеров комплексного воздействия на дыхательную систему // Вестник спортивной науки.- 2011. - № 1.- С.7-12. [Dyshko B.A., Golovachev A.E. Innovacionnye podhody k sovershenstvovaniju fizicheskoj rabotosposobnosti sportsmenov na osnove primenenija trenazherov kompleksnogo vozdejstvija na dyhatel'nuju sistemu // Vestnik sportivnoj nauki. – 2011.- 1.- s. 7-12. (in Russ.)].

7. Дышко Б.А., Кочергин А.Б., Головачев А.И. Инновационные технологии тренировки дыхательной системы. - М.: Теория и практика физической культуры и спорта, 2012.-122 с. [Dyshko B.A., Kochergin A.B., Golovachev A.I. Innovacionnye tehnologii trenirovki dyhatel'noj sistemy.-M.: Teorija i praktika fizicheskoj kul'tury i sporta, 2012.- 122 s. (in Russ.)]

УДК 612.84_612.6(072)

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИЙ МОЗГА И ЗРЕНИЯ У ИНВАЛИДОВ С ДИАГНОЗОМ ДЦП, АСТИГМАТИЗМ, МИОПИЯ, АМБЛИОПИЯ И КОСОГЛАЗИЕ

Габибов И.М.

ФГУП “НИИ гигиены, профпатологии и экологии человека” ФМБА России
Россия, Санкт-Петербург

INNOVATIVE METHODS OF EVALUATION AND RESTORATION OF FUNCTIONS OF THE BRAIN AND VISION IN DISABLED PEOPLE WITH DIAGNOSIS OF CP

Gabibov I.M.

Scientific Research Institute of Human Hygiene, Occupational Pathology and Ecology of the Federal Medical-Biological Agency
Russia, St.Petersburg

Аннотация: Известно, что развитие ДЦП и других нарушений мозга и зрения является результатом негативных воздействий на женщину с момента беременности. Установлено, что адресная стимуляция зрительно-чувствительных зон мозга с помощью решеток разной частоты приводит к улучшению зрения в среднем на 15-20 % и устранению косоглазия.

Abstract: It is known that the development of cerebral palsy and other disorders of the brain and vision is the result of negative effects on a woman since pregnancy. It has been established that targeted stimulation of the visually-sensitive areas of the brain with different frequency gratings leads to an improvement in vision by an average of 15-20% and the elimination of strabismus.

Ключевые слова: ДЦП, миопия, амблиопия, астигматизм, косоглазие, зрение, восстановление, пространственно-частотные решетки, стимуляция, зоны мозга.

Key words: Cerebral palsy, myopia, amblyopia, astigmatism, strabismus, vision, restoration, spatial-frequency grattings, stimulation, brain areas.

Разработка инновационных технологий или адаптация существующих методов реабилитации, применительно к детям инвалидам, является задачей первостепенной важности. Известно, что развитие ДЦП и других нарушений мозга и зрения могут быть результатом негативных воздействий с момента беременности. Такое эволюционно важное функция как выживаемость организма, обеспечивается способностью мозга к

пластическим перестройкам, а не за счет вовлечением резервов мозга. Мнение о том, что в процессе жизни человек использует не более 10-15% возможностей мозга и в связи с этим располагает огромным резервом, является ошибочным.

На самом деле восстановление утраченных функций организма в процессе жизни обеспечивается способностью мозга к функциональным и структурным перестройкам. Установлено, что пластическим перестройкам может подвергается не только развивающийся, но и сформировавшийся мозг [1]. При всех видах указанных нарушений важно сохранить зрение в процессе всей жизни. Для этого нужны современные, неинвазивные, высокоэффективные методы оценки и восстановления функций мозга и зрения без риска здоровью [2-5]. Это особенно надо помнить, когда речь идет о детях инвалидах.

Изучая механизмы работы головного мозга и организацию процесса переработки пространственной (зрительной) информации мы решаем двуединую задачу. Поэтому зрительный анализатор может послужить тем ключом, посредством которого можно установить, как степень сохранности зрительной функции, так и функционального состояния различных отделов головного мозга, а также воздействовать на них.

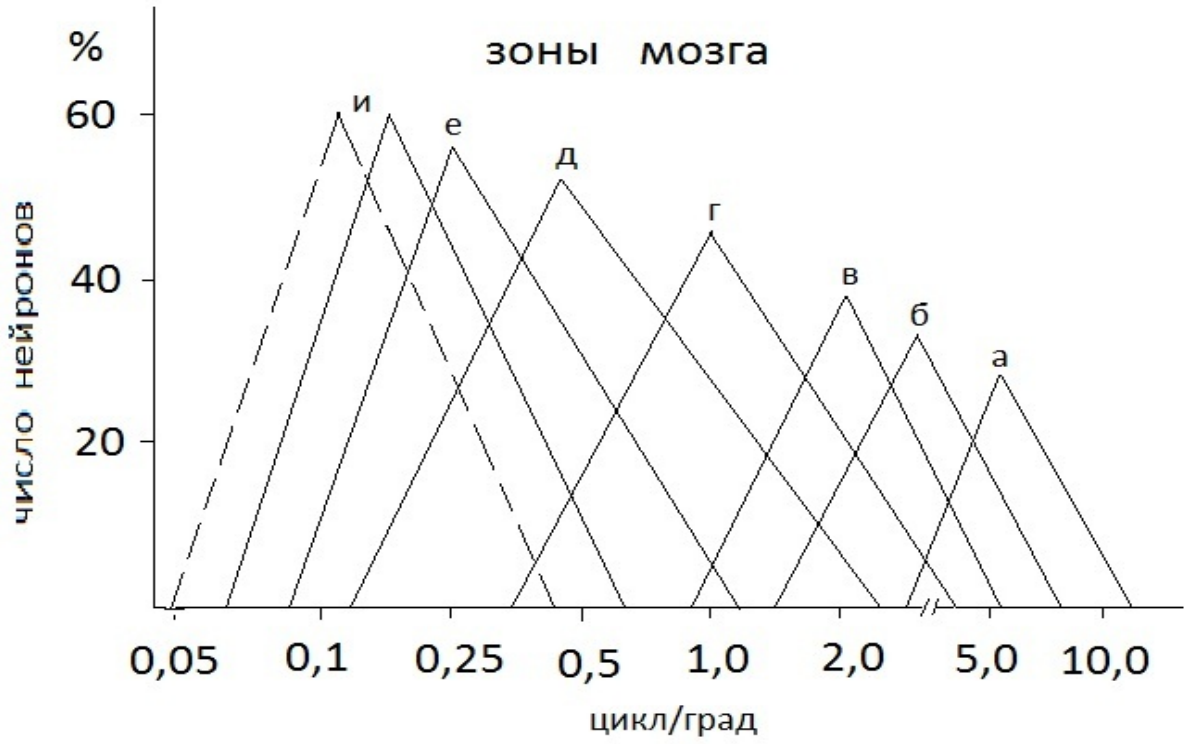


Рис. 1. Значения пространственных частот в различных зонах головного мозга.

Исследования, проведенные на хищных (Felis domesticus) и приматах (Macaque rhesus) показали, что нейроны каждой зрительно-чувствительной зоны мозга имеют свою пространственно-частотную настройку [1]. На рисунке 1 представлены результаты этого анализа – нейроны на уровне сетчатки (а), наружного коленчатого тела (НКТ) (б), подушки зрительного бугра (Pulvinar) (в) и заднелатерального ядра таламуса (LP) (г) настроены на более высокочастотный спектр (1-15 цикл/град и выше), чем нейроны затылочной (д) и височно-теменных зон коры (е, и), которые настроены на низкочастотный спектр от 0,1 до 0,05 цикл/град соответственно.

На основе этих данных нами разработаны методы ранней диагностики и лечения различных форм зрительных нарушений человека, которые направлены на изменение

биоэлектрической активности нейронных систем мозга и зрительных центров (от сетчатки, подкорковых ядер, затылочной коры до ассоциативных областей коры больших полушарий мозга человека), с помощью специальных стимулов [1]. Стимулы состоят из разных пространственно-частотных решеток с синусоидальным распределением освещенности и отфильтрованных изображений с разными пространственно-частотными составляющими, направленных на активацию различных областей мозга и отделов зрительной системы [1-3] Значения частот соответствуют значениям, полученными нами в результате исследований на животных. После предъявления каждого стимула в виде видеограммы отдельно для правого и левого глаз строилась шкала сохранности зрительной функции. Кривая сохранности зрительной функции используется нами как средство для установления функционального состояния зрительных центров и контроля за эффективностью лечения после каждых пяти сеансов, и в отдаленный период после лечения (Рис.2).

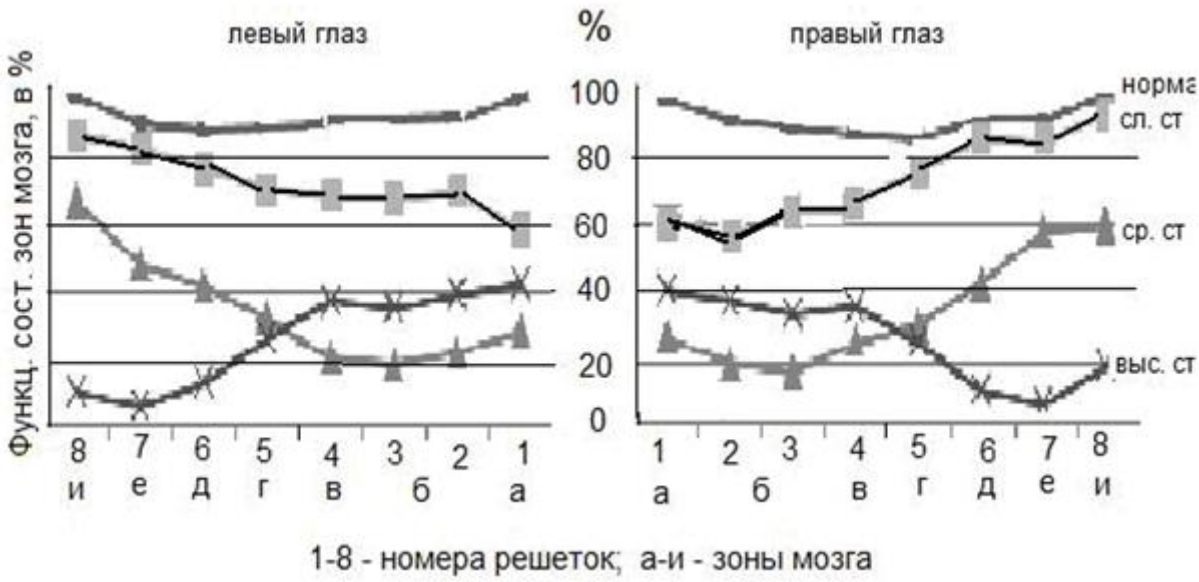


Рис. 2. Графики функционального состояния зрительных зон мозга человека при миопии разной степени тяжести на предъявление решеток разной частоты.

1-8 (номера решеток) – значения пространственно-частотных решеток с синусоидальным распределением освещенности (1 – самая высокочастотная; 8 – самая низкочастотная). Остальные обозначения те же, что и на рис. 1.

При диагностике мы основываемся на результатах исследования электрической активности (ЭЭГ) с помощью отведения от четырех зрительно-чувствительных зон мозга (затылочная кора правого и левого полушарий – ЗКП, ЗКЛ, заднетеменная кора правого и левого полушарий – ЗТКП, ЗТКЛ) при предъявлении специальных изображений на мониторе. Программное обеспечение автоматизированного комплекса обеспечивает одновременное предъявление изображений на одном мониторе и экспресс обработку данных и управление параметрами стимуляции на другом мониторе. После регистрации ЭЭГ проводился анализ соотношения альфа- и бетта-ритмов для всех четырех измерений при монокулярной стимуляции.

В результате установлено, что у испытуемых (офтальмологически здоровых людей) средние значения соотношений альфа- и бетта-ритмов ЭЭГ составили: в ЗКП – в пределах 30-45%; в ЗКЛ – 25-40%; в ЗТКП уровень альфа-ритма – 20-30%, а бетта-ритма – 30-42%; в ЗТКЛ уровень альфа-ритма – 22-35%, а бетта-ритма – 30-40%.

В результате установлено, что во всех случаях при миопии разной степени тяжести значение альфа-ритма снижено по сравнению с нормой. При миопии слабой степени тяжести наблюдается снижение значения альфа-ритма в проекционных и ассоциативных областях примерно одинаково – до 15-20%. Статистический анализ по критерию Манна-Уитни показал достоверные различия между значениями альфа-ритма при миопии слабой степени и нормой ($R= 0,2$; $P<0,05$). При миопии средней степени тяжести наблюдается снижение значения альфа-ритма в большей степени в проекционных областях – до 5-7% ($R=0,1$; $P<0,05$) чем, в ассоциативных областях – до 10-15% ($R=0,2$; $P<0,05$). При миопии высшей степени тяжести наблюдается значительное снижение значения альфа-ритма в ассоциативных областях - до 1-7% ($R=0,07$; $P<0,05$), чем в проекционных областях – до 3-30% ($R=0,2$; $P<0,05$).

Таким образом, для определения зоны отведения и установления значения порога альфа-ритма при лечении необходимо использовать результаты, полученные при диагностике. Каждый из наборов отфильтрованных стимулов в совокупности содержит полный набор пространственных частот и по своим физическим характеристикам должны способствовать созданию устойчивого доминантного очага в нервных центрах и удовлетворять следующим требованиям. Они должны отличаться: 1) обеспечением повышенной возбудимости нейронных систем выделенного центра; 2) способностью вызвать длительные следовые процессы; 3) способностью вызвать в момент стимуляции сопряженное торможение в других центрах. Разработанные нами стимулы полностью удовлетворяют этим требованиям и могут использоваться как при диагностике и лечении различных форм зрительных нарушений, так и для нормализации функционального состояния различных отделов головного мозга детей инвалидов при ДЦП, гиперактивности и других зрительных нарушениях, включая косоглазие. Для контроля за эффективностью лечения через каждые 5 сеансов проводили исследование сохранности зрительной функции. Когда кривая сохранности зрения переходит уровень 80% на графиках – зрение соответствует единице.

В обследовании участвовало 15 человек (5 детей до 6 лет) – диагноз ДЦП – 4 чел., гиперактивность – 5 чел., косоглазие – 2 чел., с нарушениями зрения различной степени тяжести – 4 чел., из них 1 ребенок с диагнозом Двусторонняя наследственная атипичная катаракта, нистагм, послеоперационная афакия (OD, OS), бельмо роговицы (OD), микрофтальм, синдром Петерсона (OS).

Результаты диагностики и восстановления зрения в виде графиков сохранности зрительной функции отдельных пациентов представлены на рисунках 3а,б,в,г.

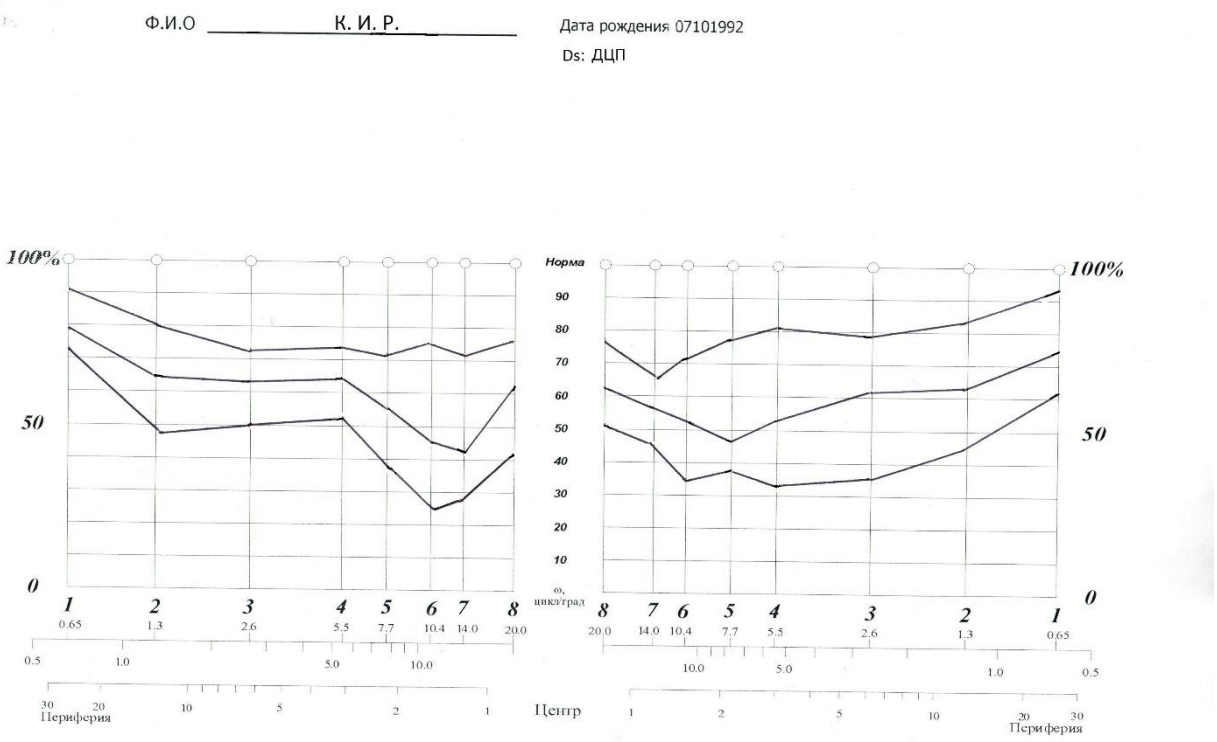
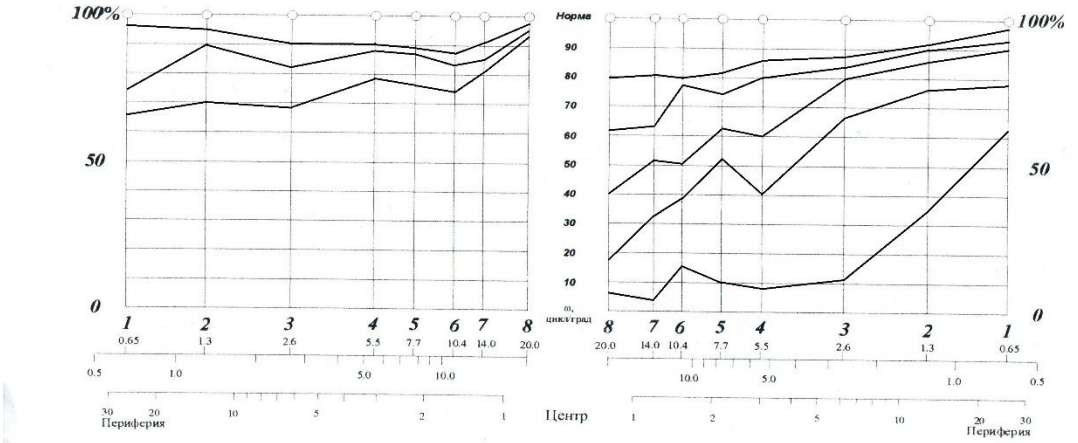


Рис. 3а. График сохранности зрительной функции при ДЦП за каждые 5 сеансов Нижний график - уровень сохранности зрительной функции до начала тестирования, последующие графики – после каждых 5 сеансов.

Ф.И.О Б. Д. Дата рождения **2005 г.р**

Ds: Гиперактивность



Ф.И.О С. Р. В. Дата рождения 2012 г.р.

Ds: Гиперактивность

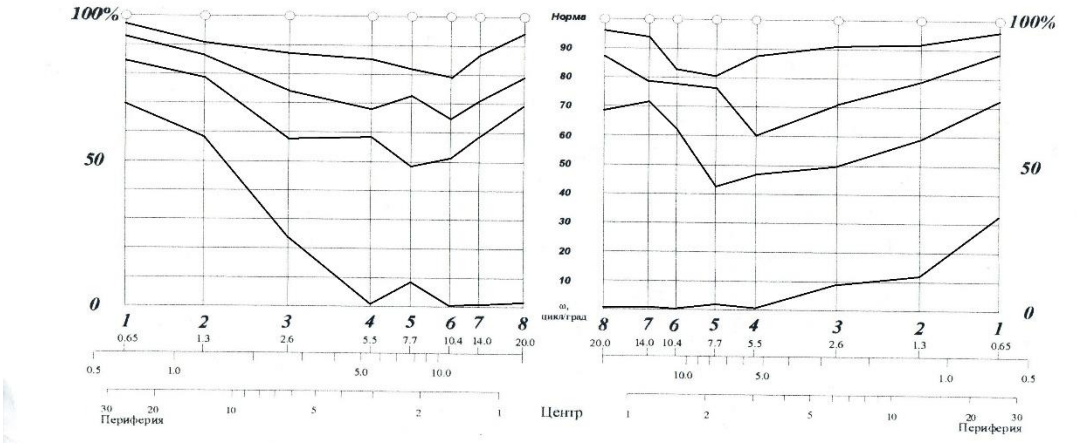


Рис. 3б. График сохранности зрительной функции при гиперактивности 2-х пациентов за 5 сеансов. Остальные обозначения те же, что и на рис. 3а.

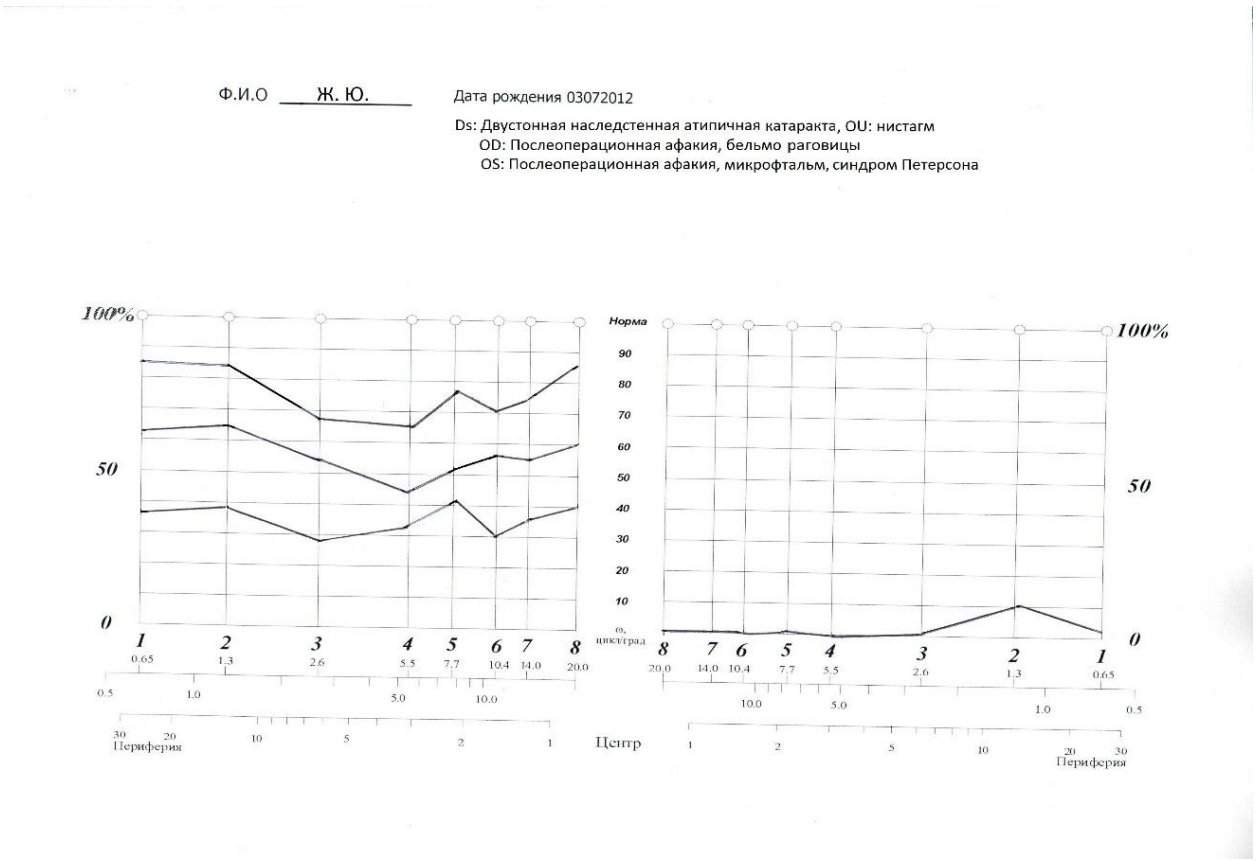


Рис. 3в. Кривая сохранности зрительной функции при двусторонней наследственной атипичной катаракте, нистагме, микрофтальме, и синдроме Петерсона за каждые 5 сеансов. Остальные обозначения те же, что и на рис. 3а.

Рис. 3г. Результат устранения косоглазия при стимуляции зрительно-чувствительных зон мозга.

Статистический анализ по критерию Фишера (Урбах, 1967) выявил достоверные различия положительного эффекта между первыми пяти и последующими сеансами при

ДЦП в среднем – ПГ на 31% (P<0,05, U=1,982), ЛГ – на 35% (P<0,05, U=2,194), при гиперактивности, ПГ – на 30,1% (P<0,05, U=2,522). ЛГ – на 27% (P<0,05, U=2,358). Методы являются индивидуальными, усреднение результатов снижает наглядность результатов каждого пациента.

Полученные нами данные по апробации разработанных методов диагностики и биокоррекции зрительных нарушений различной этиологии показали, что их использование позволяет получить устойчивый положительный терапевтический эффект и исключает побочные действия.

Список литературы:

1. Габибов И.М. Интегративная деятельность и пластичность в нейронных сетях таламопариетальной системы мозга человека и животных. “Изд-во: Супер-издатель”, Санкт-Петербург. 2017. 236 с. 2) Патент № 2219832. RU. 2002. 3) Патент № 41610. RU. 2004. 4) Патент № 2563371, RU. 2015. 5) Габибов И.М., Гусейнов Г.М. Сб: Реабилитация – XXI веке: Традиции и инновации. Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, СПб, 2018. С. 126-128.

УДК 618.19–006–089–036.82

ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пальцева М.Ф., Кобылко Л.А., Грибова И.П.

УЗ «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ»
Республика Беларусь, Гомель

POSSIBILITIES OF MEDICAL REHABILITATION AFTER RADICAL TREATMENT OF BREAST CANCER

Paltseva M.F., Kobylko L.A., Gribova I.P.

ME "Gomel Regional Clinical Hospital of DWW II"
Republic of Belarus, Gomel

Аннотация: в статье приведены данные, полученные на основе анализа результатов реабилитации женщин после радикального лечения рака молочной железы. Полученные данные свидетельствуют об улучшении изучаемых показателей у 80% пациентов.

Abstract: the article presents data obtained on the basis of an analysis of the results of the rehabilitation of women after radical treatment of breast cancer. The data obtained indicate an improvement in the studied parameters in 80% of patients.

Ключевые слова: реабилитация, рак молочной железы.

Key words: rehabilitation, breast cancer.

Актуальность

Одной из важных проблем современной медицины является рак молочной железы (РМЖ), занимающий первое место в структуре злокачественных новообразований у женщин во многих странах мира. Ежегодно регистрируется более миллиона случаев этой патологии, при этом РМЖ занимает также первое место в структуре смертности от злокачественных новообразований у женщин (более 500 тысяч смертей от данной патологии) [1, 2].

После перенесенной операции по поводу РМЖ у пациентов зачастую развивается ряд проблем, требующих реабилитационных мероприятий. К ним относятся серьезные

соматические и психологические нарушения, которые трактуются как постмастэктомический синдром, при котором у 35-40% пролеченных женщин развивается лимфостаз верхней конечности; плечевые плекситы и невропатии - у 1,2–11%; ограничение амплитуды движения в плечевом суставе - у 39,7%; у 25% женщин наблюдается тяжелая психологическая депрессия. Описанный симптомокомплекс приводит к инвалидизации женщин, в связи с этим данная проблема имеет особую медико-социальную значимость [3].

Система реабилитации после операции на молочной железе включают в себя комплекс мероприятий, направленных на возвращение женщины к нормальной жизнедеятельности, которая соответствует или приближается к уровню нормальной жизнедеятельности до болезни. Комплексность реабилитационного подхода достигается благодаря работе мультидисциплинарной бригады в составе реабилитолога, психотерапевта, физиотерапевта и врача_ЛФК. В реабилитационной программе используются лечебная физкультура, массаж, пневмокомпрессионная и физиотерапевтическая терапия.

Цель работы - оценка эффективности реабилитационных мероприятий у пациенток после радикального лечения РМЖ.

Методы

В исследование вошли данные, полученные в результате реабилитация 50-ти пациенток после радикального лечения РМЖ. Средний возраст составил 60 лет (min-45, max-81 год). Медицинская реабилитация проводилась на раннем (19 пациенток - 38%) и на позднем (31 реабилитируемая - 62%) этапе. В ходе реабилитации использовались следующие методы и средства: синусоидальные модулированные токи 2 или 3–4 роды работ; общее магнитное поле; местное магнитное поле; ЛФК; массаж верхних конечностей; вихревые ванны для верхних конечностей; пневмокомпрессионная терапия. Также проводилась оценка степени контрактуры плечевого сустава по функциональному классу (ФК), динамика, оценка динамики окружностей плеча, предплечья, кисти на послеоперационной стороне. Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36. Сравнение показателей пострадавшей конечности проводилось по сравнению со здоровой. Курс реабилитации составлял от 10 до 18 дней.

Результаты

В ходе исследования выяснилось, что в целом улучшение функции плечевого сустава было отмечено в 38 (76%) случаях, из них у 35 (70%) произолшо улучшение на 1 ФК, в 3 (6%) случаях - на 2 ФК. Отсутствовала позитивная динамика у 12 пациенток (24%) (рисунок 1).

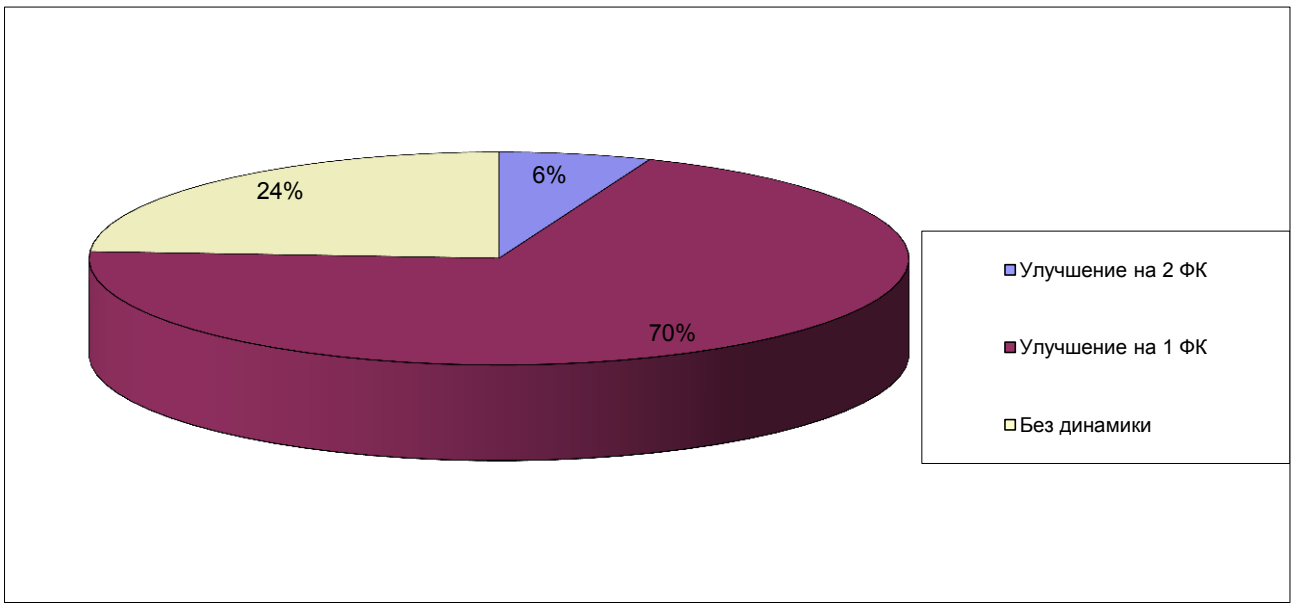


Рисунок 1 — Частота улучшения функции плечевого сустава

При оценке влияния реабилитационных мероприятий на лимфостаз методом измерения окружности плеча и предплечья было выявлено следующее.

В 6% случаев отсутствовала положительная динамика уменьшения окружности плеча, в 6% случаев наблюдалось уменьшение окружности плеча на 0,5 см, в 44% — на 1,0 см, в 6% — на 1,5 см, в 26% — на 2,0 см, в 4% — на 2,5 см, в 4% — на 3,0 см, в 4% — на 5,0 см.

В 10% случаев отсутствовала положительная динамика уменьшения окружности предплечья, в 10% случаев наблюдалось уменьшение окружности предплечья на 0,5 см, в 44% — на 1,0 см, в 2% — на 10 см, в 20% — на 2,0 см, в 2% — на 2,5 см, в 6% — на 3,0 см, в 4% — на 4,0 см, в 2% — на 6,0 см.

Таким образом, можно констатировать, что у 80% женщин имела место положительная динамика, что отразилось в уменьшении окружностей измеряемой конечности на 1см и более (рисунок 2).

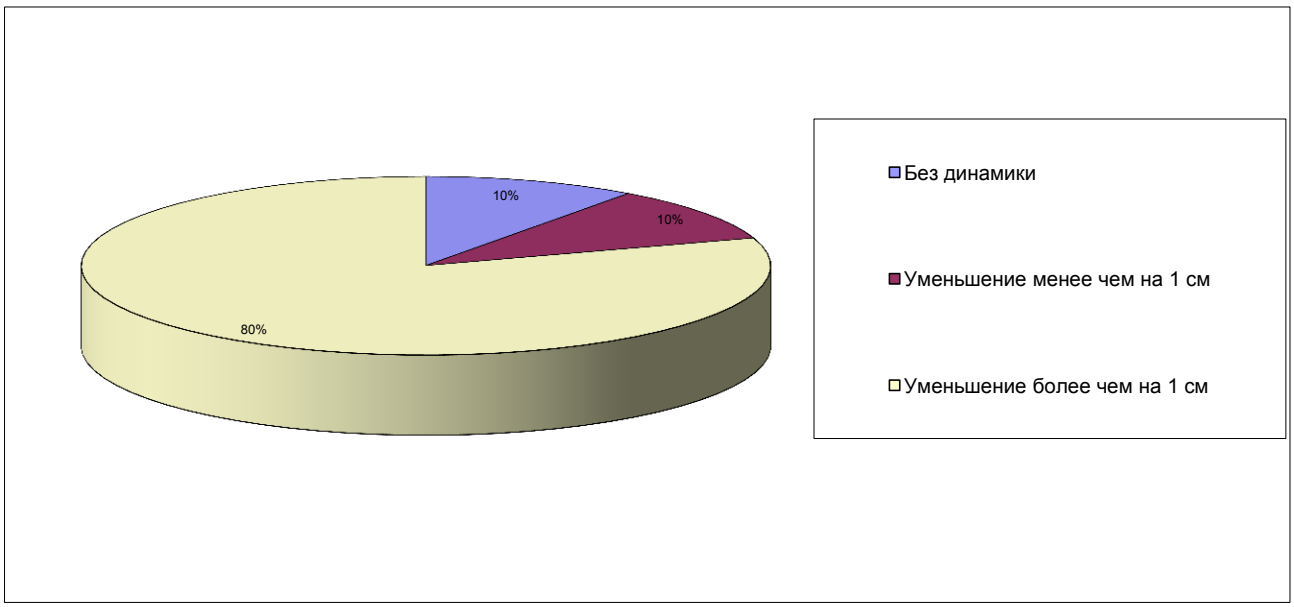


Рисунок 2 — Частота положительной динамики после лечения лимфостаза

Выводы

1. После проведенных реабилитационных мероприятий положительная динамика в показателях лифмостаза верхней конечности была отмечена у 80% женщин.

2. Улучшение функции плечевого сустава отмечено у 76% реабилитируемых. Данные показатели отражаю высокую эффективность проводимой реабилитации у пациентов после радикального лечения РМЖ.

Список литературы:

1. Залуцкий И.В., Аверкин Ю.И., Артемова Н.А., Машевский А.А. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси. Минск: Зорны верасень, 2006. - 205 с.

2. Parkin DM, Bray F, Ferlay J. Global cancer statistics // CA Cancer J Clin. 2002. Vol. 55, Issue 2. P. 74–108.

3. Мика К. Реабилитация после удаления молочной железы: пер. с польск.- М.: Мед.лит., 2011 – 144с.

УДК 616.24-089

РЕСПИРАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ПОЗИЦИИ МКФ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Афанасьева В.В., Потапчук А.А.

Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. И.П. Павлова
Россия, Санкт – Петербург

RESPIRATORY REHABILITATION PULMONARY SURGERY PATIENTS FROM A POSITION UF (A REVIEW OF THE LITERATURE)

Afanasyeva V.V., Potapchuk A.A.

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University
Russia, St.Petersburg

Аннотация: Статья посвящена актуальной проблеме – реабилитации пульмонологических больных хирургического профиля с позиции МКФ. Проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы, который показал актуальность проблемы, нерешенные задачи и перспективы научных исследований по этой теме.

Abstract: The article is devoted to the actual problem-rehabilitation of pulmonological patients with surgical profile from the position of ICF. The analytical review of domestic and foreign literature, which showed the relevance of the problem, unsolved problems and prospects of research on this topic.

Ключевые слова: респираторная реабилитация, реабилитационный потенциал, МКФ.

Key word: respiratory rehabilitation, rehabilitation potential, ICF.

Введение.

Хирургический пациент является серьезным кандидатом для включения в программу реабилитации. Клинический опыт показывает, что у значительной части пациентов, перенесших торакальные операции, имеется повышенный риск развития тяжелых послеоперационных легочных осложнений и смерти. Легочные осложнения у этой категории пациентов развиваются гораздо чаще, чем при операциях на верхних отделах брюшной полости (19–59% и 16–20% соответственно). Например, у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) после операции редукции легочной

ткани легочные осложнения отмечаются более чем в 30% случаев. Несмотря на это, актуальность пульмореабилитации в особых условиях, таких как пред- и постоперационный период в абдоминальной и торакальной хирургии, недооценен [3].

Объективная оценка реабилитационного профиля пациентов является обязательным требованием современной физической и реабилитационной медицины. Использование для этих целей валидизированных категорий МКФ позволяет доказательно сравнить различные программы реабилитации путем универсальной объективизации структурных, функциональных и социальных компонентов качества жизни пациента [8].

Существуют различные мнения об эффективности респираторной реабилитации постоперационных больных пульмонологического профиля.

Отсутствие единого, научно-обоснованного подхода к проведению респираторной реабилитации и оценки реабилитационного потенциала этой категории пациентов не позволяет во многих случаях быстро и качественно завершить процесс восстановления.

Медицинское сообщество европейских стран активно проводит научные изыскания по прикладному использованию положений МКФ в практику здравоохранения и медико-социальной экспертизы (МСЭ).

Формулирование целей работы

Целью данной работы является изучение современного состояния проблемы респираторной реабилитации пульмонологических больных после проведенного хирургического лечения с позиции МКФ методом аналитического обзора научной литературы.

Результаты исследования

Изучение вопросов, связанных с респираторной реабилитацией пульмонологических больных в пре и послеоперационном периоде, роль реабилитационного диагноза в ранней послеоперационной реабилитации пульмонологических больных хирургического профиля требует оценки тех наработок, которые имеются на сегодня.

Целый ряд хронических заболеваний (респираторные, эндокринные, нейромышечные, системные и др.), а также оперативные вмешательства на грудной клетке приводят к развитию респираторной мышечной дисфункции. Ее основным клиническим проявлением является одышка, приводящая к ограничению физической работоспособности и снижению качества жизни. Тренировки респираторных мышц (ТРМ) способны улучшить состояние этих больных и могут использоваться в реабилитации пациентов.

Еще в девяностые годы 20 века H. Kehlet писал: эффект физиотерапии грудной клетки (обычный или стимулирующей спирометрии) является обсуждаемым, хотя небольшое снижение частоты осложнений может быть получено [9].

Mans C. M., Reeve J. C., Elkins M. R (2015 год) в метаанализе 8 рандомизированных контролируемых исследований (295 участников старше 16 лет) оценивалась эффективность предоперационной тренировки инспираторных мышц в предотвращении послеоперационных легочных осложнений и сокращении длительности пребывания в стационаре пациентов, перенесших кардиоторакальные или абдоминальные оперативные вмешательства. Авторами сделан вывод о том, что предоперационная подготовка с тренировкой инспираторных мышц значительно улучшает функцию респираторной мускулатуры. Этот эффект сохраняется в раннем постоперационном периоде, наполовину снижая риск легочных осложнений [10].

Существуют и другие данные, о том, что доказательства эффективности тренировки дыхательных мышц являются слабыми, потому что исследования малы и плохо сопоставимы из-за методологических вопросов. Тем не менее, большинство исследований указывают на значительное увеличение объема мокроты.

Систематический обзор Влияние стимулирующей спирометрии на послеоперационные легочные осложнения [11] сообщил: "в настоящее время

доказательства не подтверждают использование стимулирующей спирометрии для уменьшения частоты послеоперационных легочных осложненный.”

М.И. Мазитова, Э.Р.Мустафин (2012 год) в своей работе отмечают, что в выздоровлении пациентов без существенных осложнений и в сокращении длительности их пребывания стационаре участвует множество факторов. Поиски эффективных методов лечения хирургических больных с минимальным риском привели к возникновению и развитию нового понятия — fast track хирургия. Это пакет медицинских услуг, подразумевающий современный подход на дооперационном, интраоперационном и после операционном этапах ведения пациентов, совокупный результат которого заключается в уменьшении осложнений, послеоперационной боли, стрессовых реакций и дисфункций органов, а также в ранней реабилитации. Дальнейшее совершенствование методики требует комбинированного применения минимально инвазивных операций, фармакологического подавления стресса и эффективной мультимодальной неопиоидной аналгезии с методами активной реабилитации [1].

По последнему определению, озвученному в 2012 г. на совместном совещании по легочной реабилитации Европейского респираторного общества и Американского торакального общества (ERS/ATS), легочная реабилитация сопровождает основные методы лечения пациентов, включает образование, изменение образа жизни пациентов, улучшает физическое и психическое состояние пациента с хроническим респираторным заболеванием и способствует долгосрочному улучшению здоровья [12].

Н.Н. Мещерякова, А.С. Белевский, А.В. Черняк (2002 год) используют в своем исследовании дыхательные тренажеры, которые направлены на тренировку инспираторной – Threshold IMT (Respironics, США) и экспираторной мускулатуры – Threshold PEP (Respironics, США). На основании проделанной работы удалось установить, что физическая тренировка совместно с тренировкой дыхательной мускулатуры дыхательными упражнениями и дыхательными тренажерами позволили значительно повлиять на такие системные проявления ХОБЛ, как слабость скелетной и дыхательной мускулатуры, толерантность к физической нагрузке, и улучшить функциональные показатели легких. [2].

Теоретической основой современного подхода к реабилитации является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), одобренная на Всемирной ассамблее здравоохранения в 2001 году [Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Женева: ВОЗ; 2001.].

По мнению Г.Н. Пономаренко (2013 год) рассматриваемые в отечественной научной литературе различные функциональные шкалы и шкалы качества жизни не в полной мере адекватны задачам объективизации качества медицинской реабилитации, так как сосредоточены на характеристике либо качества жизни в целом, либо преимущественно функционального состояния отдельного органа, ткани, системы. В связи с этим актуальна разработка интегративной шкалы оценки и прогноза медицинской реабилитации при различных заболеваниях, которой в полной мере отвечает принятая международным научным и практическим медицинским сообществом классификация МКФ. [4].

Черкашина И. В. (2017 год) считает, что в отечественном здравоохранении проблема анализа инструментов, методов и условий применения МКФ для организации эффективной системы реабилитации пациентов с различной патологией далека от разрешения. В этих условиях альтернативой становится активно разрабатываемый в последнее десятилетие персонализированный подход применения физических факторов, направленный на индивидуализацию лечения и реабилитации больных [6].

А.В. Шошмин, Г.Н. Пономаренко с соавт. (2016 год) считают, что в настоящее время МКФ является международным стандартом для проведения исследований, описания состояния пациентов, постановки целей реабилитации, оценки

реабилитационного потенциала, организации восстановительного процесса и оценки его результатов [7].

Тихонов И.В. (2018 год) сообщает, что важная составляющая планирования объема и эффективности предполагаемых реабилитационных мероприятий - реабилитационный потенциал (РП), который имеет важное прогностическое значение в восстановительном лечении пациентов с БНС. Комплексная оценка ресурсов реабилитации, основанная на определении РП, позволяет установить прогноз на восстановление определенных функций жизнедеятельности с позиций количественной оценки, полученной после специализированных диагностических обследований [5].

Выводы:

1. Количество научных работ, посвящённых проблеме респираторной реабилитации пульмонологических больных, пролеченных хирургически, с позиции МКФ весьма ограничено.
2. Приведенные в литературе методики, способы реабилитации пульмонологических больных хирургического профиля и оценка реабилитационного потенциала больных этой категории с позиции МКФ не систематизированы.
3. Увеличение хирургического лечения пульмонологических больных требует разработки научно-обоснованных подходов к респираторной реабилитации, оценки вклада отдельных ее компонентов и оценки эффективности ранней реабилитации у пульмонологических больных хирургического профиля с позиции МКФ.

Дальнейшие исследования предполагается направить на изучение и разработку программы респираторной реабилитации пульмонологических больных, пролеченных хирургически, с позиции МКФ.

Список литературы:

1. Мазитова М. И., Мустафин Э.Р. fast track хирургия — мультимодальная стратегия ведения хирургических больных М. И.Мазитова, Э.Р.Мустафин Казанский медицинский журнал, 2012 г., том 93, №5.
2. Мещерякова Н.Н., к.м.н., Белевский А.С., д.м.н., профессор, Черняк А.В. к.м.н., НИИ пульмонологии ФМБА России основные принципы реабилитации для больных с хронической обструктивной болезнью легких Медицинский совет 2014 № 16.
3. Мухарлямов Ф. Ю., Сычёва М. Г., Расулова М. А., Орлова Т. В. и др. Пульмореабилитация в программах ускоренного восстановления постоперационных больных // Доктор.Ру. Анестезиология и реаниматология. Медицинская реабилитация 2015. № 15 (116) — № 16 (117). С. 71–76.
4. Пономаренко Г.Н. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья — инструмент научной оценки эффективности медицинской реабилитации Г.Н. Пономаренко вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры 2, 2013.
5. Тихонов И.В. «Оптимизация программ медицинской реабилитации пациентов с болью в нижней части спины на основе международной классификации функционирования» диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Казань 2018.
6. Черкашина И. В. «Персонализированная реабилитация больных с заболеваниями суставов» 14.03.11 - восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. 2017.
7. Шошмин А.В., Пономаренко Г.Н., Бесстрашнова Я.К., Черкашина И.В. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки эффективности реабилитации: методология, практика, результаты. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2016;93(6):12-20. https://doi.org/10.17116/kurort2016612-20

8. Aliberti S, Masefield S, Polverino E, et al. Research priorities in bronchiectasis: a consensus statement from the EMBARC Clinical Research Collaboration. Eur Respir J 2016; 48: 632–647
9. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation H. K EHLET British Journal of Anaesthesia 1997; 78: 606–617.
10. Nascimento JP, Módolo NS, Andrade S, Guimarães MM, Braz LG, El Dib R. Incentive spirometry for prevention of postoperative pulmonary complications in upper abdominal surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2014(2):CD006058.
11. Mans C. M., Reeve J. C., Elkins M. R. Postoperative outcomes following preoperative inspiratory muscle training in patients undergoing cardiothoracic or upper abdominal surgery: a systematic review and meta analysis // Clin Rehabil. 2015. Vol. 29. N 5.P.426–438.
12. Spruit MA et al. An Official American Thoracic Society, European Respiratory Society Statement: Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation – an executive summary. Am J Respir Crit Care Med., 2013.

УДК 612.135

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ КАПИЛЛЯОСКОПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Лысов Н.А., Супильников А.А., Прибытков Д.Л.

Медицинский университет «Реавиз»
Россия, Самара

THE USE OF COMPUTER CAPILLAROSCOPY IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH OBLITERATING DISEASES OF LOWER LIMB ARTERIES

Lysov N.A., Supilnikov A.A., Pribytkov D.L.

Medical University "Reaviz"
Russia, Samara

Аннотация: В настоящей статье представлены результаты исследования микроциркуляторного русла посредством компьютерной капилляроскопии нижних конечностей проведенной у пациентов с эндартериитом, атеросклерозом. Данный метод исследования использовался в качестве средства диагностики, так как имеет ряд положительных качеств, таких как малоинвазивость и достоверность.

Представленная информация может быть использована для дальнейшего изучения микроциркуляторного русла у больных с облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей, а также дифференциальной диагностики этой категории больных.

Диагностическая ценность данного метода оправдана необходимостью тщательного изучения функций дистального русла в процессе реабилитации у пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей.

Abstract: This article presents the results of the study of microcirculation by means of computer capillaroscopy of the lower extremities was performed in patients with the disease. This method of research was used as a diagnostic tool, as it has a number of positive qualities, such as maloinvazivnogo and reliability.

The presented information can be used for further study of microcirculation in patients with obliterating diseases of vessels of lower extremities, as well as the differential diagnosis of this category of patients. The diagnostic value of this method is justified by the need to carefully study the functions of the distal channel in the rehabilitation process in patients with obliterating diseases of the lower limb arteries.

Ключевые слова: Микроциркуляторное русло, капилляроскопия, эндартериит, атеросклероз, реабилитация.

Key words: Microcirculation capillaroscopy, endarteritis, atherosclerosis, rehabilitation.

Введение. Окклюзирующие заболевания артерий нижних конечностей являются значимой медико-социальной проблемой. Интерес к этой проблеме значительно вырос в последние годы, так как отмечается отчетливая тенденция к увеличению числа таких заболеваний и «омоложению» контингента больных. В структуре первичной инвалидности в Российской Федерации окклюзирующие заболевания артерий нижних конечностей среди лиц моложе 45 лет занимают второе место, уступая лишь последствиям травм [12]. Пациенты, находящиеся на реабилитационном лечении по поводу данных заболеваний требуют прицельного диагностического контроля.

Цель. Провести обзор литературы по возможностям использования прижизненных методов изучения микроциркуляторного русла для прогноза результатов и исходов лечения больных с окклюзирующими заболеваниями сосудов нижних конечностях в реабилитации, а так же представить интерпретацию собственных исследований.

История развития капилляроскопии берет свое начало с клинических исследований капилляров группой немецких ученных под руководством доктора медицины О.Мюллера, конструкция и техническая часть методике принадлежит Е.Вейсу, Ганфланду, Никау, В.Парризиусу. Первый научный труд по капилляроскопии был опубликован О.Мюллером в 1922г. Концепция В. Йенша, оформившаяся в 1926-1930 гг., нашла за рубежом многочисленных сторонников. Почти во всех иностранных работах, посвященных анализу капилляроскопических исследований, применяется терминология, предложенная В. Йеншем - Т. Гопфнером (1926-1930). Принципы теории В. Йенша легли в основу многих зарубежных работ, авторы которых на основании капилляроскопической картины пытаются обосновать наследственно-конституциональное происхождение и проводить дифференциальную диагностику таких заболеваний, как мигрень, невроз, нейроциркуляторная астения, эпилепсия, шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, слабоумие. В послевоенные годы взгляды Ф. Повдермакер, предложившей в 1929 году профилактические осмотры школьников с целью выявления лиц с недоразвитыми капиллярами, нашли свое отражение в работах американского психиатра А. Гауптмана, который рекомендует проводить аналогичные осмотры с аналогичными целями у военнослужащих американской армии [11].

В настоящее время капилляроскопия широко используется во многих сферах медицины для диагностики различных заболеваний. Так же капилляроскопия может быть использована в качестве медико-аналитического метода, что делает ее особенно интересной для исследовательской медицины [3]. При проведении капилляроскопии видны форменные элементы крови, находящиеся в просвете капилляров, но не видны стенки капилляров. К сложностям проведения капилляроскопии добавляются проблемы количественной оценки полученных результатов. Капилляроскопия позволяет оценить качественные характеристики капиллярных петель.

Капилляроскопия ногтевого ложа является методом прямой визуализации капиллярного русла и движущейся в нем крови. Помимо этого, капилляроскопия позволяет оценить состояние и особенности окружающих капилляры тканей. Ни один другой метод не может осуществить прямую неинвазивную визуальную и количественную оценку капилляров и прилегающих к ним тканей [4].

Исследование микроциркуляции методом капилляроскопии традиционно включает в себя несколько этапов.

Этап первый. На начальном этапе производится подготовка исследуемого пациента. Обычно пациенту предлагается не употреблять избыточного количества жидкости. Исследование производится натощак или спустя несколько часов после приема пищи. Перед исследованием нежелательно употреблять: крепкий чай, кофе, алкоголь.

Курить перед исследованием также не рекомендуется. Кожу пальцев нельзя подвергать действию химически активных веществ - бензина, стирального порошка, соды, ацетона, лака и т.п. [5].

Этап второй. Оптимальной температурой в помещении, где проводится исследование, считается 21-23°С. Перед исследованием в состоянии покоя у больного измеряется артериальное давление и пульс. Целесообразно проводить измерение 2-3 раза с интервалом в 30 секунд. Среднее арифметическое значение показаний вносится в протокол.

Положение пациента: поза свободная. При исследовании на верхней конечности, кисть должна находиться на уровне сердца, предплечье и ладонь руки помещаются на мягкую прочную опору. Исследуемый палец располагается на предметном столике, в специальное ложе под объектив микроскопа. Рука исследуемого должна быть освобождена от колец, браслетов, тесной одежды. На область исследования наносится каплю иммерсионного масла. Температура столика и ложа для пальца должна быть не ниже 27°С.

Этап третий. На зону ногтевого валика фокусируется свет от источника освещения. Капилляры ногтевого ложа подводятся в фокус оптической системы для получения четкого изображения на мониторе. Сначала проводится обзорное исследование при увеличении в 400 раз, которое даёт представление о количестве капилляров на единицу поверхности, степени их извитости и вариабельности. Настройка и выбор капиллярных петель производится непосредственно по изображению, выведенному на экран монитора.

При исследовании оценивается визуально плотность распределения капилляров, их форма (степень извитости), наличие анастомозов, количество агрегатов форменных элементов крови.

Этап четвертый заключается в обработке полученной информации при помощи специально разработанного программного обеспечения с получением данных о капиллярном кровотоке [7].

Интерпретация результатов капилляроскопии.

За последние 2 года нами было выполнена компьютерная капилляроскопия ногтевого ложа 1 пальца стопы на нижних конечностях у 15 пациентов с облитерирующим эндартериитом. Из них 2 пациента – женщины и 13 пациентов мужчин. Средний возраст, которых составил около 35лет. Далее мы выполнили у 15 пациентов данное исследование, но с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей на разных стадиях по (по А.В. Покровского-Фонтейна), из них 2 пациента – женщины и 13 пациентов мужчин. Средний возраст, которых составил около 50 лет. Контрольной группе состояла так же из 15 человек, которым выполнили компьютерную капилляроскопию ногтевого ложа 1 пальца на нижних конечностях. 2 пациента - женщины, 13 пациентов – мужчины со средним возрастом 42 года не имеющих поражений артерий нижних конечностях. В контрольной группе при проведении исследования у пациентов, капилляры представляют собой ряды правильно расположенные и одинакового размера, и форм с преобладанием 1 морфологического типа капилляров. Капилляры имеют четкие границы и отчетливо прослеживаемым движениям кровяных телец по ним. После полученных данных и проанализировав их мы заметили особенность в длине капилляров - у пациентов с гиперстеническим телосложением капилляры более длинные у пациентов с нормостеническим телосложением капилляры имеют не большую длину и более извиты.

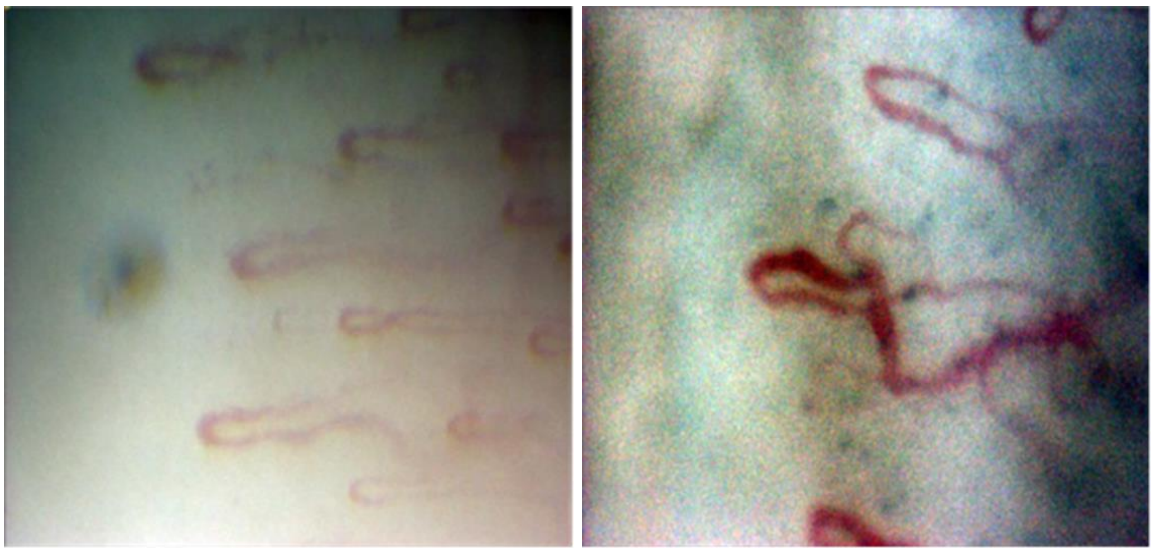


Рис.1

У пациентов 1 группы с облитерирующим эндартериитом форма и размер, а также их расположение кардинально отличается от пациентов исследуемых групп. Капилляры располагаются хаотично, их не большое количество плотность составила 3 шт/1мм. Также отмечался не большой размер капилляров и аномальная форма. Отмечался выраженный стаз крови в капиллярах, в некоторых из них невозможно было измерить кровоток, но в капиллярах, расположенных проксимально скорость артериального кровотока составила 235, скорость венозного кровотока 102. И одним из основных отличий капиллярной сети у больных с облитерирующим эндартериитом это циркулярная охватывающая зона с четкими контурами из соединительной ткани.

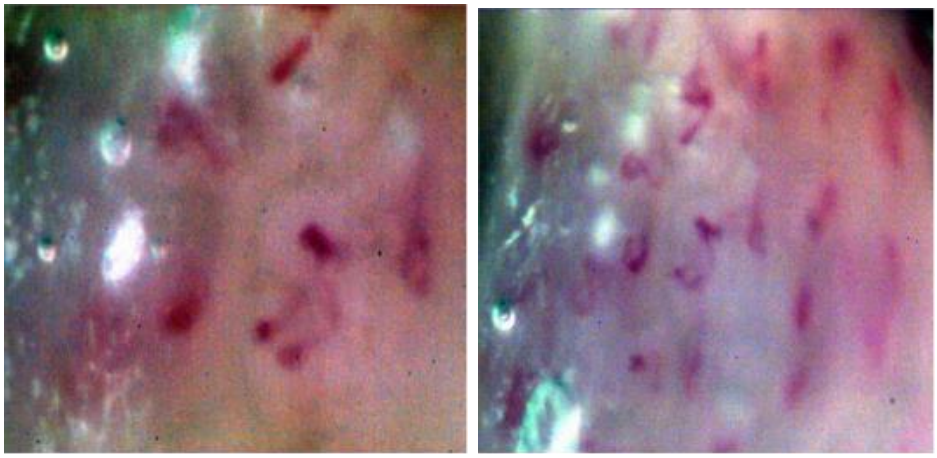


Рис. 2

Во 2 группе пациентов были исследованные больные с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей со 2 – 4 стадией по (А.В. Покровского-Фонтейна.) У всех больных форма и размер капилляров несколько отличалась от пациентов 1 группе, преобладал 2- и 3 морфологический тип капилляра, но при этом плотность их составила 2-5 шт/мм. Застой крови в капиллярах наблюдался у пациентов с 3 и 4 стадией по (А.В. Покровского-Фонтейна), скорость артериального кровотока составила от 93 мкм/с до 256 мкм/с, скорость венозного кровотока составила от 40 мкм/с до 176 мкм/с.

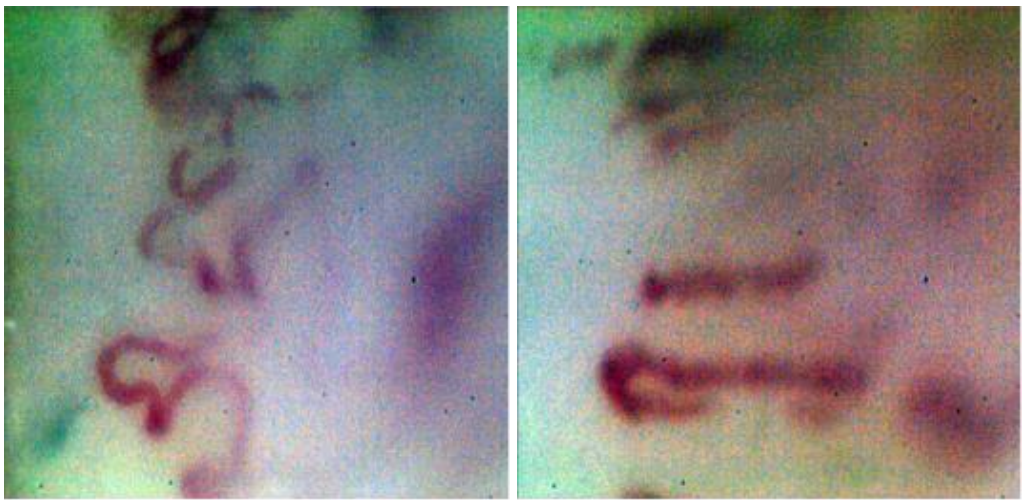


Рис. 3

Выводы.

Таким образом, диагностическая ценность компьютерной капилляроскопии в качестве одного из основных методов исследования при реабилитации пациентов с различными заболеваниями сердечно-сосудистой и других систем не вызывает сомнения. Высокая достоверность компьютерной капилляроскопии в дифференциальной диагностике облитерирующего эндартериита, как основного метода исследования позволяет не только отдифференцировать облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей, но и оценить состояние микроциркуляторное русло, и оценить изменения, происходящие в магистральных сосудах. При своевременно получении информации о состоянии капиллярного русла у пациентов при облитерирующим эндартериите и атеросклерозе артерий нижних конечностей позволяет начать своевременную реабилитацию данных пациентов, что приведет к минимизации органоуносящих операций. В настоящее время для оценки микроциркуляции у больных с окклюзирующими заболеваниями артерий нижних конечностей капилляроскопия не применялась, однако, с учетом данных литературы, у пациентов с хронической венозной недостаточностью происходят значительные изменения микроциркуляции [1]. Поэтому изучение микроциркуляторного русла посредством капилляроскопии у больных с окклюзирующими заболеваниями артерий нижних конечностей является целесообразным.

Список литературы:

1. Азизов Г.А., Козлов В.И./ Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей: особенности микроциркуляции//Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2003. № 3. С. 117-120.
2. Алекперов Р.Т./ Капилляроскопия в диагностике синдрома Рейно и системной склеродермии//Научно-практическая ревматология. 2008. № S3. С. 31-34.
3. Баранов В.В., Кузнецов М.И., Шинкаренко В.С./Компьютерная капилляроскопия - неинвазивный метод ранней диагностики и контроля эффективности проводимой терапии//Курортное дело, туризм и рекреация. 2007. Т. 1. № 1. С. 9-11.
4. Верещака В.В., Сидорова Н.Н./Интегральная количественная оценка состояния микроциркуляции ногтевого ложа по данным капилляроскопии//Сердце и сосуды. 2008. № 1 (21). С. 086-093.
5. Дуванский В.А., Азизов Г.А./Особенности регионарной микроциркуляции у больных хронической венозной недостаточностью стадии С6.//Лазерная медицина. 2011. Т. 15. № 1. С. 12-15.

6. Житова В.А., Чернуха С.Н./Использование капилляроскопии для диагностики нарушений периферического кровообращения//Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. 2013. Т. 13. № 4 (44). С. 231-235.

7. Козлов В.И., Гурова О.А./Строение микроциркуляторного русла кожи и показатели лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ) в разных областях тела человека//Stredoevropsky Vestnik pro Vedu a Vyzkum. 2015. Т. 84. С. 98.

8. Козлов В.И./Капилляроскопия в клинической практике//Тихоокеанский медицинский журнал. 2015. № 4 (62). С. 98.

9. Лопатина А.Б./Применение целенаправленной капилляротерапии для коррекции нарушений микроциркуляции у больных сахарным диабетом и оценка ее эффективности.//Современные проблемы науки и образования. 2015. № 6. С. 215.

10. Макаров И.В., Яровенко Г.В./Способ диагностики облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей//патент на изобретение RUS 2214155 20.09.2001.

11. Оболенский И.С., Приезжев А.В., Гурфинкель Ю.И./Компьютерная капилляроскопия: современное состояние, проблемы и перспективы//В сборнике: Оптические методы исследования потоков (ОМИП-2007) Труды IX Международной научно-технической конференции. 2007. С. 308-311.

12. Плавник Р., Сидельников К./Перспективы телемедицинских технологий при компьютерной капилляроскопии//Врач. 2015. № 10. С. 59-61.

13. Плавник Р.Г., Богданец Л.И., Лобанов В.Н., Мурашкин Т.В./Микроциркуляция у больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей, осложненной трофическими язвами, по данным компьютерной капилляроскопии//Эндоскопическая

УДК 616-009.1-08:615.825

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ТРЕНИНГ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ CI-ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМИПАРЕЗОМ

Сикорская И.С., Святская Е.Ф., Жукова Т.В., Емельянов Г.А.

Белорусская медицинская академия последипломного образования
Республика Беларусь, Минск

FUNCTIONAL TRAINING OF UPPER LIMBS WITH THE USE OF CI-THERAPY IN PATIENTS WITH HEMIPARESIS

Sikorskaya I.S., Sviatskaya E.F., Zhukava T.V., Emelyanau G.A.

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education
Republic of Belarus, Minsk

Аннотация: Одной из форм реабилитационной терапии, которая улучшает работу паретичной верхней конечности после повреждений центральной нервной системы за счет увеличения использования этой конечности является терапия, вызванная ограничением движения (constraint-induced movement therapy – CI или CIMT-терапия). CI-терапия – метод, направленный на преодоление феномена «learned non-use» («привычка неиспользования», «феномен неиспользования») паретичной конечности путём иммобилизации здоровой руки и обучения выполнению интенсивных целенаправленных упражнений пораженной рукой.

Abstract: One form of rehabilitation therapy that improves the performance of the paretic upper limb after damage to the central nervous system by increasing the use of this limb is constraint -induced movement therapy (CI or CIMT therapy). CI-therapy is a method aimed at

overcoming the phenomenon of “learned non-use” of a paretic limb by immobilizing a healthy hand and learning how to perform intense targeted exercises with the affected hand.

Ключевые слова: CI-терапия, реабилитация.
Key words: CI-therapy, rehabilitation.

Нейрореабилитация пациентов после повреждений центральной нервной системы является актуальной проблемой современной неврологии во всём мире. Более чем у половины пострадавших формируются двигательные нарушения, которые снижают качество жизни и нередко приводят к развитию стойкой инвалидности. В частности, после инсульта гемипарез выявляется у 80 – 90 % пациентов, причём у 40% парез руки сохраняется пожизненно [1,2,4].

Пациенты со снижением моторной функции руки значительно ограничены в своей повседневной социальной и бытовой активности. Наряду с мобильностью, восстановление движений в руке, является одним из ключевых условий для самообслуживания пациента и возвращения к трудовой и профессиональной деятельности.

Согласно данным многочисленных авторов [1,4,6,8], полноценное восстановление движений в руке происходит лишь в 20% случаев. Причиной этого может служить ряд типичных проблем, с которыми специалисты сталкиваются при восстановлении движений в руке. К таким проблемам можно отнести отсутствие у пациента мотивации к тренировкам, ограниченные человеческие ресурсы, которые могут быть задействованы в процессе медицинской реабилитации, а также возникновение вторичных осложнений, таких как артропатия плечевого сустава и мышечные контрактуры.

Целенаправленные тренировки – ключевой и обязательный элемент двигательной реабилитации после заболеваний и травм головного мозга, представляющий собой высокоинтенсивные тренировки функционально значимых, целенаправленных движений. Цель данного подхода – освоение двигательного навыка, важного для пациента в повседневной жизни.

В формировании стереотипа движения, наряду с показателями силы и тонуса мышц, амплитуды движений, уровня болевого синдрома большое значение придается психофизическим качествам движения, к которым относятся пространственная координация (ловкость), точность, скорость и плавность движения. Моторное переобучение с включением тренировки пространственной координации движения способствует значительному уменьшению моторного дефицита верхней конечности, однако таким занятиям уделяется недостаточное внимание [3,8,12].

Современная теория двигательного обучения построена на системной модели двигательного контроля, основываясь на которой были разработаны новые подходы в кинезотерапии и реабилитации, в частности теория целенаправленного двигательного обучения, или task-oriented approach. Данный метод, в отличие от традиционных подходов, направленных на восстановление отдельных движений и функций, ориентирован на тренировку и восстановление определенной двигательной задачи [5,6,11].

Одной из форм реабилитационной терапии, которая улучшает работу паретичной верхней конечности после инсульта и других повреждений центральной нервной системы за счет увеличения использования этой конечности является терапия, вызванная ограничением движения (constraint-induced movement therapy – CI или CIMT-терапия). В настоящее время CI-терапия (терапия движением, индуцированным ограничением; терапия вынужденными движениями) рассматривается как самый эффективный метод кинезотерапии у пациентов с умеренным или лёгким парезом руки. По итогам минувшего столетия она была признана одним из 10 лучших достижений неврологии XX века и одним из 10 самых перспективных направлений нейрореабилитации [2,7].

Терапия, вызванная ограничением движения (CI или CIMT-терапия) – метод, направленный на преодоление феномена «learned non-use» («привычка неиспользования»,

«феномен неиспользования») паретичной конечности путём иммобилизации здоровой руки и обучения выполнению интенсивных целенаправленных упражнений пораженной рукой, основанный на увеличении мотивации и отсутствии выбора у пациента при фиксации интактной верхней конечности (Taub E., 1998).

Феномен «learned non-use» определяется как разница между тем, что пациент может делать, когда его вынуждают использовать паретичную руку, и тем, что пациент делает при свободном выборе использования любой руки. При этом показано, что пациенты предпочитают использовать в своей повседневной жизни только здоровую руку даже если степень пареза лёгкая [9,10].

Недостаточное использование паретичной руки может привести к вторичным изменениям, таким как атрофии, артропатии и контрактуры, что ещё больше ограничивает функцию пораженной конечности.

Выявить феномен «learned non-use» можно при простом наблюдении за пациентом, а также во время выполнения тестов, оценивающих двигательные навыки.

Фиксация здоровой руки на время CI-терапии производится путём наложения лонгеты, применения специальной рукавицы, либо повязки с обязательным учётом и соблюдением условий безопасности пациента.

В классическом варианте длительность такого ограничения для вынуждения использования паретичной руки должна составлять не менее 90% времени бодрствования пациента, а интенсивные обучающие тренировки по выполнению целенаправленных упражнений должны проводиться 6 часов в день на протяжении 10 дней в течение 2 недель.

В протокол занятий входят упражнения, направленные на расширение объема движения плечевого сустава во всех 3 плоскостях, игровые и графические задания спортивной и бытовой направленности (включение света, уборка на кухне, вытирание окна и стола, развешивание белья, перекладывание предметов на столе, причесывание, прием пищи, движение рук во время ходьбы). Специально вводятся упражнения для тренировки сложных пространственных движений (точности, скорости, плавности). Задание пациент выполняет паретичной рукой активно и/или активно с небольшой помощью. Все занятия проходят под визуальным самоконтролем пациента и вербальным контролем методиста.

В зависимости от состояния пациента с давностью заболевания или травмы менее 3-х месяцев могут быть использованы и другие режимы дозирования:

1) высокоинтенсивный – иммобилизация руки составляет не менее 90% времени бодрствования, продолжительность целенаправленных тренировок составляет от 3 до 6 часов в день;

2) низкоинтенсивный – иммобилизация более 0%, но менее 90% времени бодрствования пациента, продолжительность целенаправленных тренировок составляет до 3 часов в день, общая продолжительность курса – до 10 недель.

В процессе занятий должна постепенно увеличиваться сложность упражнений и скорость их выполнения. При необходимости могут быть использованы приспособления, предназначенные для разгрузки веса руки и облегчения движения [7-11].

Рекомендации по применению терапии, вызванной ограничением движения:

• Применение CI-терапии рекомендовано у пациентов с сохранным произвольным разгибанием в запястье 20˚ и в пальцах 10˚ во всех реабилитационных периодах с целью увеличения силы, объёма движения, улучшения активной функции руки, использования в повседневной активности.

Выбор пациентов с наличием произвольного разгибания запястья и пальцев следует рассматривать как ключевой фактор, определяющий потенциал для преодоления феномена «привычки неиспользования» руки. Также целесообразно использовать следующие тесты для определения, показаний к CI-терапии [1]:

- тест на способность активно поднимать кисть, большой палец и по крайней мере два пальца из расслабленного (свисающего) положения;

- тест на способность разжать руку, которая держит теннисный мячик;

- тест на способность брать тряпку со стола и класть её обратно, используя любой тип сжимания/разжимания руки.

• У пациентов с давностью заболевания или травмы менее 3 месяцев в зависимости от состояния пациента и возможностей лечебного учреждения, может применяться высоко- или низкоинтенсивный протокол тренировок.

• У пациентов с давностью заболевания или травмы более 6-12 месяцев длительность ограничения движений здоровой руки должна составлять 90% времени бодрствования с продолжительностью интенсивных тренировок 6 часов в день на протяжении 10 дней в течение 2 недель.

Данная схема CI-терапии является классической и наиболее изученной для пациентов в позднем реабилитационном периоде.

• В зависимости от состояния пациента и возможностей учреждения, могут быть рекомендованы и другие режимы дозирования при давности заболевания или травмы более 6-12 месяцев: 60-72 часа в течение 2 недель; 20-56 часов в течение 2 недель; 30 часов в течение 3 недель; 15-30 часов в течение 10 недель.

При этом, наиболее выраженный эффект в отношении способности держать, переносить и совершать другие манипуляции с предметами наблюдается при режиме дозирования от 60 до 72 часов в течение 2 недель.

• CI-терапия может быть рекомендована пациентам с давностью заболевания или травмы более 12 месяцев. Эффективность CI-терапии и преимущество этих подходов по сравнению с другими методами реабилитации также была показана у пациентов в резидуальном восстановительном периоде заболевания или травмы.

Основными ограничениями метода CI-терапии являются невозможность использования при плегии, наличие когнитивных нарушений, препятствующих пониманию и выполнению инструкций, низкая мотивация пациентов на восстановление моторной функции руки, а также большие временные затраты для специалистов. Преодоление последнего недостатка возможно организацией групповых занятий с участием 3-4 пациентов, а также уменьшением количества часов в неделю с соответствующим удлинением сроков курса тренировок и продолжением терапии в домашних условиях с предварительным обучением не только пациента, но и родственников и других лиц, обеспечивающих уход [9,10].

Таким образом, CI-терапия – один из тех самых эффективных и перспективных методов нейрореабилитации, при котором не предполагается применение лекарственных средств, отсутствуют побочные эффекты, и нет существенных рисков.

Перспективным является системное использование метода в отделениях медицинской реабилитации, а также дальнейшее развитие методики CI-терапии для восстановления функции ходьбы при синдроме центрального гемипареза [2].

Список литературы:

1. Левин, П., Инсульт: ключи к выздоровлению. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2016. – 320 с.: ил.

2. Таровская, А. М., Прокопенко, С. В. Применение метода CI терапии в нейрореабилитации // Сибирское медицинское обозрение, 2015, 3. – С. 33-37.

3. Cheng-Feng L, Fong-Chin S, Huan-Ting K. Clinical application of computerized evaluation and re-education biofeedback prototype for sensorimotor control of the hand in stroke patients. J Neuroeng Rehabil. 2012;9:26.

4. Hatem, S.M., G. Saussez, M. Della Faille, V. Prist, X. Zhang, D. Dispa, Y. Bleyenheuft, Rehabilitation of Motor Function after Stroke: A Multiple Systematic Review

Focused on Techniques to Stimulate Upper Extremity Recovery. Frontiers in human neuroscience, 2016. 10: p. 442.

5. Levy, CE; Nichols, DS; Schmalbrock, PM; Keller, P; Chakeres, DW (2001). "Functional MRI evidence of cortical reorganization in upper-limb stroke hemiplegia treated with constraint-induced movement therapy". American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 80 (1): 4–12.

6. Liepert, J.; Bauder, H.; Miltner, W. H. R.; Taub, E.; Weiller, C.; Weiller, C (2000). "Treatment-Induced Cortical Reorganization After Stroke in Humans". Stroke. 31 (6): 1210–6.

7. Shaw S.E., Morris D.M., Uswatte G., McKay S., Meythaler J.M., Taub E. Constraint-induced movement therapy for recovery of upper-limb function following traumatic brain injury // Journal of Rehabilitation Research & Developmen. – 2005. – Vol. 42. – P. 769-778.

8. Sung MS, Yong HK, Na KL, Seok HN. Deficits of Movement Accuracy and Proprioceptive Sense in the Ipsilesional Upper Limb of Patients with Hemiparetic Stroke. J Phys Ther Sci. 2013;25(5):567-569.

9. Taub E. The Behavior-Analytic Origins of Constraint-Induced Movement Therapy: An Example of Behavioral Neurorehabilitation // The Behavior Analyst. – 2012. – Vol. 35. – P. 155-178.

10. Taub E., Uswatte G., Markn V.W. The functional significance of cortical reorganization and the parallel development of CI therapy // Frontiers in Human Neuroscience. – 2014. – Vol. 8. – P. 396.

11. UAB. Department of Psychology [Electronic resource]. – URL: http://www.uab.edu/citherapy/ [Дата обращения 13.03.2019].

12. Wu X, Hou W, Zheng X, Peng C. Application of feedback techniques in motor function rehabilitation. Sheng Wu Yi Xue Gong Cheng Xue Za Zhi. 2008;25 (5):1213-1216.

УДК 61.616-08-039.71

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ И МЫШЕЧНОЙ РЕЛАКСАЦИИ

Давыдов А.Т.[1], Бутко Д.Ю.[2]

[1]ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России
[2]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Россия, Санкт-Петербург

EXPERIENCE OF REHABILITATION PATIENTS WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDES THE USE OF SELF-REGULATION METHODS AND MUSCLE RELAXATIONS

Davydov A.T.[1], Butko D.Y.[2]

[1]Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
[2]Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "St. Petersburg State Pediatric Medical University" the Ministry of Health of the Russian Federation
Russia, St.Petersburg

Аннотация: Приводится опыт реабилитации пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством при использовании методов саморегуляции и мышечной релаксации.

Annotation: The experience of rehabilitation patients with post-traumatic stress disorder the use methods of self-regulation and muscle relalaxations.

Ключевые слова: опыт, реабилитация, посттравматическое стрессовое расстройство, методы саморегуляции и мышечной релаксации.

Key words: the experience, rehabilitation, self-regulation methods and muscle relalaxations.

Актуальность. В современных условиях напряженной социально-экономической ситуации, локальных войн, террористических актов, природных и техногенных катаклизмов, роста преступности, наличием психически травмирующих событий исследование вопросов реабилитации пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) является актуальной проблемой как в клиническом, так и в социальном аспектах [1]. Изучение проблемы обусловлено необходимостью оценки использования современных методов реабилитации пациентов с ПТСР при использованием методов саморегуляции и мышечной релаксации [1].

Целью исследования явилось изучение реабилитации пациентов ПТСР с использованием методов саморегуляции и мышечной релаксации.

Материал и методы. Было обследовано в основной группе 24 и в контрольной группе 18 лиц с посттравматическими стрессовыми расстройствами. В основной группе были использованы методы индивидуальной и групповой саморегуляции и мышечной регуляции. У лиц контрольной группы психотерапевтические методики не проводились. Им проводилось медикаментозное лечение. Групповые занятия саморегуляции и мышечной регуляции проводили 2 раза в неделю в течение 3 часов в течение 1,5 месяцев. Для оценки эффективности реабилитационных мероприятий был использован клинико-психопатологический метод, методики нервно-психической адаптации (НПА), оценки уровня субъективного контроля (УСК) и субъективной оценки состояния (СОС).

Результаты исследования. В результате применения методов саморегуляции и мышечной релаксации было достигнуто улучшение психосоматического состояния у 15 лиц, что составило 62,5 % пациентов. В результате проведенных методов саморегуляции и мышечной релаксации у 62,5 % лиц основной группы было отмечено достоверное возрастание показателя интернальности. На этом фоне у пациента субъективно увеличивался уровень критичности к болезни. По методике MMPI показатель депрессии снизился с 83,4 до 49,2 баллов, уровни психастении с 84,5 до 46,7 и интраверсии с 85,2 до 55,4 баллов. Кроме того, у 62,5 % лиц основной группы были получены достоверные показатели снижения общей тревожности. Тем не менее, несмотря на использование курсовой реабилитации методиками саморегуляции и мышечной релаксации средние значения субъективной оценки состояния, условно оцениваемых в пределах от 0 до 3-х баллов сохранялись прежними. У лиц основной группы показатели астении уменьшились с 3,8 до 2,5 баллов. В целом средний показатель депрессии по шкале HDRS достоверно уменьшился и составил 5,3±0,6 баллов.

Было определено, что методы психотерапии у больных с ПТСР проявляются рядом особенностей. В отличие от других расстройств, клиенты с ПТСР после 2–3 встреч нередко не приходят на реабилитацию. Для клиентов, прервавших реабилитацию, характерны интенсивные проявления флэшбэков. Такое поведение объясняется тяжелой травматизацией, потрясшей основы доверия клиента. Он чувствует себя не в состоянии вновь довериться кому-либо, боясь повторной травмы. Это особенно справедливо в отношении тех, кто был травмирован другими людьми. Недоверие может выражаться в явно скептическом отношении к реабилитации. Чувство отчуждения от людей, не переживших подобной травмы, часто выходит на передний план и затрудняет доступ терапевта к клиенту. Клиенты с ПТСР неспособны поверить в свое излечение, а малейшее недопонимание со стороны психотерапевта укрепляет их чувство отчуждения. Для клиентов с ПТСР характерны также определенные трудности, связанные с принятием

роли реципиента психотерапевтической помощи. Клиенты часто полагают, что должны своими силами «выкинуть пережитое из головы». На такое их стремление влияют также и ожидания окружающих, которые считают, что клиенты должны, наконец, перестать думать о происшедшем. Однако подобные ожидания, естественно, не оправдываются. Собственное страдание, хотя бы частично, экстернализируется: клиенты сохраняют убеждение в том, что есть внешняя причина травмы и что последовавшие за этим психические нарушения также лежат вне сферы их контроля. Посттравматические симптомы (ночные кошмары, фобии, страхи) причиняют достаточные страдания, но клиент не знает того, что они составляют картину болезни, поддающейся лечению (подобно депрессии или тревожности). Некоторые клиенты борются за получение юридической и/или финансовой компенсации и обращаются к врачу или к психологу только за подтверждением этого их права.

Исходя из этого, психотерапевту следует стремиться к реализации определенных конкретных целей уже при самом первом контакте с клиентом, страдающим ПТСР. Такими целями являются: создание доверительного и надежного контакта; информирование клиента о характере его расстройства и возможностях терапевтического вмешательства; подготовка клиента к дальнейшему терапевтическому опыту, в частности - к необходимости вновь вернуться к болезненным травматическим переживаниям.

В настоящее время разработан подход психотерапевтической реабилитации, который включает [2]: коррекцию наиболее часто встречающихся ошибочных представлений относительно стрессовой реакции; обеспечение доступа к информации об общей природе стрессовой реакции; фокусировку на роли чрезмерного стресса в развитии ПТСР; приведение клиента к самостоятельному осознанию проявлений стрессовой реакции и характерных симптомов ПТСР; развитие у клиента способности к самоанализу для идентификации характерных для него стрессоров; объяснение позиции: клиент активный участник терапии чрезмерного стресса.

Основные плюсы успешной работы с клиентами, страдающими ПТСР, можно сформулировать следующим образом. Способность клиента рассказывать о травме прямо пропорциональна способности терапевта эмпатически выслушивать этот рассказ. Любой признак отвержения или обесценивания воспринимается клиентом как неспособность терапевта оказать ему помощь и может привести к прекращению борьбы клиента за свое выздоровление. Эмпатичный терапевт поощряет клиента рассказывать об ужасных событиях, не демонстрируя ему собственной шоковой реакции. Терапевт не приуменьшает значение спонтанно возникших тем и не переводит разговор на «нейтральные» темы, которые непосредственно не связаны с травматическим страхом. В противном случае у клиента возникает ощущение, что экзистенциальная тяжесть пережитого невыносима для терапевта, и клиент будет чувствовать себя непонятым. Травматический перенос отражает не только опыт ужаса, но, также и опыт беспомощности. Ветераны войны не смогут доверять терапевту до тех пор, пока они не убедятся, что он способен выслушать подробности военных историй. Терапевтическая работа с людьми, страдающими ПТСР, включает три стадии. Центральной задачей, стоящей перед психотерапевтом на первой стадии, является установление безопасной атмосферы. Основная задача второй стадии – это работа с воспоминаниями и переживаниями. Основная задача третьей стадии – включение в обыденную жизнь. В процессе успешного восстановления можно распознать постепенный переход от настороженности к ощущению безопасности, от диссоциированности к интеграции травматических воспоминаний, от выраженной изоляции к выстраиванию социальных контактов.

Определено, что пациенты с ПТСР эффективнее проходят реабилитацию в комплексе с использованием методов психической саморегуляции и мышечной релаксации. При этом реабилитация пациентов с ПТСР является комплексной и преимущественно психотерапевтической [3]. Основным правилом реабилитации

пациентов с ПТСР является тот темп работы и самораскрытия пациента, который он сам предлагает. Важно информировать членов его семьи о том, почему необходима работа по воспоминанию и воспроизведению травматического опыта, поскольку зачастую именно они поддерживают избегающие стратегии поведения пациента с ПТСР [4]. В момент начала приступа пациента учат концентрировать внимание на ярком отвлекающем воспоминании, что со временем формирует привычку к автоматическому переходу сознания к нейтральным или положительным эмоциям в обход травмирующего опыта в случае появления триггера. Все люди, перенесшие войну, репрессии, пытки, физическое и сексуальное насилие, нуждаются в активной психотерапевтической и реабилитационной помощи, даже если они не предъявляют жалоб на свое состояние. При планировании реабилитации важно учитывать, что около 80 % пациентов с ПТСР имеют еще и коморбидный диагноз. Наиболее часто с ПТСР сосуществуют большая депрессия, дистимия, генерализованное тревожное расстройство, алкогольная или химическая зависимость, соматизация и паническое расстройство. Предлагаемые методы включают различные виды процедуры погружения, техник управления тревогой. Они наиболее часто рекомендуются в качестве психосоциального подхода к лечению ПТСР. Следует отметить важность незамедлительного лечения и реабилитации ПТСР. Полное выздоровление является длительным процессом, а прогресс имеет постепенный характер.

Выводы. Использованием методов саморегуляции и мышечной релаксации в комплексной реабилитации позволило добиться качественной ремиссии свыше 3 месяцев у 62,5 % лиц с ПТСР. У них отмечена положительная клинико-психопатологическая динамика по показателям снижения страхов, чувства беспокойства, нервозности, взвинченности, суетливости, раздражения по отношению к себе и другим, неусидчивости, тремора, непроизвольных движения руками, тревожным мыслям, снижению концентрации внимания, страха потерять контроль над собой, нарушению засыпания, головным болям, болям в спине и груди, обильного потоотделение и сердцебиения. Выявлено улучшение концентрации внимания, появилось чувство прилива сил и энергии, редуцировалась раздражительность, беспокойство и плаксивость. После мероприятий реабилитации констатировано возрастание критичности, уверенности в собственных силах с повышением самооценки и мотивации.

Реабилитация пациента, страдающего ПТСР может продолжаться от 1 месяца до нескольких лет. Психотерапевтический процесс при ПТСР направлен на установление доверительного, неформального контакта, дающего врачу право на «получение доступа» к тщательно охраняемому пациентом от посторонних вмешательств травматическому материалу; работу с конкретным травматическим материалом, т. е. с воспоминаниями, переживаниями, отрешенностью, избеганием, отчужденностью. Пациенту должна оказываться помощь в его личностном «отделении» от перенесенной травмы, в его постепенном включении в обыденную жизнь.

Терапевтические отношения с клиентом, страдающим ПТСР должны обладать характерными особенностями, такими как: постепенное завоевание доверия клиента с учетом того, что у него наблюдается выраженная утрата доверия к миру; повышенной чувствительностью по отношению к «формальностям» проведения терапии (отказ от стандартных диагностических процедур перед разговором о травматических событиях); создание надежного окружения для клиента во время проведения терапии; адекватное исполнение ритуалов, которые способствуют удовлетворению потребности в безопасности клиента; уменьшение до начала терапии интенсивности медикаментозного лечения или его отмена для проявления успеха психотерапевтического воздействия; обсуждение возможных источников опасности в реальной жизни клиента и их нейтрализация.

Осуществление комплексных реабилитационных мероприятий с использованием методов саморегуляции и мышечной релаксации позволило редуцировать психопатологические симптомы тревоги, астении, вегетативных нарушений, уменьшить

раздражительность, нервозность, двигательную и психическую заторможенность. Симптомы депрессии редуцировались постепенно вплоть до устранения общего психосоматического дискомфорта. Клинико-психопатологически было отмечено отчетливое развитие устойчивой ремиссии, устранение астении, психомоторной заторможенности, явлений тревоги и депрессии, что позволило пациенту сохранить работоспособность и удовлетворительный уровень качества жизни.

Список литературы.

1. Бундало, Н.Л. Посттравматическое стрессовое расстройство (клиника, динамика, факторы риска, психотерапия) - дис. дмн, СПб. - 2009. – 347 с.
2. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. – 2002.
3. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И, Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях - М.: Медицина, 1991.
4. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика - М.: Изд-во «Институт психологии РАН» - 2015. - 304 . - ISBN - 978-5-92-70-0143-9.

УДК 613.1+615.83+616-008.3/.5

ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМАЛЬНЫХ СЕЗОННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ЮЖНОМ БЕРЕГУ КРЫМА

Иващенко А.С., Мизин В.И., Ежов В.В., Дудченко Л.Ш., Масликова Г.Г., Беляева С.Н., Дорошкевич С.В.

ГБУЗ РК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова»

Россия, Ялта

OPTIMAL SEASONAL CHARACTERISTICS JUSTIFICATION OF THE REGIONAL PROGRAMS OF HEALTH RESORT MEDICAL REHABILITATION AT THE SOUTHERN COAST OF CRIMEA

Ivaschenko A.S., Mizin V.I., Ezhov V.V., Dudchenko L.Sh., Maslikova G.G., Beliaeva S.N., Doroshkevich S.V.

«Academic Research Institute of Physical Methods of Treatment, Medical Climatology and Rehabilitation named after I.M. Sechenov»

Russia, Yalta

Аннотация: установление оптимальных сезонных сроков реализации региональных программ медицинской реабилитации (МР) пациентов с болезнями органов дыхания (БОД) на курортах Южного берега Крыма (ЮБК).

Abstract: was to establish the optimal seasonal periods for the implementation of regional medical rehabilitation (MR) programs in patients with lung diseases (LD) in health resort at the Southern coast of Crimea (SCC**)**

Ключевые слова: медицинская климатология, болезни органов дыхания, Международная классификация функционирования, медицинская реабилитация, Южный берег Крыма.

Key words: medical climatology, lung diseases, International Classification of Functioning, medical rehabilitation, Southern coast of Crimea.

Материалы и методы. Проведено одноцентровое ретроспективное обсервационное исследование с участием 197 пациентов с БОД (включая ХБ, БА и ХОБЛ), получивших комплексные программы МР. Оценка эффективности программ МР проводилась по 19 доменам «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ).

Результаты. У пациентов с БОД отмечается высокая эффективность круглогодичной МР по контролируемым доменам в целом. Отмечена более высокая эффективность МР по отдельным доменам в различные сезонны года, но нет указаний на предпочтительный сезон.

Выводы. Для пациентов с БОД программа МР на курорте ЮБК достаточно эффективна во всех сезонах.

Summary

Materials and methods. The single-center randomized retrospective observational study involved 197 patients with LD (including CB, BA and COLD) who received a comprehensive spa treatment in the resort of the SCC. The evaluation of the values of the 19 domains of the functions included in the «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF) was made in all patients.

Results. Patients with LD have a high efficiency of year-round MR in controlled domains in general. The higher efficiency of MR in individual domains in different seasons was noted, but there is no indication of the preferred season.

Findings. The MR program for patients with LD is quite effective in all seasons at SCC.

Введение

Региональные программы медицинской реабилитации (МР) включают в себя описание имеющихся в субъекте Российской Федерации реабилитационных/абилитационных ресурсов [1], в т.ч. в санаторно-курортных организациях. Важным реабилитационным ресурсом курортов являются погодно-климатические условия [2], которые на курортах Южного берега Крыма (ЮБК) формируют лечебный климат и достаточно существенно меняются в различные сезоны года [3]. Систематически проводятся исследования, посвященные анализу влияния сезонности на состояние и эффективность лечения соматических больных [2-5], однако вопросы зависимости эффективности санаторно-курортной МР у соматических больных от сезонных климато-погодных вариаций на ЮБК остаются не решенными. Формирование региональных программ МР с использованием ресурсов санаторно-курортных организация ЮБК для жителей Крыма и других регионов РФ должно учитывать возможное изменение эффективности МР в различные сезоны года.

Целью работы является выявление оптимальных сезонных периодов для санаторно-курортной МР пациентов с заболеваниями органов дыхания на курорте ЮБК.

Материалы и методы исследования

Проведено одноцентровое ретроспективное обсервационное исследование в контингенте 197 пациентов с болезнями органов дыхания (БОД), включая 153 больных хроническим бронхитом (ХБ), 38 больных бронхиальной астмой (БА) и 6 больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Все пациенты получали курс санаторно-курортной МР длительностью не менее 18 дней на курорте ЮБК в 2016-2018 гг. В составе контингента больных БОД было 163 женщины и 34 мужчины, средний возраст больных составил 60,5±0,8 лет, средняя длительность заболевания составила 14,7±1,1 лет.

С целью проведения сравнительной оценки оба контингента больных БОД были разделены каждый на 4 сезонные группы. Отнесение к сезонной группе определялось по дате начала лечения: лечение весной, в период с марта по май; летом, в период с июня по август месяц; осенью, в период с сентября по ноябрь и зимой, в период с декабря по февраль. Состав сезонных групп больных БОД был следующим: весной 72 человека;

летом 50 человек; осенью 41 человек и зимой 34 человека. Характеристики сезонных групп по значимым параметрам достоверно не различались.

Методы исследования и лечения применялись в соответствии со стандартами оказания санаторно-курортной помощи при БОД (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 г. № 212) и индивидуальными особенностями состояния пациентов. Дополнительно проводилось психологическое исследование и оценка качества жизни (тесты Ридера, Бека, Спилбергера-Ханина, САН, SF-36). Проведена оценка значений 19 доменов функций, входящих в МКФ/ Оценка проводилась в соответствии с методикой, разработанной в ГБУЗ РК «АНИИ ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА» [6].

Математический анализ результатов исследований проводился с использованием методов вариационной статистики. Влияние на контролированные функции устанавливали по наличию достоверных (при $p < 0,05$) различий средних значений параметров и их динамики в различных сезонных группах.

Результаты исследования и их обсуждение

Характер распределения анализируемых данных был близок к статистически нормальному во всех сезонных группах. Во всех сезонных группах характеристики примененных комплексов лечебных комплексов достоверно не различались. Исключение составляли летние сезонные группы за счет использования процедур летнего климатолечения.

В результате проведенной МР самочувствие практически всех больных с БОД улучшалось, уменьшались и исчезали проявления основных клинических симптомов.

В таблице 1 представлены данные о достоверных различиях (при $p < 0,05$) динамики значений доменов в различные сезоны года у пациентов с БОД, данные о динамике других доменов, не имеющих достоверных сезонных вариаций, в таблицу не включены.

Как видно из представленных в таблице 1 данных, эффективность МР в целом достоверно высока во все сезоны. Вместе с тем, эффективность МР по ряду доменов МКФ достоверно различается в зависимости от сезона года. В целом эффективность МР зимой и весной была более высока, чем летом. Весной эффективность МР была наиболее высока по доменам b280, b430, b4303, b435, b4552 и b4601. Осенью эффективность МР была наиболее высока по домену b5403. Зимой эффективность МР была наиболее высока по доменам b450, b4552 и b4601. Летом эффективность МР была наиболее высока по домену b450. По динамике домена b420 (функции артериального давления) и по динамике гипертензивного синдрома эффективность МР также оказалась наиболее высокой летом.

Таблица 1. Достоверные различия (при p <0,05) в динамике показателей МР пациентов с БОД в различные сезоны на курорте ЮБК

Код домена второго или четвертого уровня МКФ и его определитель	Значение в начале курса лечения, после курса лечения и динамика	Среднее значение домена (М) и ошибка среднего значения (±m), в различные сезоны, в баллах				
		M ±m	Сезоны			
			Весна	Лето	Осень	Зима
1	2	3	4	5	6	7
b280 Ощущение боли	в начале курса	M	0,239	0,120	0,037	0,103
		±m	0,046	0,055	0,027	0,046
	после курса	M	0,070	0,120	0,024	0,015
		±m	0,029	0,075	0,024	0,015
	динамика	M	0,169 * [1]	0,000 [1]	0,012	0,088

		±m	0,032	0,035	0,012	0,039
b420 Функции артериального давления	в начале курса	M	1,014	0,830	0,939	0,956
		±m	0,110	0,123	0,153	0,164
	после курса	M	0,569	0,490	0,634	0,662
		±m	0,078	0,093	0,102	0,113
	динамика	M	0,444 *	0,340 *	0,305	0,294
		±m	0,102	0,081	0,118	0,157
b430 Функции системы крови	в начале курса	M	0,501	0,235	0,213	0,554
		±m	0,074	0,039	0,057	0,095
	после курса	M	0,341	0,450	0,261	0,504
		±m	0,054	0,064	0,071	0,106

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7
	динамика	M	0,162 [1]	-0,175 * [1]	-0,031	0,006
		±m	0,065	0,076	0,033	0,099
b4303 Свертывающие функции крови	в начале курса	M	0,846	0,378	0,579	0,939
		±m	0,139	0,075	0,144	0,180
	после курса	M	0,612	0,770	0,824	0,982
		±m	0,106	0,126	0,182	0,213
	динамика	M	0,316 [1]	-0,333 * [1]	-0,063	-0,018
		±m	0,125	0,162	0,170	0,216
b435 Функции иммунной системы	в начале курса	M	0,629	0,500	0,585	0,765
		±m	0,138	0,119	0,135	0,179
	после курса	M	0,131	0,474	0,579	0,906
		±m	0,079	0,206	0,167	0,187
	динамика	M	0,574 * [1]	-0,026	0,000	-0,094 [1]
		±m	0,177	0,268	0,226	0,231
b440 Функции дыхания	в начале курса	M	0,807	0,710	0,813	1,016
		±m	0,070	0,064	0,099	0,136
	после курса	M	0,779	0,684	0,867	0,813
		±m	0,074	0,085	0,117	0,105
	динамика	M	0,057	0,066	0,000 [1]	0,226 [1]
		±m	0,077	0,057	0,089	0,065
b450 Дополни-тельные дыхательные функции	в начале курса	M	1,211	1,420	1,049	1,265
		±m	0,106	0,118	0,126	0,142
	после курса	M	0,352	0,800	0,780	0,515
		±m	0,064	0,121	0,133	0,108
	динамика	M	0,871 *	0,620 * [1]	0,268 [1 2]	0,758 * [2]

		±m	0,095	0,103	0,105	0,163

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7
b455 Функции толерантности к физической нагрузке, в т.ч.:	в начале курса	M	0,592	0,830	0,585	0,647
		±m	0,084	0,105	0,091	0,115
	после курса	M	0,271	0,610	0,378	0,338
		±m	0,056	0,117	0,089	0,089
	динамика	M	0,317 *	0,220	0,207	0,309 *
		±m	0,062	0,077	0,078	0,099
b4552 Утомляемость	в начале курса	M	0,592	0,820	0,537	0,529
		±m	0,084	0,106	0,093	0,121
	после курса	M	0,264	0,600	0,341	0,147
		±m	0,056	0,118	0,090	0,086
	динамика	M	0,351 * [1]	0,073 [1 3]	0,043 [2]	0,265 * [2 3]
		±m	0,041	0,027	0,040	0,054
b4601 Ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем	в начале курса	M	0,652	0,353	0,337	0,596
		±m	0,063	0,062	0,049	0,071
	после курса	M	0,301	0,280	0,295	0,331
		±m	0,044	0,069	0,054	0,059
	динамика	M	0,351 * [1]	0,073 [1 3]	0,043[2]	0,265 * [2 3]
		±m	0,041	0,027	0,040	0,054
b5403 Обмен жиров	в начале курса	M	1,232	0,820	1,538	1,364
		±m	0,152	0,132	0,175	0,216
	после курса	M	1,131	1,000	1,257	1,167
		±m	0,156	0,168	0,183	0,207
	динамика	M	0,230	-0,132 [1]	0,338 [1]	0,117
		±m	0,182	0,117	0,184	0,155

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7
Среднее значение всех 19 доменов	в начале курса	M	0,659	0,623	0,593	0,685
		±m	0,035	0,034	0,040	0,052
	после курса	M	0,398	0,505	0,482	0,500
		±m	0,027	0,040	0,038	0,040
	динамика	M	0,266 * [1]	0,120 * [1 2]	0,132 *	0,212 * [2]
		±m	0,025	0,027	0,026	0,034

Примечание: Баллы: 0 - нет проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные); 1- легкие проблемы (незначительные, слабые); 2 - умеренные проблемы (средние, значимые); 3 - тяжелые проблемы (высокие, интенсивные); 4 - абсолютные проблемы (полные); динамика = (значение в начале курса лечения) – (значение в конце курса лечения); * - динамика статистически достоверна, при p <0,05; [1],[2],[3]- статистически достоверное различие пары значений динамики данного домена в различных сезонах с идентичными символами, при p <0,05; МС – метаболический синдром.

Вышеприведенные данные о достоверной динамике доменов МКФ, а также достоверная (при p <0,05) позитивная динамика ряда параметров (самочувствие; жалобы на кашель, на одышку, на утомляемость, на сердцебиение, на боли в области сердца и на тревожность; количество мокроты; характер дыхания; характер хрипов; систолическое и

пульсовое артериальное давление крови; частота сердечных сокращений в покое; индекс Робинсона; общий холестерин крови; тесты САН и SF-36) свидетельствуют об обоснованности включения санаторно-курортной МР больных БОД на курортах ЮБК вне зависимости от сезона года.

Выводы

Результаты сравнительной оценки эффективности МР в различные сезоны года свидетельствуют об обоснованности включения в региональные программы МР Республики Крым и других регионов РФ направление больных БОД в санатории на ЮБК в течение всего года.

Список литературы:

1. Шошмин А.В., Владимирова О.Н. Основные принципы формирования типовой программы реабилитации субъекта российской федерации / Реабилитация – XXI век: традиции и инновации: сборник статей II Нац. конгр. с межд. участием, Санкт-Петербург, 12-13 сентября 2018 года / Минтруд России; [Глав. ред. д-р мед. наук, проф. Г.Н. Пономаренко; ред. коллегия: д-р мед. наук, проф. Г.В. Помников, канд. мед. наук Е.М. Васильченко, канд. мед. наук наук, доц. О.Н. Владимирова, канд. биол. наук А.В. Шошмин, К.Н. Рожко]. ООО «ЦИАЦАН», ООО «Р-КОПИ» – СПб., 2018. – С. 39-43. ISBN 978-5-6041675-1-9 [Shoshmin A.V., Vladimirova O.N. Osnovnyye printsipy formirovaniya tipovoy programmy reabilitatsii sub"yekta rossiyskoy federatsii / Reabilitatsiya – KHKHI vek: traditsii i innovatsii: sbornik statey II Nats. kongr. s mezhd. uchastiyem, Sankt-Peterburg, 12-13 sentyabrya 2018 goda / Mintrud Rossii; [Glav. red. d-r med. nauk, prof. G.N. Ponomarenko; red. kollegiya: d-r med. nauk, prof. G.V. Pomnikov, kand. med. nauk Ye.M. Vasil'chenko, kand. med. nauk nauk, dots. O.N. Vladimirova, kand. biol. nauk A.V. Shoshmin, K.N. Rozhko]. OOO «TSIATSAN», OOO «R-KOPI» – SPb., 2018. – S. 39-43. ISBN 978-5-6041675-1-9 (in Russ.)]
2. Здоровье населения России: влияние окружающей среды в условиях изменяющегося климата / Под общ. ред. академика А.И. Григорьева; Российская академия наук. - М.: Наука, 2014. - 428 е., ил. - ISBN 978-5-02- 036624-4 [Zdorov'ye naseleniya Rossii: vliyaniye okruzhayushchey sredy v usloviyakh izmenyayushchegosya klimata / Pod obshch. red. akademika A.I. Grigor'yeva; Rossiyskaya akademiya nauk. - M.: Nauka, 2014. - 428 ye., il. ISBN 978-5-02-036624-4 (in Russ.)]
3. Ефименко Н.В., Абакумов А.А. Приоритетные направления научных исследований «Пятигорского государственного научно-исследовательского института курортологии Федерального медико-биологического агентства» // Курортная медицина. - 2015. - 4. - С.3-7. [Yefimenko N.V., Abakumov A.A. Prioritetnyye napravleniya nauchnykh issledovaniy «Pyatigorskogogosudarstvennogo nauchno-issledovatel'skogo instituta kurortologii Federal'nogo mediko-biologicheskogo agentstva» // Kurortnaya meditsina. - 2015. - 4. - S.3-7. (in Russ.)]
4. Бокша В.Г. Справочник по климатотерапии. – Киев: «Здоровья», 1989.- 208 с. ISBN 5-311-00337-5. [Boksha V.G. Spravochnik po klimatoterapii. Kiev: «Zdorov'ya», 1989. 208 p. ISBN 5-311-00337-5. (in Russ.)]
5. Дорошкевич С.В., Действие климато-метеорологических факторов на больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Вестник физиотерапии и курортологии. - 2017.- Т23. - № 4. - С. 14-16. [Doroshkevich S.V., Deystviye klimato-meteorologicheskikh faktorov na bol'nykh s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami // Vestnik fizioterapii i kurortologii. - 2017.- T23. - № 4. - S. 14- 16 (in Russ.)]
6. Мизин В.И., Северин Н. А., Дудченко Л.Ш., Ежов В. В., Иващенко А.С., Беляева С.Н., Масликова Г. Г., Северина К.С. 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». // Труды ГБУЗ РК

«Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации имени И.М. Сеченова», Том XXVII. г. Ялта. – 2016.- 27.- с. 1-22. [Mizin V.I., Severin N. A., Dudchenko L.SH., Yezhov V. V., Ivashchenko A.S., Belyayeva S.N., Maslikova G. G., Severina K.S. Metodologiya otsenki reabilitatsionnogo potentsiala i effektivnosti meditsinskoy reabilitatsii u patsiyentov s patologiyey kardio-respiratornoy sistemy v sootvetstvii s «Mezhdunarodnoy klassifikatsiyey funktsionirovaniya, ogranicheniy zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya». // Trudy GBUZ RK «Akademicheskiy NII fizicheskikh metodov lecheniya, meditsinskoy klimatologii i reabilitatsii imeni I.M. Sechenova», Tom XXVII. g. Yalta. – 2016.- 27.- s. 1-22.(in Russ.)]

УДК 616 – 008.9

ОПТИМИЗАЦИЯ КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ГРУППЫ. ОПЫТ САНАТОРИЯ «ТАВРИЯ» (ЕВПАТОРИЯ)

Каладзе Н.Н.[1], Крадинова Е.А.[1], Козачков С.П.[2], Мошкова Е.Д.[1, 2]

[1]Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И.Вернадского»
Россия, г. Симферополь
[2]ООО Санаторий «Таврия»
Россия, Евпатория

OPTIMIZATION OF THE SPA TREATMENT OF THE METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS OF THE GERONTOLOGICAL GROUP. EXPERIENCE OF SPA RESORT "TAVRIA" (EVPATORIYA)

Kaladze N.N.[1], Kradinova E.A.[1], Kozachkov S.P.[2], Moshkova E.D.[1, 2]

[1]Medical Academy n. S.I.Georgievsky of Crimean Federal University n.V. I. Vernadsky, Russia, Simferopol
[2] Yevpatorya Sanatorium "Tavria", Evpatoria
Russia, Evpatoria

Аннотация: Увеличение в популяции лиц пожилого возраста и прогрессирование с возрастом изменений в органах мишенях при метаболическом синдроме требует оптимизации санаторно-куортного лечения этой категории пациентов. Проведенный анализ экспрессивности проявлений ремоделирования органов мишеней у пациентов санатория «Таврия» выявил наиболее значимые изменения, что позволило оптимизировать программу реабилитации.

Abstract: Age and age-depended changes in target organs of patients with metabolic syndrome require the effectiveness of sanatorium treatment in this category of patients. The analysis of the manifestation of target organs in patients in the sanatorium "Tavria" revealed the most important changes that made it possible to optimize the rehabilitation program.

Ключевые слова: метаболический синдром, жировой гепатоз, диастолическая дисфункция, снаторно-курортное лечение

Key words: metabolic syndrome, fatty hepatosis, diastolic dysfunction, spa treatment/

Актуальность: Отрицательный естественный прирост населения РФ последнего десятилетия XX века и сохраняющееся в наше время отрицательный баланс прироста населения привел к увеличению в популяции удельной составляющей населения от 65 до 75 лет, помимо этого с 2010 года отмечается тенденция увеличения популяции лиц 75-84 года. Общая численность популяции от 65 до 84 в 2017 году составила 13% от количества

лиц трудоспособного возраста (35 до 64) [3]. Таким образом, увеличение количества людей, имеющих возрастные изменения физических возможностей и комплекс хронических болезней, нуждающихся в активной поддержке общества, регулярной медицинской помощи и социальной защиты, требует комплексной программы профилактических мероприятий, уменьшающих объем социальных и медицинских затрат для снижения зависимости этих людей от общества [3, 4]. Метаболический синдром – широко распространенное состояние, характеризующееся снижением биологического действия инсулина (инсулинорезистентность), нарушением углеводного обмена (сахарный диабет 2-го типа), ожирением центрального типа в сочетании с дисбалансом липопротеинов плазмы и артериальной гипертензией. В последнее десятилетие значительно возрос интерес к изучению взаимосвязи метаболических нарушений и ожирения с ростом сердечно-сосудистых заболеваний [11]. Ожирение и сахарный диабет 2-го типа признаны Всемирной организацией здравоохранения неинфекционными эпидемиями нашего времени в связи с их широкой распространенностью среди населения, высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, ранней инвалидизацией больных и преждевременной смертностью. По данным ВОЗ, около 30% жителей планеты страдают избыточной массой тела. Из них 16,8% составляют женщины и 14,9% – мужчины. Численность людей, страдающих ожирением, прогрессивно увеличивается каждые 10 лет на 10% [2, 10, 10, 11].

Повышением уровня свободных жирных кислот в циркулирующей крови приводит к повышению жесткости стенки крупных артерий, развитию артериальной гипертензии и атеросклероза, изменения паренхимы паренхиматозных органов, участвующих в обмене жирных кислот и глюкозы в виде стеатоза печени и поджелудочной железы. Жесткая сосудистая стенка увеличивает силу отраженной пульсовой волны, увеличивает систолическое давление и приводит к ремоделированию сосудов и камер сердца [5, 2, 8].

Учитывая системность поражения органов мишеней и соответственно, большую медикаментозную нагрузку, актуальным является применение физических методов лечения в условиях санатория.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находилось 95 пациентов с метаболическим синдромом (МС), 60-65 лет - 40 человек (42 %), 66-70 лет 42 человека (44 %), 71-75 лет 8 человек (8,4%), 76 – 80 лет и старше 5 человек (5,2 %), женщин 48 человек (51%), мужчин 47 человек (49%). Оценка экспрессивности изменений в органах мишенях проводилась с помощью ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий, печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, эхокардиографии. Исследования проводились на ультразвуковом сканере Mindray DC7. Всем пациентам проводился контроль артериального давления дважды в день утром после завтрака и в послеобеденное время.

В зависимости от проводимой терапии все пациенты были разделены на 2 группы: I группа (контрольная) - 50 человек, получивших на фоне традиционной базовой терапии (климатолечение, диетическое питание, ЛФК, массаж, для лечения сопутствующей патологи - аппаратная физиотерапия) - хлоридные натриевые ванны, минерализации солей 17,2 г/л. II группа (основная) - 45 пациентов, которые на фоне базовой терапии принимали бальнеолечение (хлоридные натриевые ванны) с потенцирующим воздействием концентрата для бальнеотерапии «Валериана с бромом» компании «Balneomed». Повторное обследование проводилось после окончания курса лечения.

Результаты исследований и их обсуждение: Метаболический синдром диагностировали в соответствии с критериями Международной диабетической федерации (2005) при наличии абдоминального ожирения и любых двух других из перечисленных факторов риска: повышение уровня триглицеридов > 1,7 ммоль/л; снижение липопротеидов высокой плотности (мужчины < 1,0 ммоль/л, женщины < 1,3 ммоль/л); повышение артериального давления (>130/85 мм. рт. ст.); повышение уровня глюкозы в

плазме натощак > 5,6 ммоль/л или ранее диагностированный сахарный диабет второго типа.

Максимальное увеличение индекса массы тела у обследованных отмечалось в возрастной подгруппе 65-69 и 70-74 (таблица 1)

Таблица1. Вариабельность индекса масы тела в возрастные периоды

	60-64	**65-69**	**70-74**	**75-79**	**ВСЕГО**
Индекс массы тела	28,56±5,24	37,46±3,82	34,52±4,73	33,51±5,27	32,47±6,83

Выраженность изменений у обследованных в органах мишенях коррелировала с возрастом и индексом массы тела. Максимальное проявлений стеатоза паренхиматозных органов отмечалось в возрастной подгруппе 65-69 и 70-74 (таблица 2)

Таблица 2. Выраженность стеатоза в возрастные периоды

Выраженность стеатоза паренхиматозных органов	60-64 лет	65-69 лет	70-74 лет	75-79 лет	**ВСЕГО**
Стеатоз печени, % встречаемости	36	44	46	37	41
Стеатоз печени в сочетании с изменениями желчного пузыря, % встречаемости	29	36	35	31	33
Стеатоз печени в сочетании с стеатозом поджелудочной железы, % встречаемости	23	28	30	25	26

При исследовании брахиоцефальных артерий нами оценивалась:

- толщина интимы общих сонных артерий
- наличие атеросклеротических бляшек, их морфологическая характеристика и степень зрелости, гемодинамическая значимость

Выявленные изменения демонстрируют прогрессирование атеросклеротического поражения сонных артерий с возрастом у пациентов с метаболическим синдромом, увеличивая риск нарушений мозгового кровообращения (таблица 3)

Таблица 3. Проявления атеросклероза сонных артерий у пациентов с метаболическим синдромом

Признаки ремоделирования общих сонных артерий	**Возрастные подгруппы**				**ВСЕГО**
	60-64	65-69	70-74	75-79	
Толщина КИМ	0,9±0,11	1,0±0,13	1,1±0,12	1,1±0,14	1,0±0,12
Атеросклеротические бляшки с стенозом до 50% диаметра	52	58	67	88	66
Атеросклеротические бляшки с стенозом более 50% диаметра	13	18	23	12	17

Наиболее ранним проявлением ремоделирования сердца при метаболическом синдроме является диастолическая дисфункция. Диастолическую дисфункцию определяли согласно предложенным диагностическим нормативам Рабочей группы Европейского общества кардиологов при наличии характерных изменений показателей эхокардиографии: уменьшение пиковой скорости волны Е, увеличение пиковой скорости волны А, уменьшение отношения Е/А (Е/А<1), увеличение фазы изоволюметрического расслабления более 100 мс. Типы диастолической дисфункции по трансмитральному потоку различали как спектр с нарушенным расслаблением, псевдонормальный спектр и рестриктивный спектр. Проявления ремоделирования сердца оценивали по морфологии

клапанов, выраженности склеротических изменений и кальциноза, по наличию недостаточности клапанов (регургитация и её выраженность), степени гипертрофии миокарда, изменениям массы миокрада левого желудочка, функции левого желудочка (фракция выброса, ударный объем, минутный объем).

Проявления ремоделирования сердца не разбивались по возрастным подгруппам из-за большого разброса показателей и недостаточного количества наблюдений в подгруппах старше 70 лет (таблица 4).

Талица 4. Проявления ремоделирования сердца у пациентов с метаболическим синдромом

Показатели	**Среднее значение, n=95**
ЧСС	96,44 ± 10,74
E/A	0,62 ± 0,12
Время изоволюмического расслабления	134,52 ± 14,37
ФВ, %	58,84 ± 10,36
Ударный объем	67,26 ± 10,73
Минутный объем	4,62 ± 1,27
Толщина межпредсердной перегородки, мм	13,28 ± 1,21
Толщина задней стенки левого желудочка, мм	16,32 ± 1,52
Масса миокарда (Cube), г	283,84 ± 13,25
Митральная регургитация (процент встречаемости)	64 %
Скорость митральной регургитации, см/сек	185,63±23,46
Кальциноз аортального клапана (процент встречаемости)	78 %

Анализ экспрессивности проявлений метаболического синдрома у обследованных показал наличие полиорганных патоморфологических изменений. В связи с чем, оценка эффективности комплексного санаторно-курортного лечения проводилась на основании изменений показателей кардиогемодинамики, стабилизации артериального давления и улучшение диастолической функции левого желудочка. При этом определены различия в эффекте лечения в 2-х группах.

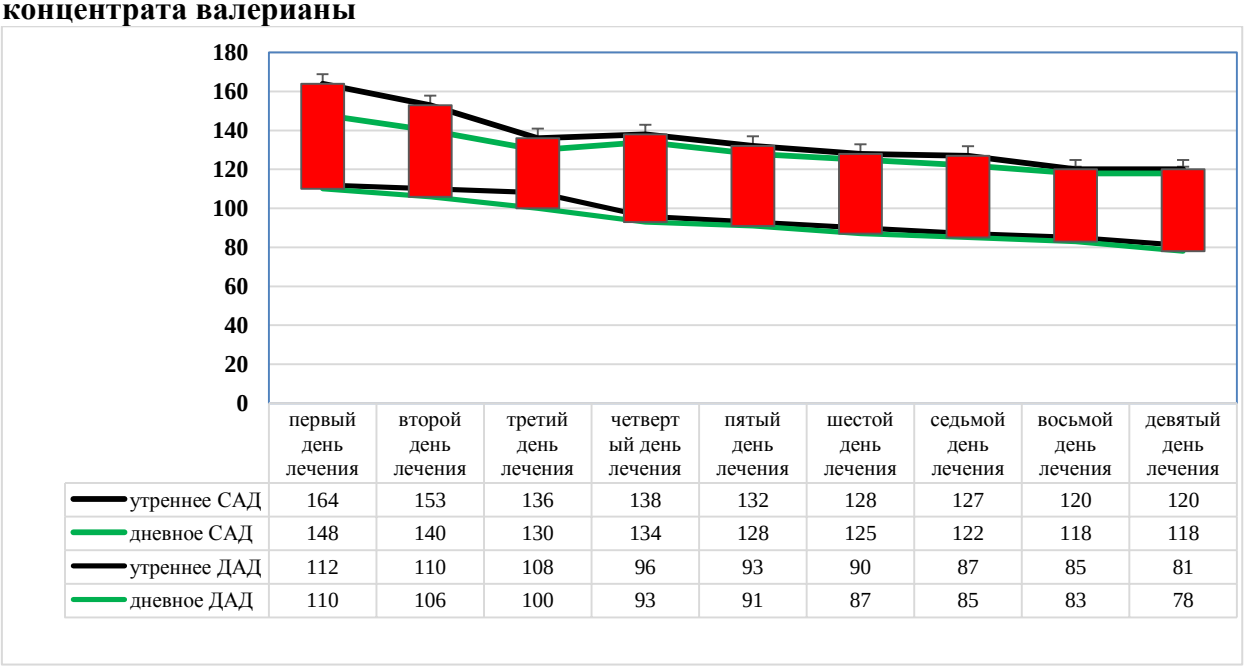
Измерение артериального давления проводилось дважды в день: до завтрака и в послеобеденное время. У всех обследованных перед началом лечения отмечалось повышенное систолическое и диастолическое давление в утреннее и послеобеденное время. В обеих группах лечения получен положительный результат в виде снижения артериального давления к окончанию курса до нормальных значений.

В группе с использованием концентрата валерианы снижение систолического давления до нормальных значений получено после третьей процедуры, на третий день лечения систолическое давление в послеобеденное время более чем у 95% обследованных не превышало 130 мм.рт.ст.. Несколько медленнее происходила нормализация диастолического давления, только после восьмой процедуры у 95% обследованных значение диастолического давления не превышало 85мм.рт.ст..

В группе без использования концентрата валерианы положительный эффект в виде нормализации артериального давления у 95% обследованных (135/85мм.рт.ст.) был

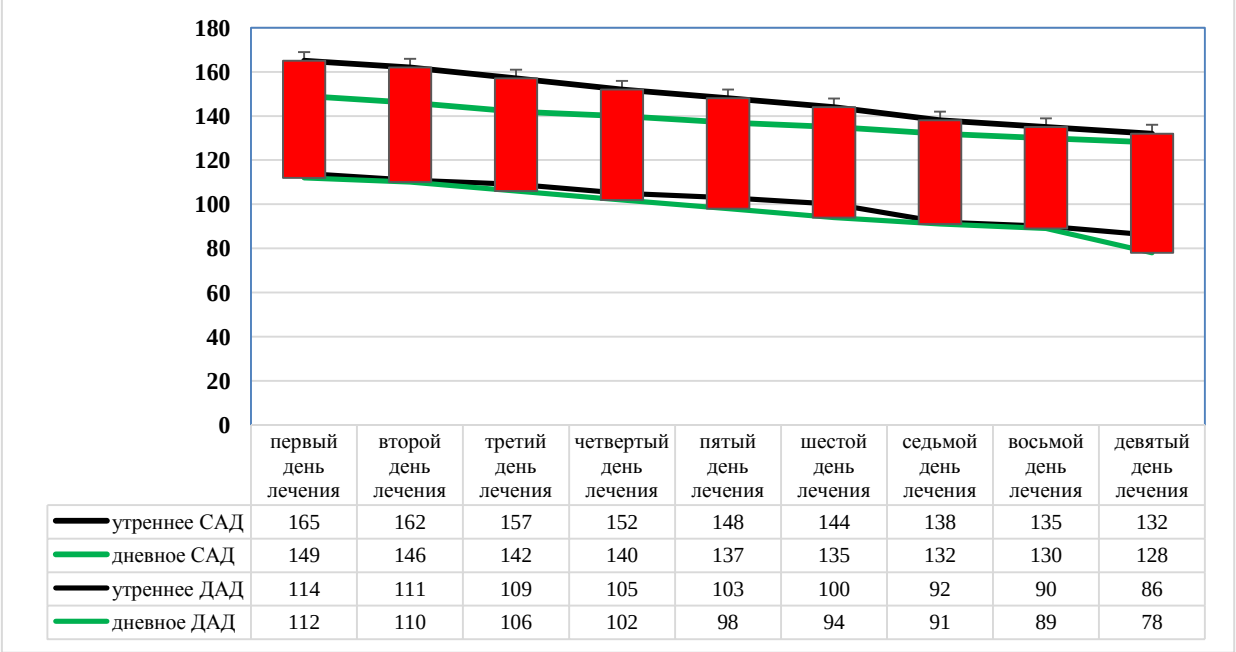
достигнут к концу курса лечения. Динамика изменений в процессе лечения представлена на графиках (рис.3, рис.4)

Рис.3. Динамика стабилизации артериального давления в группе с использованием концентрата валерианы



	первый день лечения	второй день лечения	третий день лечения	четвертый день лечения	пятый день лечения	шестой день лечения	седьмой день лечения	восьмой день лечения	девятый день лечения
утреннее САД	164	153	136	138	132	128	127	120	120
дневное САД	148	140	130	134	128	125	122	118	118
утреннее ДАД	112	110	108	96	93	90	87	85	81
дневное ДАД	110	106	100	93	91	87	85	83	78

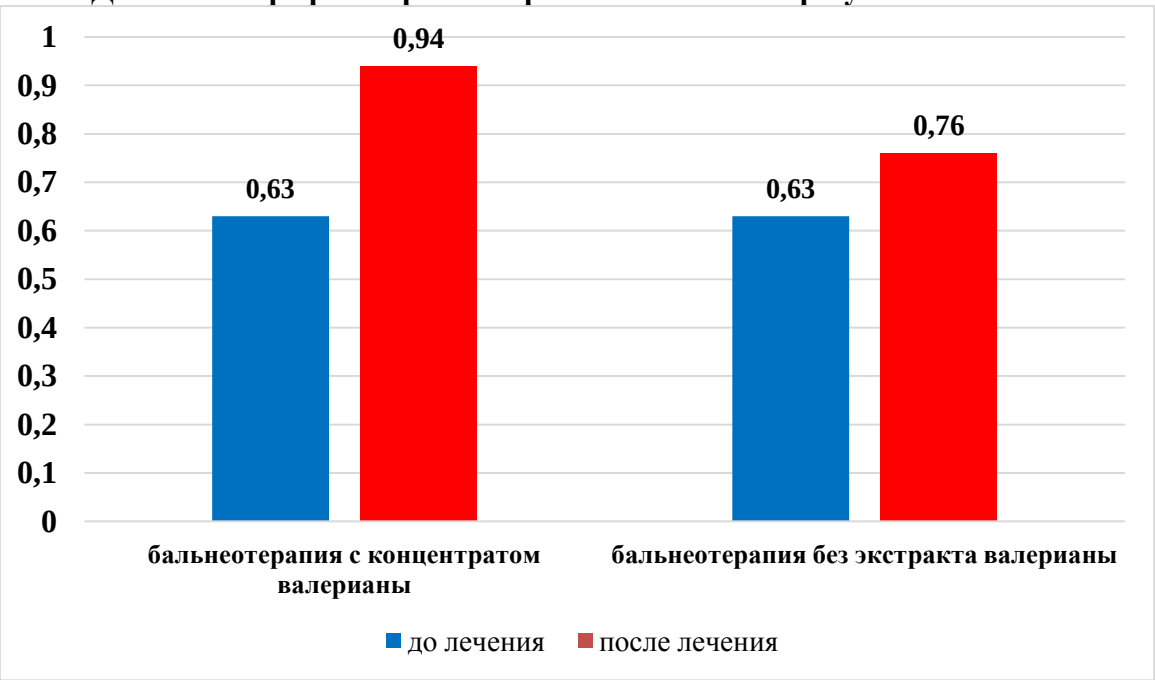
Рис.4. Динамика стабилизации артериального давления в группе с использованием стандартного лечения



	первый день лечения	второй день лечения	третий день лечения	четвертый день лечения	пятый день лечения	шестой день лечения	седьмой день лечения	восьмой день лечения	девятый день лечения
утреннее САД	165	162	157	152	148	144	138	135	132
дневное САД	149	146	142	140	137	135	132	130	128
утреннее ДАД	114	111	109	105	103	100	92	90	86
дневное ДАД	112	110	106	102	98	94	91	89	78

В результате лечения получена положительная динамика показателей диастолической функции левого желудочка. В группе с использованием концентрата валерианы зарегистрировано увеличение соотношения Е/А в конце лечения на 33%, в группе стандартного лечения увеличение соотношения Е/А отмечалось на 18% (рис.5)

Рис.5. Динамика профиля трансмитрального потока в результате лечения



Выводы: Оценивая результаты лечения больных пожилого возраста с метаболическим синдромом выявлено, что применение бальнеотерапии улучшило клиническое состояние обследованных. Бальнеотерапия, потенцированная концентратом «Валериана с бромом» оказывала более быстрое адаптационное действие, нормализацию артериального давления после третьего применения. В связи с чем, может использоваться как самостоятельная лечебная процедура, как «старттерапия» для купирования дезадаптации пациентов из других климатических зон и часовых поясов, для подготовки к более углубленной реабилитации, а также, для потенцирования эффекта других лечебных факторов.

В результате проведенных исследований в санатории «Таврия» разработана программа клинико-диагностического обследования пациентов пожилого возраста с проявлениями метаболического синдрома для подбора оптимального персонифицированного плана реабилитации.

Список литературы:

1. Гастроэнтерологические аспекты метаболического синдрома. Рос. жур. гастроэнт., гепатол., колопроктолог. Богомолов П.О., Павлов Т.В., Цодиков Г.В.. 2008. (1): 26–37.

2. Влияние метаболического синдрома на поражение сердца у больных артериальной гипертонией. Шарипова Г.Х., Саидова М.А., Жернакова Ю.В., Чазова И.Е.. Альманах клинической медицины. 2015. Спецвыпуск 1. С.102–110

3. Возрастная динамика структурно-функциональных изменений сосудов у женщин с ожирением. Котова Д.П., Автандилов А.Г.. Российский кардиологический журнал. 2008;(4):20-24. doi.org/10.15829/1560-4071-2008-4-20-24

4. Демографический ежегодник России 2017: статистический сборник. ред. Г.К. Оксенойт, С.Ю. Никитина. Росстат. Москва. 2017. 263 с.

5. Прогнозирование риска субклинического атеросклероза брахиоцефальных артерий у женщин с ожирением. Шенкова Н.Н., Веселовская Н.Г., Чумакова Г.А. и др.. Российский кардиологический журнал. 2017. (4): 54-60. doi.org/10.15829/1560-4071-2017-4-54-60

6. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012-2013 гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. Муромцева

Г.А., Концевая А.В., Константинов В.В., Ильин В.А. и др.. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014. 13(6):4-11. DOI: 10.15829/1728-8800-2014-6-4-11.

7. Ремоделирование левого желудочка у больных артериальной гипертензией с абдоминальным типом ожирения. Рубанова М.П., Вебер В.Р., Шматько Д.П.. Российский медицинский журнал. 2008. (2): 11-14.

8. Структурно-функциональные изменения артерий у мужчин с артериальной гипертонией и нарушением жирового обмена в возрастном аспекте. Петросов С.Л. Российский кардиологический журнал. 2012. (6): 29-33. doi.org/10.15829/1560-4071-2012-6-29

9. Angulo P. GI Epidemiology: nonalcoholic fatty liver disease // Aliment. Pharmacologic Ther. 2007. (25): 883–889.

10. Association of Obesity and Central Fat Distribution With Carotid Artery Wall Thickening in Middle-Aged Women. Mario De Michele et al. Stroke. 2002(33): 2923.

11. Abnormal Lipid and Glucose Metabolism in Obesity: Implications for Nonalcoholic Fatty Liver Disease. Parech S, Anania F A. Gastroenterology. 2007. (132): 2191–2207.

УДК 616.1/4+616.12-005.4+615.832.834.838.839+616.831–005.4–602.2.–08

ПРИМЕНЕНИЕ СОПОЧНЫХ ПЕЛИТОВ В САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ СУСТАВОВ И ПОЗВОНОЧНИКА

Ежов В.В., Мизин В.И., Царев А.Ю.

ГБУЗ РК «Академический научно-исследовательский институт физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова».
Россия, Ялта

APPLICATION OF VOLCANOUS PELITES IN THE SANATORIUM AND RESORT REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC PAIN SYNDROME OF THE JOINT AND SPINE

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

State Budgetary Institution of Healthcare of the Republic of Crimea «Academic scientific-research Institute of physical treatment methods, medical climatology and rehabilitation named after I. M. Sechenov»
Russia, Yalta

Аннотация: Целью работы явилась оценка эффективности сопочных пелитов булганакского месторождения (Республика Крым) в комплексном санаторно-курортном восстановительном лечении у 202 пациентов церебральной, кардиальной и легочной патологией с коморбидными хроническими болевыми синдромами суставов и позвоночника. В результате исследования разработана методика санаторно-курортной медицинской реабилитации с применением сопочных пелитов. Данный способ реабилитации больных с хронической болью в спине и суставах может быть применен в санаторно-курортных и реабилитационных учреждениях.

Abstract: The aim of the work was to evaluate the effectiveness of volcanic pelitites from the Bulganak deposit (Republic of Crimea) in the complex sanatorium-resort rehabilitation treatment of 202 patients with cerebral, cardiac and pulmonary pathology and comorbid chronic pain syndromes of the joints and the spine. As a result of the study, an integrated method of sanatorium-resort medical rehabilitation with the use of volcanic pelites was developed. This method of rehabilitation of patients with chronic pain in the back and joints can be applied in sanatorium-resort and rehabilitation facilities.

Ключевые слова: сопочные пелиты, хронические болевые синдромы, остеоартроз, дорсопатия, реабилитация

Key words: volcanic pelites, chronic pain syndromes, osteoarthrosis, dorsopathy, rehabilitation

Актуальность. Согласно современной классификации минеральных вод и лечебных грязей, сопочные (вулканические) грязи являются природными коллоидальными органо-минеральными образованиями, оказывающими на организм человека лечебное воздействие благодаря своей пластичности, высокой теплоемкости и медленной теплоотдачи, содержанию биологически активных веществ [3, 4, 6]. Наиболее значительное скопление грязевых вулканов Крыма находится на булганакском сопочном поле Керченского полуострова. Лечение сопочными пелитами (СП) со второй половины XIX в. являлось эффективным региональным курортным фактором, однако в период 1941-2013 гг. перестало проводиться. С 2014 года ГБУЗ РК «АНИИ им.И.М.Сеченова» (Ялта) и Крымской ГГРЭС (Саки) возобновлены геологоразведочные работы и клинические исследования по данному виду грязелечения в Крыму [2]. СП представляют собой тонкозернистые осадочные породы вулканического происхождения, однородного вида, в основном - глинистые, с размером частичек менее 0,01 мм и специфическим химическим составом. Учеными Азербайджанского НИИ курортологии доказан ряд лечебных эффектов СП азербайджанских месторождений в виде снижения болевого синдрома с восстановлением функций периферических нервов, противовоспалительного и противоотечного действия, улучшения трофики и микроциркуляции [9]. Обладая более щадящим действием на организм, в сравнении с иловыми грязями, СП перспективны как метод с минимальным риском развития ответных гемодинамических реакций и показаны для назначения при умеренных нарушениях сердечного ритма, компенсированных формах кардиальной патологии и других сопутствующих заболеваниях, ограничивающих применение других видов теплогрязелечения [1, 5].

Цель работы — оценка эффективности СП булганакского месторождения (Республика Крым) в санаторно-курортном восстановительном лечении больных с коморбидными хроническими болевыми синдромами суставов и позвоночника.

Материалы и методы. Поведены наблюдения у 202 больных с профильной для санаторно-курортного лечения на Южном берегу Крыма сердечно-сосудистой и легочной патологией с сопутствующей хроническими болевыми синдромами в суставах (n = 118) и позвоночнике (n = 84). Отбор пациентов для исследования осуществлялся методом сплошной выборки. Из исследования исключались пациенты, не соответствующие следующим отборочным критериям: 1) длительность лечения менее 18 дней, 2) отсутствие информированного согласия пациента на применение изучаемых факторов и методов оценки результатов.

Все больные получали индивидуально показанный комплекс санаторно-курортного восстановительного лечения, включающий следующие процедуры (в среднем на одного лечившегося): воздушные ванны - 13,0; солнечные ванны - 6,8; морские купания - 6,7; лечебную гимнастику – 18,4; массаж – 7,6; ингаляции и др. виды аэротерапии – 4,9; терренкур – 7,9; электросветолечение – 8,8. Пациенты получали также поддерживающую терапию, в среднем по 51 суточной дозы медикаментов за период лечения в санатории. Процедуры грязелечения СП назначались по трем вариантам: локальные аппликации СП (n = 87) — при наличии диффузной суставной боли; биполярный электрофорез с водным отстоем СП (n = 54) — для непосредственного действия грязевого бальнеопрепарата в зонах кожной проекции максимальных болевых ощущений; компрессы с водным отстоем СП (n = 61) — при индивидуальной непереносимости электролечения. Все лечебные воздействия СП проводились при температуре 38-40°С, продолжительности — 20 минут, на курс — 8-10 процедур. Средние величины значений исходных параметров в группах пациентов существенно не различались.

Для выяснения целесообразности назначения пелоидотерапии СП при сопутствующей хронической боли в суставах и позвоночнике у пациентов пожилого возраста с кардиальной, цереброваскулярной и респираторной патологией осуществлялась оценка данных клинико-лабораторного исследования, включая применение профильных реабилитационных шкал двигательного функционального тестирования и оценки нарушений повседневной поведенческой активности и участия. Комплексное обследование проводилось перед началом и по окончанию курса санаторно-курортной реабилитации. Динамика проявлений хронического болевого синдрома у 43 больных с сопутствующей патологией позвоночника и суставов анализировалась по данным опросника Освестри (версия 2.1a), позволяющего оценить выраженности боли, нарушений подвижности и различных видов физической активности [7]. Оценка итогов медицинской реабилитации пациентов проводилась по критериям Международной классификации функционирования, жизнедеятельности и здоровья» (МКФ) [8].

Результаты. Осуществлена оценка эффективности включения методов грязелечения СП в комплекс санаторно-курортной медицинской реабилитации. В таб. 1 представлены средние значения доменов «функции организма» (b) и «активность и участие» (d), соответственно критериям МКФ, в отношении которых установлено их достоверная динамика. В результате проведенного санаторно-курортного восстановительного лечения у большинства больных отмечена положительная динамика состояния здоровья. В ходе проведения пелоидотерапии с использованием процедур СП – аппликаций, электрофореза или компрессов, в группах больных наблюдалось изменение ряда параметров, характеризующих их функциональное состояние.

Таблица 1. Достоверные отличия исследованных функциональных показателей у больных с хронической болью, в результате применения процедур пелоидотерапии сопочными пелитами в составе санаторно-курортного восстановительного лечения (при p <0,05)

Категории МКФ	Средние значения показателя (M±m), в баллах (n=43)			Критерий t
	До лечения	После лечения	Динамика показателя	
b280 Интенсивность боли	3,000±0,873	1,930±0,884	1,070±0,961	5,648
b134 Функции сна	1,930±1,100	1,465±0,935	0,465±0,667	2,113
d599 Нарушение самообслуживания	1,674±1,063	1,209±0,833	0,465±0,667	2,259
d430 Ограничение поднимания предметов	2,698±0,887	2,116±1,028	0,581±0,698	2,807
d450 Нарушения ходьбы	2,349±1,044	1,791±1,059	0,558±0,666	2,461
d415 Ограничение сидения	2,000±0,900	1,488±0,827	0,512±0,703	2,745
d920 Ограничение досуга	2,326±0,808	1,767±0,947	0,558±0,765	2,939
d465 Ограничение дальних поездок	2,628±0,976	2,186±1,006	0,442±0,734	2,067
Средний суммарный балл	2,349±0,638	1,791±0,646	0,558±0,467	4,030

Предлагаемый способ реабилитации больных с хронической болью в суставах и позвоночнике позволяет достоверно существенно уменьшить степень нарушений ведущих для данной патологии функций по доменам МКФ — b280 «Интенсивность боли», b134

«Функции сна» и улучшить качество жизни в виде расширения активностей и участия пациента по доменам МКФ — d599 «Нарушение самообслуживания», d430 «Ограничение поднимания предметов», d450 «Нарушения ходьбы», d415 «Ограничение сидения», d920 «Ограничение досуга», d465 «Ограничение дальних поездок». Этот комплекс положительных изменений проявился также в достоверной динамике среднего суммарного балла (по всем указанным параметрам $p < 0,05$). При этом, не отмечено отрицательного влияния на функции эмоций, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, мозгового кровообращения и метаболизма по доменам МКФ b152 «Функции эмоций», b2401 «Головокружение», b4100 «Темп сердечных сокращений», b4101 «Ритм сердечных сокращений», b4103 «Кровоснабжение сердца», b4200 «Повышение артериального давления», b440 «Функции дыхания», b455 «Функции толерантности к физической нагрузке», b4550 «Общая физическая выносливость», b4552 «Утомляемость», b4601 «Ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем», b540 «Общие метаболические функции», а также индекс качества жизни по данным опросника SF-36.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют, что применяемые по поводу хронической боли в суставах и позвоночнике процедуры пелоидотерапии СП булганакского месторождения (аппликации, компрессы, электрофорез) хорошо переносятся, не вызывают побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы и не влияют отрицательно на общую эффективность лечения основного заболевания.

Выводы. Разработан комплексный метод санаторно-курортной медицинской реабилитации с применением СП при хронической боли в суставах и позвоночнике умеренной степени выраженности, 1-2 степени нарушения функции. По данным функционального тестирования метод обеспечивает положительную динамику хронического болевого синдрома, показателей силы и подвижности пораженных суставов и общей физической выносливости, что отражается в повышении физической активности пациентов.

Метод противопоказан при выраженных формах костно-мышечных заболеваний, прогрессирующем остром синовите, поражениях кожных покровов в области проведения процедур, общих противопоказаниях для физиотерапии. Данный способ реабилитации больных с хронической болью, направлен на повышение эффективности медицинской реабилитации и может быть применен в санаторно-курортных и реабилитационных учреждениях.

Список литературы:

1. Величко Н. Е. Влияние пелоидотерапии на течение ишемической болезни сердца и гипертонической болезни у больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2003. №3. С.38-40.

2. Ежов В. В., Васенко В. И., Гулов О. А. Бальнеологические характеристики крымской вулканической грязи Булганакского месторождения // Медицина Кыргызстана. Многопрофильный научно-практический медицинский журнал. 2017. №3. С.17-26.

3. Классификация минеральных вод и лечебных грязей для целей их сертификации (Адилов В. Б., Бережнов Е. С., Бобровницкий И. П, и соавт.). Методические указания. Москва. РНЦВМиК. 2000. С.3-10.

4. Применение пелоидотерапии в лечебно-профилактических и реабилитационных программах // Клинические рекомендации Москва. Под ред. М. Ю. Герасименко и соавт. 2015. 31 с.

5. Разумов А. Н. Влияние грязевых аппликаций различных температур на вариабельность сердечного ритма при лечении гонартроза у больных артериальной гипертонией // Вопр. курортол. 2009. №2. С.38-40.

6. Физическая терапия больных остеоартрозом. Национальные рекомендации (под. ред. Г.Н.Пономаренко). М. 2013. 57 с.

7. Черепанов Е. А. Русская версия опросника Освестри: культурная адаптация и валидность // Хирургия позвоночника. 2009. №3. С.93-98.

8. Шошмин А. В., Пономаренко Г. Н., Бесстрашнова Я. К., Черкашина И. В. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки эффективности реабилитации: методология, практика, результаты // Вопр. курортол. 2016. № 93(6). С.12-20. https://doi.org/10.17116/kurort2016612-20

9. Эфендиева Ф. М., Алиев А. А., Балакишиева Ф. К., Набиев Н. Н., Салманов М. М. Метод трансдермального применения сухой сопочной грязи в практике внекурортного грязелечения // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2013. №5. С.23-26.

РАЗДЕЛ 5 АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ И ОРТЕЗИРОВАНИЯ

SECTION 5 ASSISTANT TECHNOLOGIES. INNOVATIVE TECHNOLOGIES OF PROSETHIZING AND ORTASING

УДК 364.048.6

ПОТРЕБНОСТЬ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Копыток А.В.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»
Республика Беларусь, Минск

THE NEEDS OF PEOPLE WITH DISABILITIES OF ASSISTIVE PRODUCTS OF SOCIAL REHABILITATION

Kapytok A.V.

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

Аннотация: Обеспечение людей с инвалидностью техническими средствами социальной реабилитации является одним из важных направлений комплексной реабилитации, поскольку они способствуют повышению возможности вести самостоятельный образ жизни, сохранять максимально возможный уровень мобильности и доступа к информации и образованию.

Проведенное исследование показало, что потребность людей с инвалидностью в технических средствах социальной реабилитации зависит группы инвалидности и нозологической формы заболевания. По частоте рекомендованных технических средств социальной реабилитации наиболее востребованными являлись средства для самообслуживания, передвижения и протезно-ортопедические изделия.

Abstract: Providing people with disabilities of assistive products of social rehabilitation is one of the important areas of comprehensive rehabilitation, as they help to increase their ability to lead an independent lifestyle, to save the highest possible level of mobility and access to information and education.

The study showed that the need of people with disabilities in assistive products of social rehabilitation depends from disability group and the nosological form of the disease. According of the frequency of the recommended assistive products assistive products of social rehabilitation, the most popular were the means for self-service, movement, and prosthetic and orthopedic products.

Ключевые слова: люди с инвалидностью, реабилитация, технические средства социальной реабилитации.

Key words: disabled people, rehabilitation, assistive products of social rehabilitation.

Актуальность. Инвалидность является важной медико-социальной проблемой, которая требует постоянного изучения и внимания специалистов. В Республике Беларусь и во всем мире наблюдается неуклонный рост числа инвалидов [1, 2]. По состоянию на 01.02.2019 г. численность людей с инвалидностью состоящих на учете в органах по труду, занятости и социальной защите составляло 568 622 чел., в том числе 89 134 чел. I группы, 262 822 – II группы, 184 558 – III группы, 32 108 – детей в возрасте до 18 лет. Удельный

вес людей с инвалидностью в общей численности населения составляет – 6,0%, среди детей – 1,7%.

Правительство Республики Беларусь рассматривает людей с инвалидностью как одну из приоритетных групп в плане социального обеспечения и социальной защиты. В соответствии с Законом Республики Беларусь «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» социальная защита инвалидов — это система гарантированных государством правовых, организационных мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества [3]. В систему социальной защиты инвалидов входит, в том числе и обеспечение их техническими средствами социальной реабилитации (ТССР). ТССР принадлежит важная роль в решении вопросов социально-бытовой и экономической независимости людей с инвалидностью, поскольку они обеспечивают повышение возможности вести самостоятельный образ жизни, сохранять максимально возможный уровень мобильности и доступа к информации и образованию [4, 5, 6].

Государственная политика Республики Беларусь направлена на создание инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и иных прав в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права. Президентом Республики Беларусь Александром Лукашенко 24 сентября 2016 года был подписан Указ № 401 «О подписании Республикой Беларусь Конвенции о правах инвалидов» [7], а 28 сентября 2015 года в здании Генеральной ассамблеи ООН была подписана Конвенция о правах инвалидов. Подписав и ратифицировав Конвенцию о правах инвалидов Республика Беларусь взяла на себя ответственность за исполнение предусмотренных Конвенцией обязательств. В соответствии со ст. 4 Конвенции государства- участники обязуются обеспечивать и поощрять полную реализацию всех прав человека и основных свобод всем инвалидам, в том числе «... g) проводить или поощрять исследовательскую и конструкторскую разработку, а также способствовать наличию и использованию новых технологий, включая информационно-коммуникационные технологии, средств, облегчающих мобильность, устройств и ассистивных технологий, подходящих для инвалидов, с уделением первоочередного внимания недорогим технологиям; h) предоставлять инвалидам доступную информацию о средствах, облегчающих мобильность, устройствах и ассистивных технологиях, в том числе новых технологиях, а также других формах помощи, вспомогательных услугах и объектах... » [8].

Цель работы. Изучить потребность людей с инвалидностью в технических средствах социальной реабилитации.

Материалы и методы. Изучение потребности людей с инвалидностью в технических средствах социальной реабилитации проведено на выборочной совокупности в объеме 1146 человек. Анализировались индивидуальные программы реабилитации (ИПР) инвалидов, сформированные медико-реабилитационными экспертными комиссиями (МРЭК) Республики Беларусь. Обработка результатов исследования проводилась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel. При выполнении статистического анализа нами использовались абсолютные, относительные величины.

Результаты и обсуждение. Законодательство Республики Беларусь гарантирует людям с инвалидностью право на обеспечение техническими средствами социальной реабилитации. Основным документом, регламентирующим действующую систему обеспечения людей с инвалидностью ТССР, является постановление Совета Министров Республики Беларусь от 11.12.2007 № 1722 «О Государственном реестре (перечне) технических средств социальной реабилитации и порядке обеспечения ими отдельных категорий граждан» [9]. В Государственный реестр ТССР входят кресло-коляска с

электроприводом, опорная трость, матрас специальный противопролежневый, протезы верхних и нижних конечностей, бандажные изделия, слуховые аппараты и многие другие предметы. Обеспечение людей с инвалидностью ТССР осуществляется в соответствии с ИПР инвалида, разрабатываемой МРЭК.

Анализ рекомендованных мероприятий в 1146 ИПР показал, что в обеспечении ТССР нуждалось 238 чел. (20,5%). Среди них инвалиды I группы составили 39,5%, II группы – 48,3%, III группы – 12,2%.

Всего было назначено 717 ТССР или 301,3 изделия на 100 инвалидов. По частоте рекомендованных ТССР наиболее востребованными являлись средства для самообслуживания и ухода – 247,0 на 100 инвалидов, для передвижения – 72,3 и протезно-ортопедические изделия – 15,5 на 100 инвалидов.

Наиболее востребованными ТССР были среди людей с инвалидностью 1 группы – 437,2 изделия на 100 инвалидов данной группы (таблица), которые способствовали компенсации ограничений способности к самообслуживанию и передвижению (кресло-коляски, трости опорные, ходунки, матрасы и подушки специальные противопролежневые, поручни, памперсы и т.д.).

Таблица 1. Количество рекомендованных ТСС на 100 инвалидов

Классы болезней	Всего	в том числе		
		I группа	II группа	III группа
Новообразования	187,5	278,6	142,1	128,6
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	410,0	550,0	385,7	300,0
Болезни нервной системы	442,9	800,0	200,0	150,0
Болезни глаза и его придаточного аппарата	177,5	170,8	187,5	-
Болезни уха и сосцевидного отростка	100,0			100,0
Болезни системы кровообращения	434,5	638,1	260,0	120,0
Болезни органов дыхания	200,0	-	200,0	200,0
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	260,9	400,0	270,6	150,0
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	185,7	300,0	175,0	100,0
Итого	301,3	437,2	233,9	131,0

Потребность у людей со 2 группой инвалидности составляла 223,0 изделия на 100 инвалидов данной группы, преимущественно направленных на компенсацию ограничений способности к передвижению и самообслуживанию (трости опорные, ходунки, костыли, поручни и т.д.). Наибольшая нуждаемость у людей с инвалидностью 3 группы выявлена в протезно-ортопедических изделиях (протезы, ортезы, ортопедическая обувь) и средствах передвижения (трости, костыли) – 131,0 изделие на 100 инвалидов данной группы.

Наибольшую потребность в ТССР испытывали люди с инвалидностью вследствие болезней нервной системы – 442,9 изделия на 100 инвалидов данной патологии, болезней системы кровообращения – 434,5, болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 410,0, болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани – 260,9, болезней уха и сосцевидного отростка – 238. Несколько ниже регистрировалась нуждаемость при злокачественных новообразованиях – 187,5, травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин – 185,7, болезнях глаза и его придаточного аппарата – 177,5 на 100 инвалидов данной патологии.

Выводы.

Проведенное исследование показало, что потребность людей с инвалидностью в технических средствах социальной реабилитации зависит тяжести инвалидности и нозологической формы заболевания.

По частоте рекомендованных ТССР наиболее востребованными являлись средства для самообслуживания и ухода (247,0 на 100 инвалидов), передвижения (72,3) и протезно-ортопедические изделия (15,5 на 100 инвалидов), составляющие вместе 71,5% всех назначенных людям с инвалидностью ТССР.

Список литературы:

1. Смычек В.Б., Казакевич Д.С., Копыток А.В., Голикова В.В. Медико-социальная экспертиза, медицинская реабилитация и качество оказания медицинской помощи в Республике Беларусь: состояние и перспективы развития // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. –2018. –№2. – С. 4-11.

2. Всемирный доклад об инвалидности. – Женева: ВОЗ, 2011. – 28 с.

3. О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь: Закон Респ. Беларусь, 11 нояб. 1991 г., № 1224-XII // Нац. правовой интернет-портал Респ. Беларусь [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1991.

4. Божков И.А., Бронников В.А., Севастьянов М.А. Современная российская модель обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации перспективы ее совершенствования// Журнал исследований социальной политики. – 2013. – Т. 11. – №2. – С. 273-283.

5. Кузнецова И.И., Парпура И.Б., Смушкина Н.Е., Кожевников Н.К. Оценка эффективности обеспечения инвалидов Свердловской области техническими средствами реабилитации и протезно-ортопедическими изделиями нс основании проведенного анкетирования инвалидов //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2016. – №1. – С. 37-39.

6. Божков И.А, Севастьянов М.А. Принципы подбора вспомогательных средств для людей с ограничениями жизнедеятельности в процессе медико-социальной реабилитации детей-инвалидов // Комплексная реабилитация инвалидов: межведомственное взаимодействие: сборник материалов научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 14 сентября 2018 года / Минтруд России; [Глав. ред. д-р мед. наук, проф. Пономаренко Г.Н.; ред. коллегия: канд. мед. наук Владимирова О.Н., канд. биол. наук Шошмин А.В., Ломоносова О.В., Корнеева Н.Б.]. – ООО «ЦИАЦАН», ООО «Р-КОПИ» – СПб., 2018. – С. 23-24.

7. О подписании Республикой Беларусь Конвенции о правах инвалидов: Указ Президента Республики Беларусь от 24 сентября 2015 г. №401 // Нац.

УДК 615.825

ЗНАЧЕНИЕ ПОДГОТОВКИ И ИЗДАНИЯ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕХНИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА

Пономаренко Г.Н., Курдыбайло С.Ф., Сусляев В.Г., Евсеев С.П., Щербина К.К., Владимирова О.Н., Чекушина Г.В.

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России
Национальный государственный Университет физической культуры, спорта и здоровья имени П. Ф. Лесгафта
Россия, Санкт-Петербург

IMPORTANCE OF PREPARATION AND EDITION OF EDUCATIONAL AND METHODICAL LITERATURE ON ASSISTIVE PRODUCTS OF REHABILITATION FOR ADAPTIVE PHYSICAL CULTURE AND SPORT

Ponomarenko G.N., Kurdybailo S.F., Suslyaev V.G., Evseev S.P., Shcherbina K.K., Vladimirova O.N., Chekushina G.V.

Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
PF Lesgaft National State University of Physical Education, Sport and Health*
Russia, St.Petersburg

Аннотация: Авторами созданы и публикуются методические пособия, монографии, посвященные техническим средствам реабилитации для адаптивной физической культуры и спорта, которые представляют серию работ для широкого круга специалистов в сфере реабилитации и адаптивного спорта.

Abstract: The authors have created and published textbooks, monographs on new assistive products of rehabilitation for adaptive physical culture and sports, which present a series of works for a wide range of specialists in the field of rehabilitation and adaptive sports.

Ключевые слова: техническим средствам реабилитации для адаптивной физической культуры и спорта, маломобильная группа населения, учебно-методические пособия (монографии).

Key words: assistive products of rehabilitation for adaptive physical culture and sports, a limited mobility population, teaching aids (monographs).

Государственная социальная политика содержит актуальную программу медицинской, социальной, профессиональной реабилитации маломобильных групп населения, совершенствования технических средств реабилитации, методик обучения их пользованию, нормативно-правового регулирования в обеспечении техническими средствами реабилитации и мониторинга оказания реабилитационных услуг. Особое значение уделяется созданию новых технических средств реабилитации для занятий адаптивным спортом и физической культурой. Совершенствование программ подготовки кадров, обучающих программ повышения квалификации врачей, специалистов адаптивной физической культуры, инструкторов имеет особое значение. Сотрудниками Центра подготовлены и изданы учебно-методические пособия (монографии), посвященные реабилитационной технике для занятий адаптивным спортом, обеспечивающим восстановление способности к самостоятельному передвижению, рекреации, повышению качества жизни маломобильных групп населения (монография «Технические средства реабилитации для восстановления двигательной активности» (2018) [10]. В данной монографии содержится описание современных кресел-колясок с функцией вертикализации, с электроприводом и др. для различных видов активности, а также экзоскелеты с инновационными техническими конструкторскими решениями.

Следующее учебно-методическое пособие (монография) посвящено «Техническим средствам реабилитации для занятий адаптивной физической культурой и спортом» (2018) [11]. В нем представлены технические средства реабилитации для занятий адаптивной физической культурой, зимними и летними видами спорта при поражении нижних конечностей; в частности, кресла-коляски для участия в спортивных играх, участия в гонках, описаны конструкции ручных велосипедов и т.д.

Серию продолжает учебно-методическое пособие (монография) «Технические средства реабилитации: реабилитационное тренажерное оборудование» (2019), которое посвящено реабилитационной технике, современному тренажерному оборудованию для адаптивной физической культуре, повышению качества жизни маломобильных групп населения. В данной работе представлены акватренажеры, роботизированные (программируемые) реабилитационное тренажерное оборудование, тренажерные

устройства, приспособления для пациентов с ампутационными дефектами конечностей и реабилитационное тренажерное оборудование для детей.

Издано в 2018 г. учебно-методическое пособие «Адаптивная физическая культура и спорт в реабилитации и абилитации» [7]. В пособии рассмотрены вопросы теории и практики адаптивной физической культуры, в частности, основные ее компоненты (виды): адаптивное физическое воспитание, адаптивный спорт, адаптивная двигательная рекреация, адаптивная физическая реабилитация, креативные (художественно-музыкальные) телесно ориентированные практики, экстремальные виды адаптивной физической культуры и основные виды адаптивного спорта. Представлены организационно-правовые основы разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида/ребенка-инвалида и методические основы экспертной оценки нуждаемости инвалидов и детей-инвалидов в адаптивной физической культуре и спорте. Систематизированы технические средства реабилитации для занятий адаптивной физической культурой и спортом. Выделены особенности создания доступной среды для инвалидов в организациях и учреждениях физической культуры и спорта.

Все работы содержат классификации технических средств реабилитации, тренажерного оборудования, медицинских экзоскелетов, которые предложены авторами с учетом существующего ГОСТ Р ИСО 9999-2014г. Национальный стандарт Российской Федерации «Вспомогательные средства для людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация и терминология» (2015). В работах учтены Международная классификация функционирования (МКФ) от 2001 г., Федеральный закон от 24.11.1995г. (редакция от 2017г.) №181 («О социальной защите инвалидов Российской Федерации»), Приказ Минтруда РФ №888-н от 28.12.2017г. «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации» и другие нормативные документы.

Готовится к публикации работа «Технические средства реабилитации для занятий водными видами адаптивного спорта, плавания, дайвинга» (2019). Данная работа будет содержать классификационные признаки для различных видов водного адаптивного спорта, адаптивной двигательной рекреации в водной среде, включая дайвинг для маломобильных групп, различное оборудование для открытых водоемов, бассейнов, обеспечивающее доступность занятий для взрослых и детей. Подготовка монографий является мотивированным продолжением работы авторов Национального руководства «Реабилитация инвалидов» (под редакцией профессора Г.Н. Пономаренко, 2018, Санкт-Петербург) [12], содержат разработанные и используемые в ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда РФ различные эффективные методики адаптивной физической культуры, реабилитационное тренажерное оборудование, усовершенствованные приспособления, протезы, ортезы и др.

Создание серии учебно-методических пособий дает положительный мотивирующий импульс в совершенствовании методик занятий адаптивной физической культурой, в совершенствовании подготовки тренерских школ, инструкторов, новых конструкторских разработок, способствует высоким спортивным достижениям инвалидов-спортсменов повышению качества жизни, обеспечивает эффективность реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательной функции.

Список литературы:

1. Верхало Ю.Н. Тренажеры и устройства для восстановления здоровья и рекреации инвалидов. – М.: Советский спорт, 2004, 536 с.
2. ГОСТ Р51079-97 «Технические средства реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности».
3. Гросс Н.А. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. – М.: Советский спорт, 2000.

4. Дубровский В.И Лечебная физкультура и врачебный контроль: учебник для студентов мед. вузов. –М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006.
5. Евсеев С.П., Курдыбайло С.Ф., Сусляев В.Г. Материально-техническое обеспечение адаптивной физической культуры. /Под ред. проф. С.П. Евсеева. - М. Советский спорт. 2007. -308 с.
6. Евсеев С.П., Курдыбайло С.Ф., Малышев А.И., Герасимова Г.В. Физическая реабилитация инвалидов с поражением опорно-двигательной системы: Учебное пособие. – М.: Советский спорт, 2010, 488 с.
7. Евсеев С.П., Пономаренко Г.Н., Владимирова О.Н. Дидур М.Д. Адаптивная физическая культура и спорт в реабилитации и абилитации: учебно-методическое пособие. –СПб.: ООО «ЦИАЦАН», ООО «Р-КОПИ», 2018. – 184 с.
8. Курдыбайло С.Ф., Герасимова Г.В. Восстановительное лечение и технические средства реабилитации больных детским церебральным параличом: Учебно-методическое пособие. -СПб, 2010, 364 с.
9. Курдыбайло С.Ф., Герасимова Г.В. Лечебная физическая культура после ампутации конечностей и при заболеваниях опорно-двигательной системы: Методическое пособие. -СПб, 2004, 268 с.
10. Курдыбайло С.Ф., Пономаренко Г.Н., Евсеев С.П., Сусляев В.Г., Чекушина Г.В. Технические средства реабилитации для восстановления двигательной активности: монография/Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации; ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. – СПб: ООО «Р-КОПИ», 2018. – 126 с.
11. Курдыбайло С.Ф., Пономаренко Г.Н., Евсеев С.П., Сусляев В.Г., Чекушина Г.В. Технические средства реабилитации для занятий адаптивной физической культурой и спортом: монография/Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации; ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. – СПб: ООО «Р-КОПИ», 2018. – 130 с.
12. Реабилитация инвалидов: Национальное руководство/под ред. проф. Г.Н.Пономаренко. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 736 с.
13. Приказ Минтруда РФ №888-н от 28.12.2017г. «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации».

УДК 616-036.86+ 342.72/.73

РОЛЬ РАННЕГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С АМПУТАЦИОННЫМИ ДЕФЕКТАМИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ: ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, ЮРИДИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Сусляев В.Г.[1], Владимирова О.Н.[1], Щербина К.К.[1],
Сокуров А.В.[1], Ермоленко Т.В. [1], Чупряев В.А.[2]

[1]ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России
[2]Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
Россия, Санкт-Петербург

THE ROLE OF THE EARLY PROSTHETIC HELP IN THE SYSTEM OF REHABILITATION OF THE MILITARY PERSONNEL WITH AMPUTATION DEFECTS OF THE LOWER LIMB: ORGANIZATIONAL, LEGAL AND METHODICAL ASPECTS

Suslyaev V.G.[1], Vladimirova O.N.[1], Scherbina K.K.[1],
Sokurov A.V.[1] Ermolenko T.V.[1], Chupryaev V.A.[2]

[1]Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
[2]Military Medical Academy named after S.M. Kirov
Russia, St. Petersburg

Аннотация: Рассматривается роль и место раннего применения технических средств реабилитации в системе комплексной реабилитации больных и инвалидов вследствие военной травмы. Обоснована необходимость раннего обеспечения нуждающихся лиц техническими средствами реабилитации в ходе восстановительного лечения, в том числе до установления им инвалидности и формирования индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов.

Обоснована эффективность разработанной безгипсовой технологии изготовления протезов нижних конечностей экспресс-методом, предложены варианты её исполнения.

Первый вариант изготовления изделий по данной технологии заключается в использовании полимерных силиконовых чехлов и влагоотверждаемых полимерных бинтов непосредственно на культе пациента.

Второй вариант протезирования применяется при некоторых пороках и болезнях культи, исключающих применение силиконовых чехлов и полноконтактных индивидуальных приёмных гильз. Для этого при изготовлении лечебно-тренировочных протезов голени и бедра используются регулируемые разъёмные приёмные гильзы из термопластов для право- и левосторонних ампутационных дефектов.

Данные варианты протезирования экспресс-методом являются инновационными, нацелены на раннее оказание протезно-ортопедической помощи пациентам с ампутационными дефектами. При изготовлении протезов по данной технологии используются отечественные материалы, модульные и немодульные комплектующие.

Модульная комплектация лечебно-тренировочных протезов обеспечивает быструю и индивидуальную настройку схемы построения, индивидуальный выбор сочетаний функциональных элементов с учётом группы двигательной активности пациента, возможностью замены приёмной гильзы и любого из элементов изделия без изъятия протеза у пользователя. При необходимости сервисного обслуживания изделия, например, ремонта, замены модуля (искусственной стопы, колена) отсутствует потребность срочного изготовления аналогичной конструкции.

Регулируемые приёмные гильзы для первичных протезов голени и бедра в виде типоразмерного ряда, а также влагоотверждаемые бинты могут дополнить перечень изделий медицинского назначения в укладках для развёртывания медицинских учреждений в особый период.

Abstract: The role and the place of early use of assistive products of rehabilitation in the system of complex rehabilitation of patients and disabled people owing to a military trauma is considered. Need of early providing the needing persons with assistive products of rehabilitation is proved during recovery treatment, including before establishment by him of disability and formation of the individual program of rehabilitation and an abilitation of disabled people.

The efficiency of the developed non-plaster technology of prosthetics manufacturing techniques of artificial limbs of the lower extremities is proved by express method, options of her execution are offered.

The first option of production of products on this technology consists in use of polymeric silicone covers and the water-hardening polymeric bandage directly on the patient's stump.

The second option of prosthetics is applied at some defects and diseases of a stump excluding application of silicone covers and full contact individual reception sleeves. For this purpose, at production of medical and training artificial limbs of a shin and hip adjustable demountable reception sleeves from thermolayers for right-and left-side amputating defects are used.

These options of prosthetics by express method are innovative, are aimed at early rendering the prosthetic and orthopedic help to patients with amputating defects. At production of artificial limbs on this technology domestic materials, modular and not modular accessories are used.

The modular complete set of medical and training artificial limbs provides fast and individual setting up the scheme of construction, the individual choice of combinations of functional elements taking into account group of physical activity of the patient, a possibility of replacement of a reception sleeve and any of product elements without withdrawal of an artificial limb at the user. In need of service of a product, for example repair, replacement of the module (artificial foot, a knee) there is no requirement of urgent production of a similar design.

Adjustable reception sleeves for primary artificial limbs of a shin and hip in the form of a tiporazmerny row and also vlagootverdevayemy bandage can add the list of products of medical appointment in laying for expansion of medical institutions during the special period.

Ключевые слова: первичное протезирование, медицинская реабилитация, технические средства реабилитации, военнослужащие, военная травма, инвалиды, нормативные и правовые акты, протезирование экспресс-методом, безгипсовая технология протезирования, ранний послеоперационный период.

Key words: the first prosthetic help, medical rehabilitation, assistive products of rehabilitation, military personnel, military trauma, disabled people, regulations, prosthetics by express method, non-plaster technology of prosthetics manufacturing, early postoperative period.

Введение. Российская Федерация из года в год наращивает усилия в борьбе с терроризмом. В этой связи сохраняется достаточно большое число инвалидов молодого и среднего возраста вследствие военной травмы [1, 8, 13]. Основания для вынесения военно-врачебной комиссией причинной связи увечий, заболеваний с формулировкой «военная травма» приведены в разделе IX Положения о военно-врачебной экспертизе, утверждённого постановлением Правительства Российской Федерации от 04.07.2013 № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе». К этому перечню относится возникновение у освидетельствуемого увечья, заболевания в период проведения контртеррористических операций, выполнения задач в условиях чрезвычайного положения или при вооружённых конфликтах. Несмотря на то, что вопросам реализации прав инвалидов уделяется большое внимание [9, 14, 15], более частные аспекты, касающиеся жизни отдельных категорий инвалидов, прежде всего лиц, имеющих инвалидность вследствие военной травмы, реже становятся объектом научного анализа. В основном внимание исследователей сосредоточено на вопросах социально-трудовой направленности [10, 13].

Цель исследования. Обоснование необходимости раннего протезирования, ортезирования, **обеспечения** техническими средствами реабилитации (ТСР) военнослужащих, перенесших ампутацию нижней конечности, в ходе восстановительного лечения, до и после установления им инвалидности, выявление нормативных правовых и организационных барьеров, снижающих эффективность оказания медико-социальной помощи.

Материалы и методы. В ходе исследования изучены и проанализированы нормативные правовые акты федерального уровня, а также научные труды и материалы Минтруда России, Федерального научного центра реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта Минтруда России (ФНЦРИ), Военно-медицинской-академии им. С.М. Кирова Минобороны России (ВМА), посвящённые проблеме восстановительного

лечения и реабилитации инвалидов вследствие военной травмы.

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

Проведён анализ 368 историй болезни военнослужащих-мужчин в возрасте от 18 до 39 лет, перенесших ампутацию нижних конечностей после огнестрельных ранений, находившихся на лечении в ВМА,442-м окружном военном клиническом госпитале, ФНЦРИ с 1987 г. по 2017 г.

Анализ ближайших и отдалённых результатов [16] восстановительного лечения включает период давностью до 30 лет (ретроспективный анализ).

Результаты и их обсуждение. По данным изучения государственной статистики Минтруда России удельный вес инвалидов вследствие военной травмы среди первично признанных инвалидами граждан в 2012 – 2016 гг. составляет 0,1 – 0,2 % (табл. 1).

Таблица 1. Сведения по гражданам Российской Федерации, впервые признанных инвалидами в 2012 – 2016 гг.

Год	Впервые признано инвалидами, чел.	Признано инвалидами вследствие военной травмы			
		всего, чел.	доля от всех впервые признанных инвалидами, %	граждане трудоспособного возраста, чел.	доля от впервые признанных инвалидами вследствие военной травмы, %
2012	804606	1695	0,21	1568	92,5
2013	753952	1340	0,18	1245	92,9
2014	728653	1085	0,15	1023	94,3
2015	831742	812	0,09	754	92,8
2016	793283	1045	0,13	963	92,0

Из таблицы 1 видно, что инвалиды по военной травме в более чем 90% случаев являются гражданами трудоспособного возраста.

В структуре боевых повреждений ранения в конечности составляют до 70% и более [2, 16]. В 40,1 – 45,6% случаев повреждения находились на уровне бедра и голени [2]. Учитывая возраст пострадавших, данный контингент рассматривается в качестве резерва трудовых и мобилизационных ресурсов [1].

По решению военно-врачебных комиссий военнослужащие, имеющие увечья, как правило подлежат увольнению с военной службы в связи с ограниченной годностью к военной службе или по болезни.

В дальнейшем эти лица ведомственными лечебными учреждениями направляются на медико-социальную экспертизу (МСЭ) для определения группы инвалидности и её причинной связи. Специалисты бюро МСЭ разрабатывают для каждого инвалида индивидуальную программу реабилитации и абилитации инвалидов (ИПРА). В этой программе указываются реабилитационные мероприятия, в которых нуждается инвалид, в том числе технические средства реабилитации (ТСР).

В ИПРА для инвалидов за счёт средств федерального бюджета указывают ТСР: протезы, ортезы, вспомогательные средства для передвижения, например, трости, костыли, кресла-коляски и др. Они предназначены для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности вследствие утраченной инвалидом или резко

сниженной у него нейромышечной, скелетной и связанной с движением функций b730-780, s710-799 [5]:

– самостоятельного передвижения d410, d415, d420, d435, d450-480 [5];

– самообслуживания d510-570, d610-670 [5].

Для инвалидов утверждён перечень показаний и противопоказаний для обеспечения инвалида ТСР (приказ Минтруда России от 28.12.2017 № 888н).

Однако существует большая группа граждан, которые не признаны установленным порядком инвалидами, и, соответственно, не имеют оформленной ИПРА, но имеют нарушения функций (не стойкие нарушения, либо стойкие, но незначительные нарушения) и нуждаются в ТСР. Действующими нормативными правовыми актами не предусмотрена возможность обеспечения указанной категории лиц ТСР на бесплатной основе.

Организационная модель медико-социальной помощи военнослужащим, получившим военную травму с ампутацией конечности, при протезировании и ортезировании включает ряд этапов (рис. 1):

– оказание медико-социальной помощи органами и организациями/учреждениями федерального и регионального уровней различной ведомственной принадлежности и форм собственности;

– определение правовых гарантий обеспечения реабилитационных услуг и ТСР лиц, ставших инвалидами.

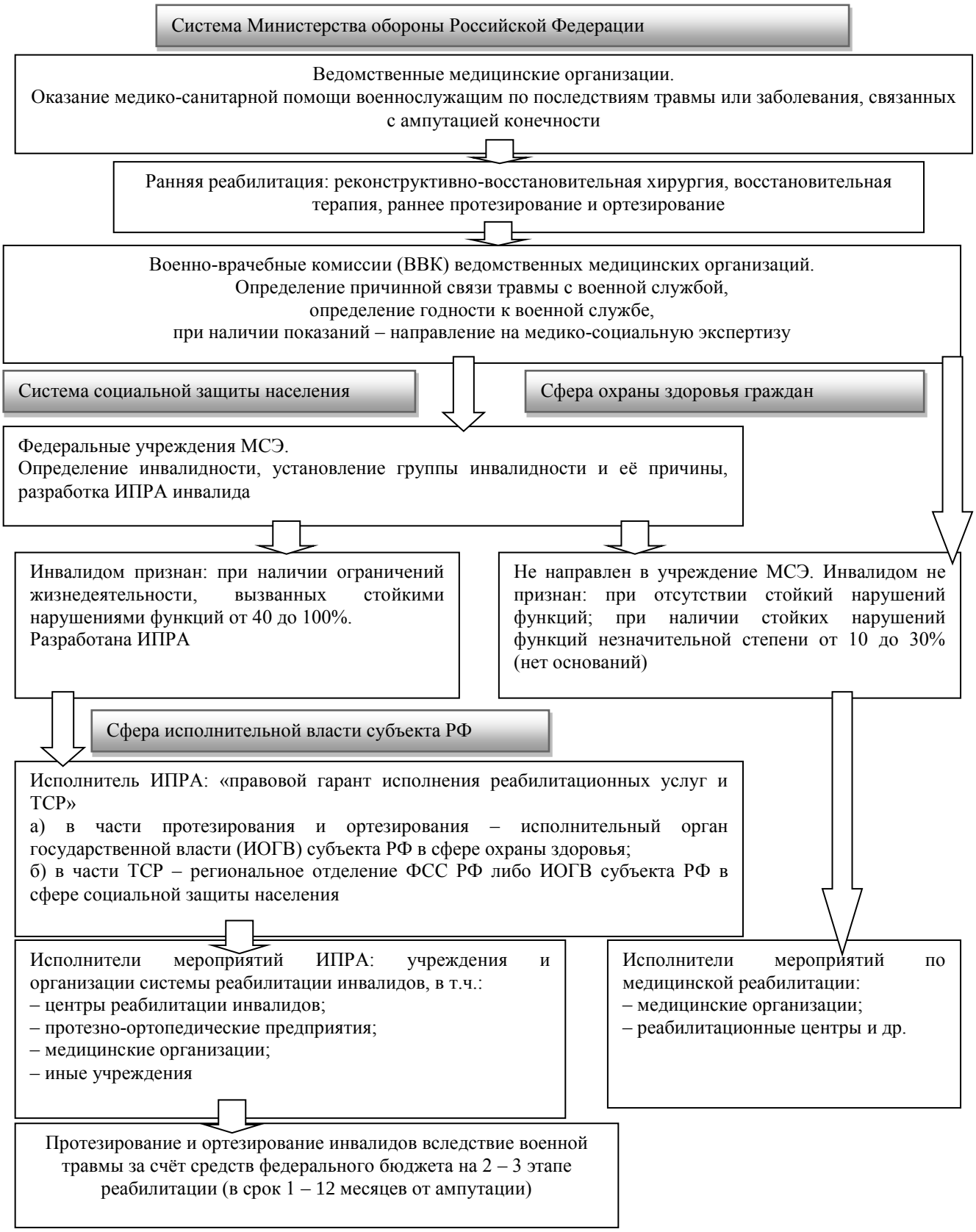


Рис. 1. Организационная модель медико-социальной помощи инвалидам вследствие военной травмы, перенесших ампутации конечностей

Однако не решены организационные и финансовые вопросы раннего протезирования и ортезирования военнослужащих на 1-м и 2-м этапах реабилитации. Не урегулирован ряд нормативных правовых и методических вопросов, связанных с терминологической базой, утверждёнными методиками реабилитационного процесса, в

том числе использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) как методического межведомственного инструмента оценки потребности граждан в мерах реабилитации.

Следствием перечисленного выше является отсутствие или недооценка роли раннего протезирования и использования ТСР как неотъемлемой части обеспечения преемственности, последовательности, непрерывности, комплексности реабилитационных мероприятий.

Раннее использование ТСР позволит предупредить усугубление инвалидности вследствие компенсации утраченной функции, ускорить восстановительный период.

Установлено, что раннее обеспечение протезами, ортезами в процессе восстановительного лечения, с чередованием консервативных и хирургических методов, несомненно, улучшает результат лечения, повышает реабилитационный потенциал и улучшает реабилитационный прогноз. В частности, при восстановлении способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию раньше снижается потребность в создании особых условий для скорейшего вовлечения инвалида в общество. Эффективнее открывается возможность реализации военнослужащего в профессиональной сфере, вовлекает его в активное занятие адаптивной физической культурой и спортом. Тем самым открывается новый источник восполнения трудовых ресурсов, снижается финансовая нагрузка на бюджет государства, что согласуется с представленными в доступных литературных источниках результатами восстановительного лечения пострадавших после перенесенной травмы [1, 4, 7, 12].

В национальном стандарте Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 9999-2014 «Национальный стандарт Российской Федерации. Вспомогательные средства для людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация и терминология» (ГОСТ Р ИСО 9999-2014), который утверждён и введён в действие Приказом Росстандарта от 23.09.2014 № 1177-ст, указаны «… временные протезы после ампутации нижней конечности. Они могут быть использованы для ранней мобилизации пострадавших с ампутацией нижних конечностей перед установкой окончательных протезов» (по коду 06 24 48).

На рисунке 2 представлен вариант лечебно-тренировочного протеза («временного» по ГОСТ Р ИСО 9999-2014) бедра модульного типа с регулируемой приёмной гильзой без косметической облицовки.

Рис. 2. Современный лечебно-тренировочный протез бедра модульного типа с регулируемой приёмной гильзой без косметической облицовки (разработка ФНЦРИ)

На рисунке 3 представлен современный постоянный протез голени модульного типа с силиконовым чехлом без косметической облицовки.

Рис. 3. Современный постоянный протез голени модульного типа с силиконовым чехлом без косметической облицовки

В то же время в практической деятельности протезно-ортопедических предприятий данные типы протезов не находят широкого применения из-за определенных условий, удлиняющих сроки: существующих правил установления группы инвалидности, необходимости наличия ИПРА, затрат времени на реализацию конкурсных процедур для определения изготовителей протезно-ортопедических изделий и ТСР уполномоченными организациями, а также ресурсных возможностей и сроков закупок комплектующих для изготовления индивидуальных протезов и др.

Среди находившихся на лечении 67% имели односторонний ампутационный дефект голени, 21% – односторонний ампутационный дефект на уровне бедра, 12% – ампутационные дефекты обеих нижних конечностей. Большинство пациентов (279 чел., то есть 76% всего контингента) ранее не протезировались, остальные (89 чел. или 24% выборки) – поступали для повторного протезирования. Доля пациентов, которые имели различные пороки и болезни культи, затрудняющие пользование протезом, составляла 45,5%. Первичное протезирование у пациентов осуществлялось во второй и третий этапы медицинской реабилитации (сроки до начала протезирования после ампутации составляли от одного месяца до одного года).

Протезируемым первично изготавливались лечебно-тренировочные протезы модульного типа с индивидуальным изготовлением культеприёмника, которые максимально соответствуют конструкции протезов, предназначенным для постоянного ношения.

Модульная комплектация лечебно-тренировочных протезов обеспечивала быструю и индивидуальную настройку схемы построения, индивидуальный выбор сочетаний функциональных элементов, возможность замены приёмной гильзы и любого из элементов изделия без изъятия протеза у пользователя, избегая тем самым потребность срочного изготовления аналогичной конструкции.

При комплектации первичных протезов предпочтение отдавалось модулям отечественных производителей (Ракетно-космической корпорации «Энергия», общества с ограниченной ответственностью «Метиз», Московского производственного объединения «Металлист»), реже использовались изделия зарубежных производителей.

В национальном руководстве по ортопедии [6] указана целесообразность снабжения пациентов протезно-ортопедическими изделиями по заживлению раны, при отсутствии противопоказаний, как можно раньше, например, через два месяца после ампутации конечности или ранее.

Показаниями к началу раннего протезирования пациентов были заживление раны культи при отсутствии болевого синдрома и противопоказаний к протезированию [4].

Самыми сложными были пациенты с политравмой, сочетающими черепно-мозговую травму, поражения позвоночника и внутренних органов.

Как показали наши наблюдения и исследования [3], включающие валидированный опросник SF-36 по оценке качества жизни инвалидов трудоспособного возраста после ампутаций нижних конечностей вследствие травм, с учётом балльных оценок, на 80 – 90 % в восстановлении прежнего уровня качества жизни, в сравнении с другими факторами, главное значение имело качественное протезирование. Вместе с тем, нами была разработана и применяется методика определения потребностей инвалидов с нарушениями опорно-двигательной функции в ТСР для восстановления способности к передвижению [11].

Отсутствие протезно-ортопедической помощи до формирования ИПРА как фактора, обеспечивающего преемственность и непрерывность мероприятий медицинской реабилитации, усугубляет психосоматическое состояние пострадавших не только из-за перенесенной ампутации, но и из-за отсутствия протеза.

Для решения проблемы ранней помощи в институте протезирования и ортезирования ФНЦРИ разработаны, применяются и внедряются новые безгипсовые технологии изготовления протезов голени и бедра экспресс-методами. Первый вариант изготовления лечебно-тренировочного протеза заключается в изготовлении индивидуальной приёмной гильзы непосредственно по культе пациента из влагоотверждаемых полимерных бинтов поверх надетого на культю силиконового чехла, подобранного из типоразмерного ряда. При этом в момент отвердения бинтов руками моделируется форма приёмной гильзы протеза. Силиконовые чехлы предотвращают травматизацию культи, а полученная из отвердевших бинтов приёмная гильза пригодна к примерке, сборке протеза, а также обучению пациента ходьбе на протезе через полтора-два часа от начала работ. Вид пациента на современном лечебно-тренировочном протезе голени с гильзой из влагоотверждаемых бинтов и силиконовым чехлом представлен на рисунке 4.

Рис. 4. Пациент на современном лечебно-тренировочном протезе голени с гильзой из влагоотверждаемых бинтов, с силиконовым чехлом.

Изготовление и сборка протеза не требует специальных условий и оборудования протезной мастерской, а также значительных финансовых затрат и особых квалификационных навыков персонала.

При невозможности использования полимерных чехлов и полноконтактных приёмных гильз при некоторых болезнях и пороках культи используется второй вариант безгипсовой технологии. Суть его заключается в применении регулируемых приёмных гильз из термопластичных материалов с соединительными модульными элементами для сборки протеза и настройки экспресс-методом (рис. 5). Нами разработан и изготавливается типоразмерный ряд регулируемых приёмных гильз для протезов голени и бедра при правосторонних и левосторонних ампутационных дефектах. Данный тип протезов показан к применению в ранние сроки после ампутации нижней конечности и заживлении раны при отсутствии противопоказаний к протезированию.

Рис. 5. Надетая на культю регулируемая приёмная гильза голени из термопластичных материалов с соединительным модульным элементом для сборки протеза

Наиболее сложным было восстановление способности к передвижению для трёх военнослужащих, которым был прописан постельный режим, исключено перемещение в кресле-коляске из-за поражений позвоночника, а также отсутствие или снижение опороспособности сохранённой конечности вследствие тяжёлой травмы. При обучении ходьбе опоропреобладание переносилось на протезированную конечность, а пациенты из состояния прикованности к постели, минуя перемещение на кресле-коляске, смогли обучаться ходьбе на протезе при помощи дополнительной опоры (ходунков, костылей) с дозированной нагрузкой на сохранившуюся конечность. Это способствовало ускорению консолидации переломов конечности, повышению её опороспособности, выносливости к нагрузкам, улучшению реабилитационного потенциала и прогноза в ближайшем и отдалённом периоде.

Несмотря на принятую на государственном уровне попытку комплексного решения многогранных проблем реабилитации инвалидов [4], в действующих нормативно-правовых актах недостаточно чётко определена роль и значение раннего протезирования, ортезирования, использования других ТСР с целью предупреждения или усугубления тяжести инвалидности.

Как показывают наблюдения и проведённое нами в 2014 – 2015 гг. анкетирование 45 протезно-ортопедических предприятий системы Минтруда Российской Федерации, сроки протезирования и ортезирования из-за проблем организационного характера значительно удлиняются до шести-двенадцати месяцев, а нередко и более.

Это приводит к нарушению преемственности в восстановительном лечении, значительно ухудшает его результаты и прогноз. Вместе с тем задержки в реализации мероприятий ИПРА, особенности существующих в настоящее время конкурсных

механизмов для размещения контрактов по изготовлению протезно-ортопедических изделий сопровождаются вынужденной нестабильностью работы протезно-ортопедических мероприятий в регионах.

Показано, что раннее первичное протезирование по сравнению с протезированием в отдалённом периоде имеет несомненные преимущества, выражающееся в достижении благоприятных результатов протезно-ортопедической помощи, улучшении физических и психологических показателей здоровья пациентов, ускорению заживления раны и формирования культи как органа опоры и управления протезом (табл. 2).

Таблица 2. Характерные различия при первичном протезировании в ранние сроки после ампутации нижней конечности

Показатель	Раннее первичное протезирование (через 1 – 3 месяца после ампутации)	Первичное протезирование (через 6 – 12 месяцев после ампутации)
Состояние культи	Облегчение болевого (фантомно-болевого) синдрома	Отсутствует
	Устранение, предупреждение венозного застоя, уменьшение отёка послеоперационной раны	Отсутствует
	Стимуляция, улучшение кровообращения усечённой конечности	Замедление нормализации кровообращения в усечённой конечности
	Стимуляция регенерации тканей культи, послеоперационного рубца	Замедление заживления раны
	Предупреждение формирования стойких контрактур суставов	Повышенная вероятность формирования контрактур суставов
	Улучшение тонуса мускулатуры культи, снижение вероятности атрофии мышц	Снижение тонуса мышц, прогрессирование атрофии мышц
	Стимуляция заживления раны костной культи, предупреждение остеопороза	Замедление формирования замыкательной пластинки на опиле, развитие остеопороза
	Снижение вероятности роста остеофитов, формирования болезненных невром	Повышен риск роста остеофитов и формирования болезненных невром
Состояние пациента	Раннее восстановление способности к передвижению	Задержка
	Раннее восстановление способности к самообслуживанию	Задержка
	Улучшение психо-соматического состояния	Вероятность возникновения реактивных состояний
	Предупреждение острых пограничных состояний (неврозов и др.), психологической дезадаптации. Раннее формирование положительной мотивации к реабилитационным мероприятиям	Вероятность острых, стойких к лечению пограничных состояний. Замедление, а иногда отсутствие, мотивации к реабилитационным мероприятиям

Реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз	Раннее улучшение общего физического состояния	Замедление
	Раннее улучшение или нормализация состояния систем дыхания, кровообращения, пищеварения, выделения, опорно-двигательного аппарата в целом	Замедление
	Раннее улучшение, восстановление вестибулярной функции, равновесия, координации, компенсаторных движений и реакции опорно-двигательной системы	Замедление
	Улучшение реабилитационного прогноза	Вероятность формирования сомнительного или неблагоприятного прогноза
	Раннее снижение зависимости пациента от посторонней помощи. Снижение степени имеющихся функциональных ограничений. Способствует эффективной социальной, профессиональной реабилитации, а также ранней интеграции в общество, занятию адаптивным спортом, рекреции и др.	Увеличение сроков восстановления. Усугубление степени функциональных ограничений. Снижение эффективности реабилитационных мероприятий. Вероятность повышения группы инвалидности. Затруднение протезирования, связанного с неблагоприятным увеличением сроков до протезирования, формирование пороков и болезней культи. Вероятность формирования иждивенческих настроений, снижение мотивации к возвращению к трудовой деятельности. Увеличена вероятность социально-психологической дезадаптации

Заключение. В целом раннее протезирование и применение других ТСР в процессе медицинской реабилитации лиц трудоспособного возраста способствует восстановлению источника трудовых ресурсов, снижает финансовую нагрузку на бюджет государства.

Разработанные в ФНЦРИ современные безгипсовые технологии изготовления протезов голени и бедра экспресс-методами в ранние сроки после ампутации сокращают трудозатраты, отличаются экономической эффективностью, не требуют специальных условий, оборудования протезной мастерской и высокой квалификации мастера-протезиста для настройки модульных протезов. Технологии раннего первичного протезирования экспресс-методами, сопровождающиеся практическими обучающими семинарами, успешно внедряются на протезно-ортопедических предприятиях и в

реабилитационных центрах страны.

В период 2010 – 2017 гг. проведено внедрение новых технологий раннего первичного протезирования нижних конечностей экспресс-методами на 19 протезно-ортопедических предприятиях в пяти федеральных округах России, научно-производственной фирме «Орто-Космос» (Санкт-Петербург), Новокузнецком научно-практическом центре медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

Регулируемые приёмные гильзы для первичных протезов голени и бедра в виде типоразмерного ряда, а также влагоотверждаемые бинты могут дополнить перечень изделий медицинского назначения в укладках для развёртывания медицинских учреждений в особый период.

Необходимо совершенствование организационно-финансовых механизмов раннего протезирования военнослужащих вследствие военной травмы с ампутацией конечностей, в том числе в период временной нетрудоспособности до оформления ИПРА.

Список литературы:

1. Брюсов П.Г. Особенности реабилитации раненых с боевыми повреждениями конечностей / П.Г. Брюсов, В.К. Николаенко, А.И. Пономаренко // Актуальные вопросы реабилитации военнослужащих, получивших боевые травмы и ранения: сб. докл. и научн. сообщ. Всеарм. науч.-практ. конф. – СПб.: ВМА, 1996. – С. 7 – 11.
2. Васильев А.Ю. Лучевая диагностика пороков и болезней культей нижних конечностей / А.Ю. Васильев, Е.А. Егорова. – М.: Медицина, 2008. – 208 с.
3. Звонарева Е.В. Роль двигательной активности в медико-социальной реабилитации инвалидов после ампутации нижних конечностей: дис. … канд. мед. наук / Е.В. Звонарева. – СПб., 2004. – 126 с.
4. Курдыбайло С.Ф. Повышение эффективности реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы, перенесших ампутации конечностей: методическое пособие / С.Ф. Курдыбайло [и др.]. – СПб.: Человек и здоровье, 2006. – 86 с.
5. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) (с изм. и доп. по сост. на 2016 г.): проект. – СПб.: Человек, 2017. – 262 с.
6. Ортопедия: национальное руководство / под ред. С.П. Миронова, Г.П. Котельникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 840 с.
7. Пономаренко Г.Н. Пути совершенствования физиотерапии и ЛФК на этапах медицинской реабилитации раненых / Г.Н. Пономаренко // Актуальные вопросы реабилитации военнослужащих, получивших боевые травмы и ранения: сб. докл. и научн. сообщ. Всеарм. науч.-практ. конф. – СПб.: ВМА, 1996. – С. 121 – 123.
8. Пузин С.Н. Инвалидность вследствие военной службы / С.Н. Пузин, Л.П. Гришина, С.И. Исаенко. – М.: Медицина, 2005. – 280 с.
9. Сокуров А.В. К вопросу об организационном и правовом регулировании деятельности центров, предоставляющих реабилитационные услуги инвалидам (детям-инвалидам) / А.В. Сокуров, В.И. Радуто // Реабилитация – XXI век: традиции и инновации. – Мат. I Нац. конгр. с межд. участием. – СПб.: ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта, 2017. – С. 85 – 88.
10. Старобина Е.М. Позитивные моменты в зарубежном опыте переобучения и трудоустройства ветеранов военной службы / Е.М. Старобина, С.Г. Кривенков // Инвалиды и общество. – 2016. – № 1 (19). – С. 39 – 45.
11. Сусляев В.Г. Определение потребностей инвалидов в технических средствах реабилитации для восстановления способности к передвижению / В.Г. Сусляев [и др.] / Вестн. гильдии протезистов-ортопедов. – 2002. – № 2 (8). – С. 39 – 45.
12. Шаповалов В.М. Современные проблемы восстановительного лечения раненых и больных травматолого-ортопедического профиля / В.М. Шаповалов, А.Н. Ерохов, С.С. Ткаченко // Актуальные вопросы реабилитации военнослужащих,

получивших боевые травмы и ранения: сб. докл. и научн. сообщ. Всеарм. науч.-практ. конф. – СПб.: ВМА, 1996. – С. 11 – 15.

13. Шевель П.П. Социологический анализ социально-экономического положения инвалидов войны и военной службы в 2015 году / П.П. Шевель // Инвалиды и общество. – 2016. – № 1 (19). – С. 70 – 82.

14. Шестаков В.П. Медицинская и социальная помощь в оценках инвалидов Санкт-Петербурга / В.П. Шестаков [и др.] // Вестн. Всеросс. общ. специалистов по медико-соц. экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2016. – № 3. – С. 11 – 16.

15. Шестаков В.П. Совершенствование законодательства Российской Федерации в рамках реализации Конвенции о правах инвалидов / В.П. Шестаков [и др.] // Социальное и пенсионное право. – 2016. – № 2. – С. 16 – 21.

16. Щербина К.К. Возможности современного протезирования инвалидов с дефектами нижних конечностей после огнестрельных ранений / К.К. Щербина, В.Г. Сусляев, В.М. Янковский // Актуальные вопросы реабилитации военнослужащих, получивших боевые травмы и ранения: сб. докл. и научн. сообщ. Всеарм. науч.-практ. конф. – СПб.: ВМА, 1996. – С. 140.

УДК 614.2

РОЛЬ КОМИССИИ ФКУ «ГБ МСЭ ПО САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНТРУДА РОССИИ ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ДОРОГОСТОЯЩИХ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ В ИПРА И ПРП, В ЧАСТИ РЕКОМЕНДАЦИИ ТРАНСПОРТНОГО СРЕДСТВА, В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ГРАЖДАН САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Драч Д.А., Трекин С.В., Бессмертная О.Г., Бочкова И.А., Потапенко М.В., Садилова Л.А.

Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации
Россия, Самара

THE ROLE OF THE COMMISSION ON RECOMMENDATION OF EXPENSIVE REHABILITATION TECHNICAL TOOLS TO THE INDIVIDUAL PROGRAM OF REHABILITATION OR HABILITATION OF DISABLED PERSON AND TO THE PROGRAM OF REHABILITATION OF INJURED AT WORK PERSON, INCLUDING RECOMMENDATION OF THE TRANSPORT VEHICLE, OF THE FEDERAL STATE INSTITUTION «THE HEAD BUREAU OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE IN SAMARA REGION» OF THE MINISTRY OF LABOR AND SOCIAL PROTECTION OF THE RUSSIAN FEDERATION IN IMPROVING QUALITY OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE IN SAMARA REGION

Drach D.A., Trekin S.V., Bessmertnaya O.G., Bochkova I.A., Potapenko M.V., Sadilova L.A.

Federal state institution «The Head bureau of Medical and Social Expertise in Samara region» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation
Russia, Samara

Аннотация: В 2016 году при ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России создана Комиссия по рекомендации дорогостоящих технических средств реабилитации в индивидуальную программу реабилитации или абилитации инвалида и в программу реабилитации пострадавшего, в части рекомендации транспортного средства. Комиссия анализирует медико-экспертные дела с целью установления обоснованности

решений БМСЭ по определению медицинских показаний для обеспечения инвалидов дорогостоящими ТСР и транспортными средствами. Кроме того, деятельность Комиссии способствует обучению специалистов по реабилитации БМСЭ правильному установлению показаний на ТСР в соответствии с действующим законодательством.

Abstract: The Commission on recommendation of expensive rehabilitation technical tools to the individual program of rehabilitation or habilitation of disabled person and to the program of rehabilitation of injured at work person, including recommendation of the transport vehicle, of the federal state institution «The Head bureau of Medical and Social Expertise in Samara region» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation was founded in 2016. The Commission analyses medical and expert cases in order to confirm reasonableness of bureaus of medical and social expertise decisions on determination of medical indications for provision disabled persons with expensive rehabilitation technical tools and transport vehicles. In addition, the Commission's work helps to train rehabilitation specialists to correctly determine indications for provision disabled persons with rehabilitation technical tools in accordance with the current legislation.

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, технические средства реабилитации, транспортные средства

Key words: medical and social expertise, rehabilitation technical tools, transport vehicles

В соответствии с действующим законодательством для улучшения качества оказания государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы граждан и повышения ответственности руководителей бюро медико-социальной экспертизы (далее – БМСЭ) за экспертные решения по установлению рекомендаций для обеспечения инвалидов дорогостоящими техническими средствами реабилитации и транспортными средствами приказом ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России от 28 апреля 2016 года №70 была создана Комиссия по рекомендации дорогостоящих технических средств реабилитации (далее – ТСР) в индивидуальную программу реабилитации или абилитации и программу реабилитации пострадавшего, в части рекомендации транспортного средства (далее – Комиссия) [1, 2, 3].

Комиссией рассматриваются показания:

- для обеспечения ТСР, выдаваемых инвалидам бесплатно за счет средств федерального бюджета, стоимостью свыше 150 тысяч рублей;
- для обеспечения ТСР в количестве 10 и более наименований;
- для обеспечения инвалидов, пострадавших на производстве, транспортным средством.

Приказом ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России утвержден перечень ТСР, установление медицинских показаний для которых должно быть утверждено Комиссией: опора для стояния для детей инвалидов, кресло-коляски с электроприводом, протезы конечностей с внешним источником энергии, аппарат на нижние конечности и туловище (ортез), электронный стационарный видеоувеличитель, слуховой аппарат костной проводимости (неимплантируемый).

Определены цели Комиссии:

- анализировать представленные на Комиссию медико-экспертные дела с целью установления обоснованности решений БМСЭ по определению медицинских показаний для обеспечения инвалидов дорогостоящими ТСР и транспортными средствами;
- рекомендовать БМСЭ в рамках Программы дополнительного обследования (далее – ПДО) устанавливать медицинские показания для обеспечения инвалидов ТСР и транспортными средствами.

Комиссия изучает материалы дела МСЭ инвалида в электронном варианте в ИС ЕАВИИАС МСЭ, также медико-экспертные дела могут запрашиваться Комиссией из БМСЭ. При необходимости на заседание Комиссии приглашаются консультанты,

руководители или специалисты БМСЭ. На заседании члены Комиссии рассматривают только медико-экспертные документы инвалида без осмотра инвалида.

Всего в состав Комиссии входит 5 врачей по медико-социальной экспертизе, не участвующих в вынесении экспертных решений в бюро медико-социальной экспертизы и экспертных составах. При рассмотрении медико-экспертных дел на протезы конечностей с внешним источником энергии в качестве консультанта на заседание Комиссии приглашается врач-протезист Самарского филиала федерального государственного унитарного предприятия «Московское протезно-ортопедическое предприятие» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. При рассмотрении медико-экспертных дел на транспортное средство в качестве консультанта на заседание Комиссии приглашается специалист государственного учреждения «Самарское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации».

Деятельность Комиссии регламентирована утвержденным Положением. Заключение Комиссии имеет рекомендательный характер.

Таблица 1. Количество рассмотренных Комиссией медико-экспертных дел

Решения Комиссии	Год	Всего рассмотрено медико-экспертных дел	количество медико-экспертных дел лиц в возрасте до 18 лет	количество медико-экспертных дел лиц в возрасте 18 лет и старше
Всего установлено решений, из них:	*Всего*	*486*	*260*	*226*
	2016	130	52	78
	2017	158	98	60
	2018	198	110	88
Установлены медицинские показания для обеспечения ТСР	*Всего*	*266*	*188*	*78*
	2016	48	31	17
	2017	94	66	28
	2018	124	91	33
из них установлены медицинские показания для обеспечения ТСР в количестве 10 и более наименований	*Всего*	*73*	*47*	*26*
	2016	31	23	8
	2017	29	20	9
	2018	13	4	9
Установлены медицинские противопоказания при наличии медицинских показаний для обеспечения ТСР	*Всего*	*51*	*45*	*6*
	2016	21	20	1
	2017	17	15	2
	2018	13	10	3
Установлено отсутствие медицинских показаний для обеспечения ТСР	*Всего*	*46*	*27*	*19*
	2016	2	1	1
	2017	19	17	2
	2018	25	9	16
Всего рассмотрено медико-экспертных дел для установления медицинских показаний на транспортное средство	*Всего*	*123*	-	*123*
	2016	59	-	59
	2017	28	-	28
	2018	36	-	36

За исследуемый период с 2016 по 2018 год всего Комиссией установлено 486 решений, из них 260 – решений лицам в возрасте до 18 лет, 226 – в возрасте 18 лет и старше. Отмечается увеличение количества рассмотренных медико-экспертных дел: 130 в 2016 году, 158 в 2017 году, 198 в 2018 году (таблица 1).

Всего за три года медицинские показания для обеспечения ТСР установлены в 266 случаях. Отмечается увеличение количества решений Комиссии по установлению медицинских показаний. Если в 2016 году установлено медицинских показаний в 48 случаях, то в 2017 и 2018 годах соответственно в 94 и 124 случаях. Количество установленных показаний преобладает в детском возрасте. Всего количество медицинских показаний для обеспечения ТСР детей составило 70,7%, в том числе соответственно по годам 64,6%, 70,2%, 73,3%. Таким образом, отмечается рост обеспечения детей ТСР в соответствии с действующим законодательством, что несомненно повышает качество жизни детей-инвалидов и членов их семей.

В 51 случае за исследуемый период БМСЭ направило на рассмотрение Комиссии медико-экспертные дела с наличием медицинских противопоказаний для использования ТСР. Это составило 10,5% от общего количества рассмотренных дел. Проводимые научно-практические мероприятия для специалистов по реабилитации БМСЭ позволили снизить количество необоснованных направлений на Комиссию с 4,3% от общего количества решений Комиссии в 2016 году до 2,7% в 2018 году.

С 2016 по 2018 год специалистами БМСЭ было направлено 46 медико-экспертных дел, при изучении которых не было установлено медицинских показаний на обеспечение ТСР. Это составило 9,5% от общего количества решений Комиссии. Количество подобных направлений на Комиссию медико-экспертных дел возрастает и соответственно по годам с 2016 по 2018 составило 0,4%, 3,9%, 5,1%. Данная тенденция свидетельствует о том, что руководители бюро при явном отрицательном решении для инвалида пытаются снять с себя ответственность и, объявляя решение об отказе в разработке показаний на ТСР, ссылаются на решение Комиссии.

Таким образом, всего на Комиссию было направлено необоснованно 97 дел, что составило 19,9% от общего количества медико-экспертных дел, рассмотренных Комиссией (по годам соответственно 4,7%, 7,4%, 7,8%).

Таблица 2. Количество установленных Комиссией медицинских показаний для обеспечения инвалидов ТСР

Наименование ТСР	Год	Всего установлено медицинских показаний для обеспечения ТСР	лицам в возрасте до 18 лет	лицам в возрасте 18 лет и старше
Всего установлено медицинских показаний для обеспечения ТСР, из них:	*Всего*	*266*	*188*	*78*
	2016	48	31	17
	2017	94	66	28
	2018	124	91	33
Аппарат на нижние конечности и туловище (ортез)	*Всего*	*105*	*93*	*12*
	2016	10	10	-
	2017	31	30	1
	2018	64	53	11
Опора для стояния для детей-инвалидов	*Всего*	*65*	*65*	-
	2016	10	10	-
	2017	25	25	-
	2018	30	30	-

Протез модульный с внешним источником энергии	*Всего*	*12*	-	*12*
	2016	1	-	1
	2017	5	-	5
	2018	6	-	6
Кресло-коляска с электроприводом	*Всего*	*40*	*11*	*29*
	2016	6	1	5
	2017	16	5	11
	2018	18	5	13
Прочие ТСР	*Всего*	*44*	*19*	*25*
	2016	21	10	11
	2017	17	6	11
	2018	6	3	3

Всего за исследуемый период было установлено 266 медицинских показаний для обеспечения ТСР, что составило 54,7% от общего количества принятых решений Комиссией.

Наибольшее количество установленных медицинских показаний у детей установлено на аппарат на нижние конечности и туловище (ортез), общее количество установленных показаний составило 93 случая или 34,9% от общего количества установленных показаний на ТСР. Количество установленных медицинских показаний у детей на аппарат на нижние конечности и туловище (ортез) возрастает соответственно по годам: в 2016 году от общего количества установленных показаний установлено в 3,8% случаев, в 2017 году 11,5%, в 2018 году 20,4%.

Наибольшее количество установленных медицинских показаний у взрослых установлено на кресло-коляску с электроприводом, общее количество установленных показаний составило 29 случаев или 10,9% от общего количества установленных показаний на ТСР. Количество установленных медицинских показаний у взрослых на кресло-коляску с электроприводом возрастает соответственно по годам: в 2016 году от общего количества установленных показаний установлено в 1,9% случаев, в 2017 году 4,1%, в 2018 году 4,9%.

Таблица 3. Количество установленных Комиссией медицинских показаний для обеспечения инвалидов ТСР вследствие различной патологии

Наименование патологии	Год	Всего установлено медицинских показаний для обеспечения ТСР	лицам в возрасте до 18 лет	лицам в возрасте 18 лет и старше
Всего установлено медицинских показаний для обеспечения ТСР, из них*:*	*Всего*	*266*	*188*	*78*
	2016	48	31	17
	2017	94	66	28
	2018	124	91	33
ДЦП	*Всего*	*151*	*145*	*6*
	2016	21	20	1
	2017	58	57	1
	2018	72	68	4
Врожденные аномалии развития	*Всего*	*27*	*27*	-
	2016	3	3	-

	2017	9	9	-
	2018	15	15	-
Последствия ОНМК	*Всего*	*61*	-	*61*
	2016	13	-	13
	2017	23	-	23
	2018	25	-	25
Прочая патология	*Всего*	*27*	*16*	*11*
	2016	11	8	3
	2017	4	-	4
	2018	12	8	4

Наибольшее количество медицинских показаний на обеспечение ТСР за исследуемый период установлено в 145 случаях детям-инвалидам с ДЦП, что составило от общего количества установленных показаний 7,5%. Нуждаемость в ТСР у детей-инвалидов с ДЦП возрастает ежегодно и соответственного составило по годам 7,5%, 21,4%, 25,6%.

Наибольшее количество медицинских показаний на обеспечение ТСР за исследуемый период установлено в 61 случае инвалидам с последствиями ОНМК, что составило от общего количества установленных показаний 22.9%. Нуждаемость в ТСР у инвалидов с последствиями ОНМК возрастает ежегодно и соответственного составило по годам 4,9%, 8,6%, 9,4%.

Таким образом, наибольшую нуждаемость в дорогостоящих ТСР испытывают дети с ДЦП и взрослые с последствиями ОНМК.

Таблица 4. Количество рассмотренных Комиссией медико-экспертных дел для установления медицинских показаний на транспортное средство

Год	Количество рассмотренных медико-экспертных дел	Установлены медицинские показания на транспортное средство	Отсутствуют медицинские показания на транспортное средство
Всего	*123*	*73*	*50*
2016	59	37	22
2017	28	19	9
2018	36	17	19

Комиссией рассматриваются медико-экспертные документы на установление медицинских показаний на транспортное средство у инвалидов вследствие профессионального заболевания и трудового увечья. Всего за исследуемый период было рассмотрено 123 дела, из них в 73 случаях были установлены медицинские показания на транспорт, что составило 59,3%. Количество установленных показаний ежегодно снижается и составляет соответственно по годам 30,0%, 15,4%, 13,8%, что связано с высоким качеством проведенных реабилитационных мероприятий у пострадавших на производстве.

Таблица 5. Количество решений Комиссии по установлению медицинских показаний на транспортное средство вследствие различной патологии

Наименование патологии	Количество рассмотренных Комиссией медико-	Установлены медицинские показания на транспортное	Отсутствуют медицинские показания на транспортное

	экспертных дел	средство	средство
Всего	123	73	50
Культи нижних конечностей	71	71	-
Болезни органов дыхания профессионального генеза	22	2	20
Хроническая пояснично-крестцовая радикулопатия профессионального генеза	18	-	18
Прочая патология профессионального генеза	12	-	12

Наибольшее количество медицинских показаний на транспортное средство было установлено инвалидам с культями нижних конечностей – 71, что от общего количества рассмотренных медико-экспертных дел составило 57,7%. Наименьшее количество медицинских показаний установлено инвалидам, страдающих болезнями органов дыхания профессионального генеза – 1,6%.

Таким образом, Комиссия выполняет контролирующую роль за назначением инвалидам в БМСЭ дорогостоящих ТСР и методическую роль по обучению специалистов по реабилитации БМСЭ правильному установлению показаний на ТСР в соответствии с действующим законодательством. Итогом деятельности Комиссии стало повышение качества оказания государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы гражданам Самарской области.

Список литературы:

1. Постановление Правительства РФ от 15.05.2006 N 286 (ред. от 13.06.2017) «Об утверждении Положения об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» // «КонсультантПлюс»: [сайт]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_60312/

2. Приказ Минтруда России от 20.08.2018 N 529н «Об утверждении разъяснения о порядке оплаты дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» // «КонсультантПлюс»: [сайт]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_311979/

3. Приказ Минтруда России от 28.12.2017 N 888н (ред. от 05.12.2018) «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации» // «КонсультантПлюс»: [сайт]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_292959/

УДК 004.45; 616-77

ВНЕДРЕНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ НА ФГУП «МОСКОВСКОЕ ПРОП» МИНТРУДА РОССИИ

Монахова М.И.[1,2], Менжулова Е.А.[1,3]

[1]Федеральное государственное унитарное предприятие «Московское протезно-ортопедическое предприятие» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации
[2]Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный электротехнический институт «ЛЭТИ» им. В.И. Ульянова (Ленина)».
[3]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский авиационный институт (национальный исследовательский университет)»
Россия, Москва , Санкт-Петербург

INTEGRATION OF DIGITAL TECHNOLOGIES IN THE MANUFACTURE OF PROSTHETIC AND ORTHOPEDIC PRODUCTS AT MOSCOW PROSTHETIC AND ORTHOPEDIC ENTERPRISE OF THE MINISTRY OF LABOUR OF RUSSIA

Monakhova M.I.[1,2], Menzhulova E.A.[1,3]

[1] Moscow prosthetic and orthopedic enterprise Ministry of Labor and Social Protection
[2]St. Petersburg State Electrotechnical University “LETI”
[3] Moscow Aviation Institute (National Research University)
Russia; Moscow, St.Petersburg

Аннотация: В статье представлено описание и перспективы внедрения в производство протезно-ортопедических изделий цифровых технологий с применением станка с ЧПУ, а также разработка технологического процесса изготовления протеза бедра с использованием цифровых технологий.

Abstract: The article presents a description and prospects for the introduction of production technology of prosthetic and orthopedic products using CNC machine tools, as well as the development of the technological process of manufacturing above knee prosthesis using digital technologies.

Ключевые слова: Числовое программное управление (ЧПУ), станок (многофункциональный обрабатывающий центр) с ЧПУ, протезно-ортопедическое изделие (ПОИ), протез нижней конечности, приемная гильза протеза бедра, персонифицированный синтез протезно-ортопедических изделий, ранняя реабилитация.

Key words: Numerical control (CNC), machine tool (multifunctional machining center) CNC, prosthetic and orthopedic product, lower limb prosthesis, transfemoral socket, personalized synthesis of prosthetic and orthopedic products, early rehabilitation.

Введение

Наиболее сложным, с точки зрения изготовления приемной гильзы, типом протезирования является протезирование бедра. Как мы наблюдаем, не существует идеального посадочного кольца гильзы бедра, отвечающего всем необходимым требованиям, как нет и единства требований к персонифицированному синтезу изготовления гильзы бедра: при каких показаниях какую форму приемной гильзы назначить пациенту. Существуют только «модные» веяния и опыт специалиста.

Посадочное кольцо в приемной гильзе протеза бедра должно обеспечивать удобство в статике и комфорт в процесс движения. Сама гильза должна быть изготовлена

качественно: ее задняя стенка («отвал») не должна травмировать мягкие ткани и кожу пациента, портить одежду (например, рвать брюки, когда пациент садится); передняя стенка же («отвал») не должна упираться в пах, иначе протез начнет «слетать» с культи при сгибании бедра. Мышцы внутренней поверхности бедра обычно слабо развиты, если в посадочном кольце гильзы не освободить их, то образуется валик из мягких тканей, потертости, а если в процессе носки протеза культя пациента уменьшилась в объемах, то при посадке пациент может сесть прямо на паховую область. В результате при ходьбе пациент вынужденно отставляет протезированную конечность в латеральную сторону. Цилиндрическая приемная гильза всегда будет ротационно смещаться на культе, что часто наблюдается, когда через время носки протеза пациент вынужден поправлять рукой ориентацию приемной гильзы.

Как показывают последние доклады Марло Ортиса (Marlo Ortiz, компания Ortiz Internacional S.A. De C.V., Гвадалахара, Мексика) в рамках семинаров, проводимых им в Научно-образовательном центре на базе ФГУП «Московское ПрОП» Минтруда России, о «модной» и очень востребованной в мире, разработанной лично им, анатомической гильзе бедра MAS (M – Marlo A – Anatomical S – Socket), для снятия гипсового слепка и коррекции гипсовой модели достаточно иметь несколько замеров с пациента и его культи. Удивительно то, что в настоящее время Марло Ортис в своей мастерской часто использует цифровые технологии при изготовлении гильз бедра MAS (до 75%), причем полученные им результаты доказывают эффективность такого подхода. Детали и тонкости технологического процесса изготовления гильз бедра с использованием цифровых технологий он не озвучивал. Но в ходе семинара Марло просил всех своих учеников построить контур посадочного кольца гильзы из проволоки по снятым размерам. Глядя только на абрис посадки, он смог видеть ошибки и/или размеры, которые он перепроверял.

Практическое изготовление протезно-ортопедических изделий с помощью цифровых технологий достигается с помощью использования станков с ЧПУ, которые обеспечивают высокую степень автоматизации и широкую универсальность, точность, используются в целях повышения качества исполнения процесса, а также увеличения производительности труда.

Актуальность

Изготовления протезно-ортопедических изделий является сложным многооперационным технологическим процессом, в который входят следующие операции: снятие размеров с пациента, изготовление гипсового негатива, скорректированного гипсового позитива, изготовление пробной приемной гильзы, сборка протеза, примерка, подгонка/юстировка, пробная носка протеза, изготовление основной приемной гильзы, окончательная сборка протеза. Каждая из операций занимает большое количество времени. Для повышения производительности труда и общего среднего уровня качества изготовленных протезно-ортопедических изделий с помощью уменьшения времени на выполнения операций необходимо внедрять в производство автоматизированные процессы изготовления протезно-ортопедических изделий.

Основной компонент любого протеза – это приемная гильза. Изготовление данного компонента требует высокого профессионализма специалиста и занимает у него больше всего времени.

Одним из видов автоматизации процесса изготовления позитива для протезно-ортопедического изделия является внедрение в производство станка с ЧПУ для изготовления позитивов ПОИ методом фрезерования заготовки из пенополиуретана.

Многие известные мировые протезно-ортопедические компании стараются отработать эти технологии для достижения самого высокого уровня качества протезирования, но пока это только поиск мечты. Можно утверждать, что с каждым годом результат отработки технологий становится все лучше. И чтобы поднять средний уровень

качества и быть готовыми к продвинутым технологиям эти компании подключаются к задаче внедрения и освоения цифровых технологий.

Цель: изучить и описать перспективы применения цифровых технологий в технологических процессах изготовления ПОИ с помощью станка с ЧПУ.

Материалы и методы

При снятии слепков с пациентов достаточно часто возникаю некоторые трудности со сложными категориями пациентов, как, например, при снятии слепков с детей малого возраста, в связи с их высокой подвижностью и неусидчивостью. Также сложности возникают с пациентами, не имеющими возможности посетить предприятие для снятия слепков в кабинете приема по каким-либо причинам. Существуют проблемы с пациентами с большой массой тела, с пациентами с парными ампутациями. Таким образом, особая актуальность применения цифровых технологий для данных категорий пациентов обусловлена необходимостью их качественного протезирования/ортезирования, что достаточно сложно обеспечить стандартными способами с применением гипсовых бинтов.

На сегодняшний день возможно применение цифровых технологий при изготовлении протезно-ортопедических изделий на этапе создания позитива.

По инициативе ФГУП «Московское ПрОП» Минтруда России (далее – предприятие) в 2016г. начата работа над совместным проектом с ООО «Отто Бокк Ортопедическая Техника» по внедрению цифровых технологии при изготовлении модели тела человека из твердой полиуретановой пены высокой плотности для использования в протезировании и ортезировании. На базе предприятия разместили станок (многофункциональный обрабатывающий центр) с ЧПУ, программное обеспечение используется, как разработанное компанией Otto Bock (TF Design), так и программное обеспечение компании Vorum.

Данная технология позволяет получать на станке модели из заготовок для применения при протезировании голени/бедра, при ортезировании (корсеты, аппараты, туторы и т.д.).

Обслуживание работы станка обеспечивается одним оператором и одним инженером-программистом по работе со станками с ЧПУ.

Так, например, в программе TF Design заложено до девяти вариантов моделей посадочного кольца и форм приемной гильзы протеза бедра. Программист при формировании файла для загрузки на станок использует цифровые данные из специальных заполненных протезистом анкет.

Произведен пилотный запуск проекта по изготовлению моделей культи бедра по индивидуальным параметрам пациентов с последующим изготовлением диагностических/пробных приемных гильз и установки их на протезы. На предприятии были изготовлены гильзы для 18 случаев протезирования. Результат оказался выше среднего, все гильзы были установлены на протезы, но потребовалась доработка.

Этапы изготовления протезно-ортопедических изделий с помощью цифровых технологий. Сравнение с гипсовым методом изготовления позитива

Первым этапом создания позитива с помощью цифровых технологий является осмотр пациента и снятие мерок с пациента. Существуют два пути снятия мерок: измерительными приборами; с помощью сканирования протезируемого или ортезируемого сегмента тела. В первом случае даже при самых точных измерениях достаточно сложно также точно перенести их в системы САПР. Возникают некоторые трудности с антиалиасингом (созданием контура со сглаживанием опорных точек (мест снятия размеров)) поверхности проектируемого позитива. Поэтому в целях более качественного построения модели, специалистами в протезно-ортопедической области и программистами создаются специальные управляющие программы для перевода снятых с пациента размеров в модель позитива. 3D модели тела человека, выполненные методом сканирования приведены на рисунках 1 и 2.

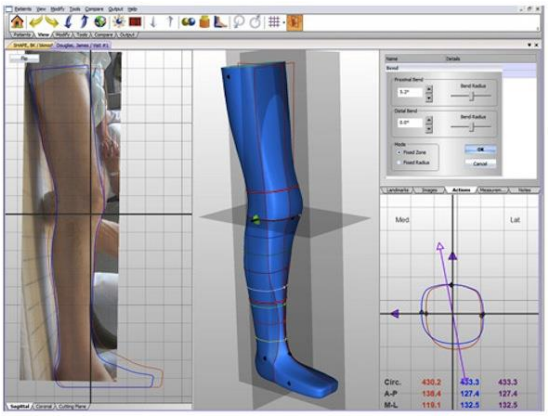


Рисунок 1. 3D модель нижней конечности выполненная методом сканирования и технологии Vorum.

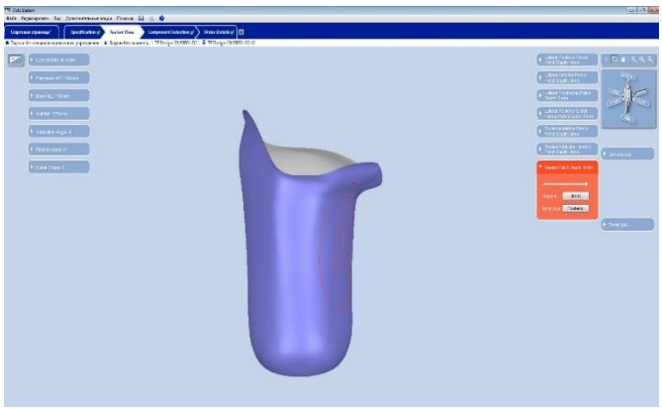


Рисунок 2. 3D модель гильзы бедра выполненная методом обмеров и технологии TF Design.

После создания 3D модели в соответствующих программах CAD, файл конвертируется в программы CAM. CAM-системы (computer-aided manufacturing – компьютерная поддержка изготовления) автоматизируют расчеты траекторий перемещения и угла поворота инструмента для обработки на станках с ЧПУ и обеспечивают выдачу управляющих программ с помощью компьютера. Для создания позитива используют заготовки из жесткого пенополиуретана.

Заготовки позиционируются на площадке станка с ЧПУ (рисунок 3), и в соответствии с данными из CAM файла 5-координатный фрезерный станок с ЧПУ обрабатывает поверхность заготовки. Результат обработки представлен на рисунке 4.

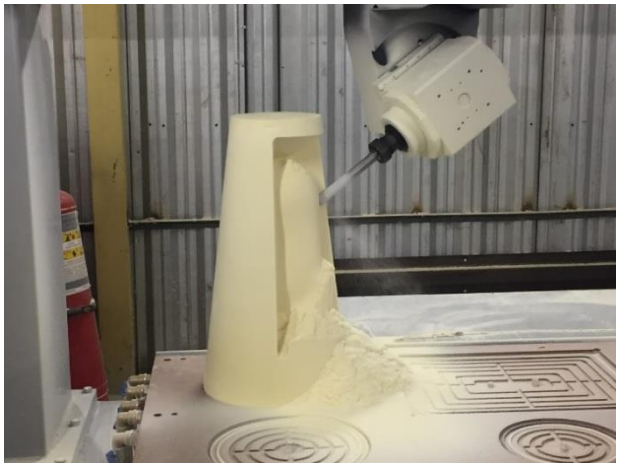


Рисунок 3. Фрезерование заготовки на станке с ЧПУ.

Рисунок 4. Получившийся с помощью фрезерования на станке с ЧПУ позитив из жесткого пенополиуретана.

Процесс обработки в зависимости от размеров позитива занимает в среднем от 20 минут до 1 часа. После создания позитива следует процесс изготовления приемной гильзы протезно-ортопедического изделия. Ниже в таблице 1. кратко приведет технологических процесс изготовления позитива культи для протеза бедра.

Таблица 1. Технологический процесс изготовления позитива бедра методом цифровых технологий.

№	Наименование операции при изготовления позитива методом цифровых технологий	Технологическое время, мин.

1	Два метода снятия мерок: Механически снять мерки с культи бедра с помощью измерительных приборов. Отсканировать культю бедра с помощью 3D сканера (качество по сравнению с предыдущим методом будет хуже, т.к. не учитывается тонус мышц, костистость, четкое нахождение вертела, ости, бедренной кости, туберной площадки).	15/15
2	Подобрать пенополиуретановую заготовку в соответствии со снятыми размерами протезируемого сегмента тела пациента.	5
3	Установить заготовку для позитива на рабочую поверхность многофункционального обрабатывающего центра.	5
4	Запустить файл 3D модели. После завершения изготовления позитива, передать его в цех, для дальнейшего изготовления гильзы.	25
Всего:		50

Для сравнения в таблице 2 приведем краткий технологический процесс изготовления позитива бедра с помощью метода гипсования.

Таблица 2. Технологический процесс изготовления позитива бедра методом гипсования.

№	Наименование операции при изготовления позитива метод цифровых технологий	Технологическое время, мин.
1	Механически снять мерки с культи бедра с помощью измерительных приборов.	15
	Обозначить на культе карандашом вершину большого вертела, конец бедренной кости, место связки, угол и ширину туберной площадки, все костные выступы и болезненные места. Вырезать накладки из пенополиуретана и наложить на отмеченные места, надеть на культю чехол предохранительный.	20
2	Изготовить гипсовый негатив: увлажнить гипсовые бинты в теплой воде (25-30)°, слегка отжать. Наожить туры гипсовых бинтов на культю сверху вниз с захватом промежности, паховой области, в зоне большого вертела. Моделировать негатив в области тубера, большого вертела, промежности, переднего пелота, сухожилий приводящих мышц и дистального отдела культи.	25
3	Снять негатив с культи. Если сделан надрез, то сравнять разрезанные края и сверху наложить увлажненный гипсовый бинт.	5
4	Сушить негатив в термошкафу при температуре (60-70)° С в течение 12 часов.	720
5	Смазать внутреннюю поверхность негатива вазелином, установить негатив в устройство для заливки негативов, приготовить гипсовый раствор из 40% воды и 60% гипса и залить им негатив, установить в негатив стержень, выдержать в течение 30 минут при температуре (18-25)° С.	40
6	Освободить позитив от негатива, обработать позитив, сверить в замерами, снятыми с культи, скорректировать позитив, при необходимости гипсовым раствором, шлифовать поверхность позитива.	15

7	Сушить позитив в термошкафу в течение 48 часов при температуре (60-70)°С.	2880
Всего:		3680

Результаты

Время изготовления позитива с помощью цифровых технологий затрачено в разы меньше, чем при методе гипсования.

Отметим некоторые преимущества при выборе первого метода (метода цифровых технологий) в сравнении со вторым (гипсовым):

а) ускорение производственного процесса;

б) отсутствие грязной работы с гипсовым раствором при работе с пациентом;

в) нет необходимости в специальном помещении для снятия слепков;

г) мерки можно снимать в любом месте нахождения пациента;

д) при наличии интернет связи можно сразу отправить файл с мерками в работу.

И некоторые недостатки:

а) высокая стоимость оборудования, программного обеспечения и обслуживания;

б) необходимость трудоемкого обучения специалистов по направлению пользования станком ЧПУ или прием на работу готового специалиста.

в) сложность конвертации файлов из CAD программ, в программы CAM.

Выводы

Данный метод изготовления приемных гильз протезно-ортопедических изделий с использованием цифровых технологий:

1. Не требует изготовления гипсового негатива с культи пациента, что особенно важно при ранней реабилитации и изготовлении протеза в кратчайшие сроки после ампутации;
2. Позволяет осуществлять дистанционный прием анкет пациента для изготовления гильзы на базе предприятия;
3. Обеспечивает возможность дистанционного изготовления не только гильзы, но и целого протеза на базе предприятия;
4. При передаче подготовленного файла из CAD программы зарубежному партнеру-производителю компонентов протеза обеспечивает возможность получения дистанционного изготовленного целого протеза в собранном или разобранном виде, что освобождает поставщика от НДС при ввозе товара на территорию РФ;
5. Обеспечивает изготовление моделей тела человека, которые по весу гораздо легче, чем гипсовые аналоги (особенно важно при изготовлении корсетов);
6. Обеспечивает высокую точность и возможность всегда вернуться при работе в CAD программе к предыдущему шагу, чтобы устранить ошибки и неточности, что невозможно при работе с гипсом;
7. Позволяет производить оцифровку всех слепков/позитивов/моделей тела человека, в том числе изготовленных при помощи гипсовых технологий, и хранение их в электронном архиве предприятия, что вызывает удобство наблюдения за клинической картиной состояния пациента, сокращение временных затрат на изготовление ПОИ при повторном обращении пациента и поиск оптимальных решений при выборе варианта приемной гильзы, в т.ч. ее посадочного кольца;
8. Дает меньший процент брака и легкость утилизации отходов;
9. Уменьшает суммарные затраты времени и средств на изготовление качественного изделия;
10. Увеличивает производительность труда в разы;
11. При отсутствии протезистов высокого класса обеспечивает общий средний уровень качества изготовленных протезно-ортопедических изделий;
12. Позволяет добиться качественного протезирования/ортезирования сложных категорий пациентов (дети, пациенты с большой массой тела, пациенты, которые по тем

или иным причинам не могут посетить предприятия для снятия слепка, пациенты с парными ампутациями), что достаточно сложно обеспечить стандартными способами с применением гипсовых технологий.

Список литературы:

1. Презентация «Цифровые технологии в протезно-ортопедической отрасли». Москва: ООО «ОТТО БОКК СЕРВИС» 2019, 46 стр.

УДК 616-08-039.73

ЭТАПЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЛЕЧА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Ивасюк Г.В., Ямалдинова Е.А.

КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»
Россия, Хабаровск
СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»
Россия, Санкт – Петербург

TRAUMATIC SHOULDER INJURY. STAGES OF REHABILITATION

Ivasyuk G.V., Yamaldinova E.A.

"Regional clinical hospital №2" Russia, Khabarovsk
"Hospital for veterans of wars"
Russia, St.Petersburg

Аннотация: Предложен алгоритм действия для специалистов различного профиля, участвующих в процессе реабилитации пациентов с травмой плеча в постиммобилизационном и позднем послеоперационном периодах.

Разработаны рациональные программы комплексного лечения для каждого этапа реабилитации. Представлен клинический случай.

Abstract: The algorithm to treat traumatic shoulder injury in the post-immobilization and late postoperative periods is proposed for specialists of various profiles. Rationalprograms of complex treatment for each stage of rehabilitation are developed. Clinical case.

Ключевые слова: авторская методика «Восстановительное лечение больных, перенесших травматическое повреждение плеча», этапы реабилитации, мультидисциплинарный подход.

Key words: the author's method "Rehabilitation treatment of patients with traumatic shoulder injury", stages of rehabilitation, multidisciplinary method.

Актуальность.

Патология плечевого сустава объединяет достаточно большую и разнородную группу заболеваний и последствий травм, для которой характерны такие общие симптомы как боль и ограничение амплитуды движений [8]. Вся неврологическая патология, так или иначе, приводит к изменению двигательной сферы на макро – и микроуровне [4]. Тем более, это актуально при сочетанном поражении опорно - двигательной и нервной систем. Организм отвечает на травму нервно-рефлекторными реакциями, имеющими общие и местные проявления [3,4]. Одним из обязательных условий для полноценного заживления повреждений (костных, хрящевых, сухожильных) является ранний двигательный режим при условии адекватной адаптации и стабильности [2,6]. Главенствующее значение в восстановительной терапии принадлежит лечебной физкультуре, как основному фактору реабилитации [5,7]. Значение движений при восстановлении травмированных тканей неоспоримо. Костная ткань поврежденной конечности при пассивном ее положении

восстанавливает свою структуру «без всякого плана», при применении активных движений архитектоника кости восстанавливается аналогично, как и в нормальной (здоровой) кости» [2].

Создание алгоритма действия для специалистов различного профиля, участвующих в процессе реабилитации и составляющих так называемую мультидисциплинарную бригаду, а также, разработка рациональных методов для восстановления утраченных функций нервно-мышечного аппарата является актуальной медико-социальной задачей, для решения которой предложена авторская методика «Восстановительное лечение больных, перенесших скелетную травму» [1].

Целью работы явилось повышение эффективности лечения травмированных, находящихся в постиммобилизационном и позднем послеоперационном периодах.

Материалы и методы.

В основу работы легла методика «Восстановительное лечение больных, перенесших скелетную травму». Методика зарегистрирована в Российском авторском обществе [1], как вариант комплексной реабилитации больных в постиммобилизационном (позднем послеоперационном) периоде в травматологии и ортопедии. Может использоваться как в условиях стационара, так и в амбулаторных условиях.

В отличие от стандартных методик, не связанных между собой и носящих, в большей мере, рекомендательный характер, весь период лечения разделен на этапы или циклы, каждый из которых имеет фиксированную продолжительность (10 рабочих дней или 2 календарные недели) и собственные задачи:

I. Снижение или полное купирование болевого и отечного синдромов, пассивное растяжение контрагированных мышц и увеличение объема движений во всех заинтересованных суставах;

II. Окончательное купирование отечного синдрома, пассивно-активное растяжение контрагированных мышц и увеличение объема движений в пораженном суставе с использованием собственного веса пациента или дополнительного отягощения;

III. Закрепление полученных ранее результатов; опосредованная тренировка мышц пораженного сегмента и продолжающееся пассивно- активное растяжение контрагированных мышц; увеличение объема движений в пораженном суставе с использованием собственного веса пациента, в сочетании с активным натяжением контрагированных мышц.

Оценка динамики восстановления функции и эффективности лечения проводилась в начале и в конце каждого цикла реабилитации. С целью контроля эффективности лечения были использованы данные соматометрических (углометрия, легометрия), общеклинических (термометрия, показатели общего анализа крови) исследований, с целью оценки степени повреждения и контроля динамики восстановления функции нейромышечного аппарата - ЭМГ (стимуляционная) [4].

Основной целью первичного осмотра является определение объема произвольных движений в суставах поврежденной и здоровой соименной конечности, выявление сопутствующих двигательных и соматических нарушений. Далее определяется:

1) Причина нарушений движений в суставе: нарушение иннервации или наличие посттравматической контрактуры;

2) Качество и выраженность жалоб на наличие болевого синдрома, отечного синдрома, симптомов нарушенной иннервации.

Дальнейшие действия определяются алгоритмом принимаемого решения (Рис.1).

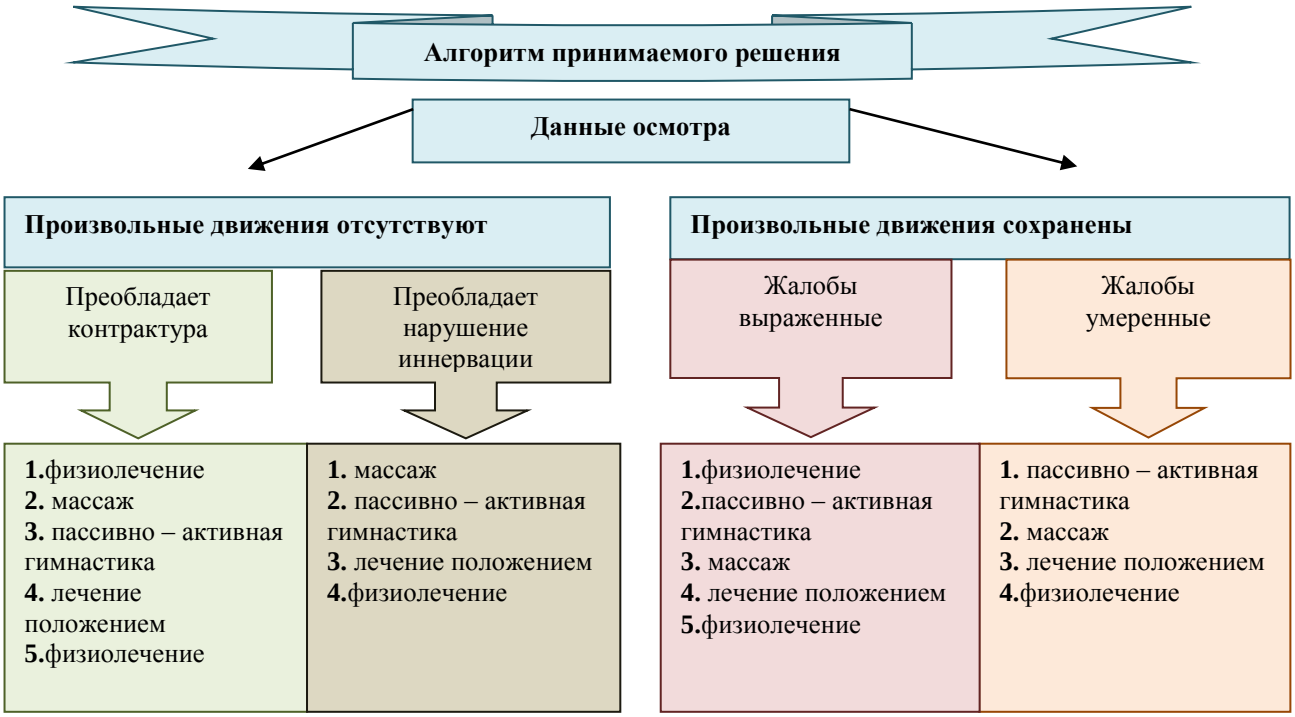


Рис.1 Алгоритм принимаемого решения

Учитывая подход к выбранным лечебным факторам, существует необходимость в участии нескольких специалистов медицинской реабилитации, а именно врача-невролога, травматолога, врача по лечебной физкультуре, врача-физиотерапевта, а также, инструктора ЛФК, медицинской сестры по физиотерапии и массажу. Эти специалисты работают согласованно и составляют мультидисциплинарную бригаду. Нами был использован сочетанный эффект мануального воздействия и лечения положением, средств лечебной физкультуры и физиотерапевтических факторов. Основным средством терапии был избран индивидуально составленный комплекс лечебной гимнастики и строго определенная последовательность применения немедикаментозных средств лечения

(Рис.2).

Рис. 2 Применяемые немедикаментозные методы лечения

Клинический пример: женщина 53 лет, падение на руку с высоты роста. Диагноз: Грубая контрактура всех суставов правой верхней конечности смешанного характера на фоне срастающегося перелома с/з плечевой кости, фиксированного пластиной LCP, осложненного повреждением ротаторной манжеты правого плеча (посттравматический тендинит надостной мышцы, импиджмент синдром), посттравматической грубой

невропатией лучевого нерва на уровне н/з плеча, туннельными синдромами локтевого нерва на уровне кубитального и карпального каналов.

Данные первичного осмотра.

Жалобы: Отсутствие произвольных движений в суставах правой верхней конечности, чувство онемения, «прострелы» в области правого предплечья и кисти, интенсивный болевой синдром.

Со стороны поврежденной верхней конечности отмечается практически полное отсутствие произвольных движений, суммарная мышечная сила 2 балла. Результаты ЭМГ:

1) Регистрируются признаки грубой невропатии лучевого нерва (вероятно, на границе средней и нижней третей плеча). Тип поражения преимущественно аксональный;

2) Регистрируются минимальные произвольные движения в общем разгибателе пальцев справа;

3) Регистрируются признаки умеренной сенсорной невропатии локтевого нерва справа.

Первый этап (цикл).

План лечения:

1. Массаж

1.1. Массаж спины: классический медицинский. Цель: купирование болевого синдрома, обусловленного мышечным напряжением (длительно удерживаемая поза).

1.2. Массаж свободной верхней конечности: лимфодренажная методика в сочетании с пассивной гимнастикой. Цель: купирование отечного синдрома и увеличение подвижности суставов.

2. Лечебная гимнастика

2.1. Пулитерапия, велотренажер ручной;

2.2. ППМ (продолжительная пассивная мобилизация) плечевого и лучезапястного суставов;

2.3. БОС (биологически обратная связь) – тренинг мышечного корсета плечевого сустава: три поля в направлении основных движений (электроды на каждую из порций дельтовидной мышцы);

2.4. БОС – тренинг мышц предплечья.

3. Лечение положением

3.1. Отводящая мягкая шина для плечевого сустава - использование при процедуре БОС – тренинга. Цель – создание облегченных условий для работы денервированных и гипотрофированных мышц.

3.2. Гипсовые лонгеты (позиционные) для лучезапястного сустава и предплечья. Использование при: процедурах ЛГ и БОС - тренинга; физиотерапевтических процедурах; бытовых действиях.

3.3. Тейпирование кисти и лучезапястного сустава. Цель - удержание физиологического положения и активизация поврежденной конечности; улучшение лимфотока по поверхностным лимфатическим сосудам; купирование отечного синдрома.

4. Физиотерапевтическое лечение (цель: оказание обезболивающего, противовоспалительного, противоотечного, сосудистого, репаративно- регенеративного, трофостимулирующего воздействия):

4.1. Бегущее магнитное поле на проекцию правого плечевого сплетения и верхнюю конечность;

4.2. Фонофорез 1% Гидрокортизоновой мази (область правого плечевого сустава, правого лучезапястного сустава).

4.3. Электростатический массаж «Хивамат» шейно-воротниковой зоны и верхней конечности (глубокая осцилляция тканей);

4.4. Криотерапия зон наибольшей болезненности (область суставов правой верхней конечности).

5. Медикаментозная поддержка (определяется неврологом):

5.1. Микроциркулянты (трентал 20% - 5,0 на физрастворе в/в капельно №10);

5.2. Препараты тиоктовой кислоты (в/в капельно №10);

5.3. Витамины группы В.

После окончания инъекционного курса переходят на таблетированные формы. Курс рассчитан в среднем на 1,5 – 2 месяца.

Данные повторного осмотра (конец I начало II циклов).

Жалобы: Прежние, но отмечает некоторое облегчение в использовании конечности в быту. Дополнительно - жалобы на нарушение ночного сна.

Со стороны поврежденной верхней конечности - суммарная мышечная сила возросла до 3 баллов, отмечается некоторое восстановление объема произвольных движений. Данные контрольной ЭМГ срединного и локтевого нервов справа: показатели проведения по моторным и сенсорным волокнам в пределах нормы. Сохраняются признаки грубого аксонального поражения моторных волокон лучевого нерва справа, отмечается нарастание амплитуды моторного ответа. По данным поверхностной ЭМГ с Extensor indicis справа, интерференционный паттерн низкоамплитуден, разрежен, амплитуда несколько наросла.

Второй этап (цикл).

1) В основу взят план лечения предыдущего этапа, добавлено: ДЭНАС – терапия при проведении пассивной гимнастики; упражнения с гимнастической палкой; электронейромиостимуляция; ТЭС-терапия. Цель: купирование отечного синдрома, восстановление нейропроводимости и функции паретичных мышц, увеличение подвижности суставов, седативное действие.

Данные повторного осмотра (конец II начало III циклов).

Со стороны поврежденной верхней конечности - суммарная мышечная сила возросла до 4 баллов, отмечается облегчение в использовании конечности в быту.

Полностью восстановлен почерк. Остаются жалобы на нарушение ночного сна. Контрольная ЭМГ: 1) Регистрируются признаки грубой невропатии лучевого нерва (вероятно на границе средней и нижней третей плеча). Тип поражения преимущественно аксональный. Регистрируются удовлетворительные произвольные движения в общем разгибателе пальцев справа; 2) Регистрируются признаки лёгкой сенсорной невропатии локтевого нерва справа в остеофиброзной части кубитального канала (туннельный синдром). Тип страдания аксональный.

Третий этап (цикл).

В основу взят план лечения предыдущего этапа, добавлено: ПИР мышц шеи, длинных мышц спины; пулитерапия с грузом (постепенно с 0,5 кг до 4 кг); Цель: нормализация мышечного тонуса и увеличение подвижности суставов.

Данные повторного осмотра (начало IV цикла).

Со стороны поврежденной верхней конечности - суммарная мышечная сила сохраняется на прежнем уровне (4 балла), сохраняются жалобы на слабость в мышцах руки, ощущение мления, «затекания». Пациентка отмечает значительное облегчение при использовании конечности в быту. Ночной сон нормализовался.

Четвертый этап (цикл).

В основу взят план лечения предыдущего этапа, добавлено: отжимания вначале от стены, далее от пола, с опорой на колени; упражнения с гимнастической палкой с утяжелением, постепенно возрастающим до 5 кг; лимфадренаж импульсным током «Лимфавижн». Цель: лимфадренаж, нормализация мышечного тонуса, наращивание мышечной массы и силы мышц руки, увеличение объема движений в плечевом суставе.

Результат лечения.

Практически полное восстановление функции верхней конечности.

Пациентка вернулась к прежней профессии (логистика), водит автомобиль.

Контрольная ЭМГ через 2 года: при исследовании двигательных (локтевой, лучевой, срединный), чувствительных (лучевой, латеральный кожный нерв предплечья) нервов

правой руки - со стороны лучевого нерва выявлена негрубая аксонопатия с неполным блоком проведения на уровне верхней трети предплечья. В сравнении с ЭМГ 2-х летней давности - значительное улучшение в виде нарастания амплитуды М-ответа. Со стороны сенсорного лучевого нерва - нерезко выраженная демиелинизация в дистальном отделе (кисть). С целью определения функционального состояния мышцы предплечья справа, иннервируемой лучевым нервом - проводится ЭМГ. Выделены единичные потенциалы денервационной (ПОВ) и неврогенной (1 ПФЦ) активности. ПДЕ значительно изменены по неврогенному типу. В целом, данных за текущий процесс в исследованной мышце нет. Признаки перенесенного денервационно-реиннервационного процесса (ДРП) связанного с нарушением функции данного (лучевого) нерва.

Выводы:

1. Предложенная методика является универсальной и может быть использована при скелетной травме любой локализации.
2. Мультидисциплинарный подход к процессу реабилитации является рациональным и оправданным.
3. Для объективизации результатов лечения необходимо разработать оптимальный комплекс шкал и тестов, в соответствии с современными требованиями доказательной медицины.

Список литературы:

1. Авторское свидетельство № 11368. Восстановительное лечение больных, перенесших скелетную травму: методика / Г. В. Ивасюк, Е. А. Ямалдинова; выдано Российским Авторским Обществом 13.02.2007 г., г. Москва, 2007 г.
2. Баскевич, М. Я. Актуальные вопросы регенерации, остеорепарации и лечения переломов. – Тюмень, [1989]. – Деп. в НПО «Союз.мед. информ», 11.09.1989, № 18420
3. Белякин С.А., Юдин В.Е., Еделев Д.А., Бурлак А.М. – Биомеханическая коррекция вертеброгенных нарушений у раненых с последствиями боевой травмы верхней конечности. // Вестник восстановительной медицины, 2012, №3, стр. 31 – 33
4. Белова А.Н., Прокопенко С.В. Нейрореабилитация.-3-е изд. М., 2010 г. – 1288 с.
5. Ивасюк, Г.В. Восстановительное лечение больных, перенесших скелетную травму: пособие для обучающихся по осн. проф. образоват. программам высш. образования – подгот. кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальностям: Лечеб. физкультура и спорт. медицина, Травматология и ортопедия: рекомендовано УМО по мед. и фармацевт. образованию вузов России/ В.Е. Воловик, Л.Д.Сковычева, Е.А.Ямалдинова – Хабаровск: Ред.-изд. Центр ИПКСЗ, 2014г. – 88с.
6. Восстановительное лечение больных, перенесших скелетную травму / Г. В. Ивасюк, В. Е. Воловик, Л.Д. Сковычева [и др.] // Якутский медицинский журнал.– 2009. – № 4 (28). – С 99–102.
7. Новый подход к восстановлению работоспособности лиц, перенесших скелетную травму/ Е.А. Ямалдинова, Г.В. Ивасюк, Л.Д. Сковычева, Н.П. Ивасюк // Безопасность в строительстве: материалы II Международной науч.-практ. конф., г. Санкт – Петербург, 27 – 28 ноября 2014. – С. 143 – 147.
8. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. В 2-х т. / ред. А. Н. Белова, О. Н. Шепетова. – Т. 2-й. – М.: АОЗТ «Антидор», 1998. – С 341

РАЗДЕЛ 6 ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОСТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

SECTION 6 INNOVATIVE TECHNOLOGIES OF RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY

УДК 617 + 617.3

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ

Потемкина С.В., Ишутина И.С., Стадникова Г.Б.

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

OPTIMIZATION OF REHABILITATION OF PATIENTS AFTER HIP REPLACEMENT USING BIOFEEDBACK TRAINING

Potemkina S.V., Ishutina I.S., Stadnikova G.B.

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

Аннотация: Обследовано 76 больных после эндопротезирования тазобедренного сустава, проходившие медицинскую реабилитацию на хирургическом отделении клиники ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. Эффективность медицинской реабилитации пациентов, участвовавших в исследовании, оценивалась комплексно на основе результатов клинического обследования с позиции Международной классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

Подтверждено, что применение тренировки с биологической обратной связью быстро и эффективно снижает интенсивность болевого синдрома, восстанавливает функцию ходьбы, возвращает к прежнему активному образу жизни и трудовой деятельности у пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Abstract: Examined 76 patients after hip replacement surgery held medical rehabilitation at the surgical Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht". The effectiveness of medical rehabilitation of patients participating in the study was evaluated comprehensively on the basis of the results of clinical examination from the position of the international classification of functioning, disability and health.

It is confirmed that the use of biofeedback training quickly and effectively reduces the intensity of pain, restores the function of walking, returns to the former active lifestyle and work in patients after hip replacement.

Ключевые слова: реабилитация; эндопротезирование, тазобедренный сустав, тренировка, биологическая обратная связь.

Key words: rehabilitation; arthroplasty, hip joint, training, biofeedback.

Актуальность. По прогнозам ВОЗ количество заболеваний и повреждений тазобедренного сустава будет расти с увеличением продолжительности жизни и общим старением населения [1, 2]. При этом удельный вес заболеваний и повреждений тазобедренного сустава среди патологии опорно-двигательной системы увеличится на 80 % [1].

Эндопротезирование – один из основных высокотехнологичных методов лечения тяжелых форм дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава,

переломов шейки бедра и их последствий. Ежегодно в мире выполняется более 450 тыс. таких операций [3, 7].

Своевременная комплексная восстановительная терапия позволяет закрепить результаты операции. Все реабилитационные мероприятия при эндопротезировании тазобедренного сустава подразделяют на 3 периода: предоперационный (1,5–2 недели до операции); послеоперационный (от 1,5 мес. до 8–10 мес. после операции); резидуальный (от 11 мес. и более после операции) [4,5, 6].

Укрепление и сохранение жизненных функций, обеспечение высокого уровня физической работоспособности, качества жизни является одной из актуальных задач реабилитации больных, перенесших операцию эндопротезирования тазобедренного сустава.

Методика БОС (биологическая обратная связь) – это волевое управление организмом, которое осуществляется путем контроля отдельных его параметров (давление, пульс, мышечное напряжение и т.д.). Осознанное управление различными физиологическими параметрами позволяет человеку не только совершенствовать свой организм, но и восстанавливать его при различных патологических состояниях. Во время сеанса БОС человеку по каналам искусственной обратной связи (визуальной, акустической или тактильной) передается информация о нынешнем состоянии какой-либо физиологической функции (например, мышечное или нервное напряжение). Именно наличие информации в «осязаемом» виде позволяет в дальнейшем сознательно контролировать свой организм.

Цель: оценить эффективность реабилитационных мероприятий у пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава в комплексной реабилитации с применением тренировки с биологической обратной связью.

Материал и методы. Проведено обследование 76 пациентов в возрасте от 40 до 60 лет после эндопротезирования тазобедренного сустава (в течение первого года после оперативного лечения), проходивших медицинскую реабилитацию на хирургическом отделении клиники ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России за период с января 2018 г. по декабрь 2018 г.

Проведен сбор анамнеза и жалоб пациентов, исследован углубленный ортопедический статус. В процессе исследования применяли цифровую рейтинговую шкалу боли (NRS), оценку мышечной силы (по 5-бальной шкале), темпа и скорости ходьбы, количество шагов в минуту.

Все пациенты были трудоспособного возраста (от 40 до 60 лет), 42 женщины и 34 мужчин. Длительность пребывания в клинике составила 24 дня. Обследуемые были распределены на 2 группы по 38 человек в каждой (первая группа – исследовательская, вторая – контрольная).

У всех пациентов отмечался болевой синдром от 4 до 6 баллов по цифровой рейтинговой шкале боли. Снижение мышечной силы от 3 до 4 баллов. Нарушение функции ходьбы в виде снижения скорости ходьбы - 3-4 км/час, темпа ходьбы - от 60 до 90 шагов в минуту.

Пациентов получали медикаментозное лечение (нестероидные противовоспалительные препараты, витамины группы В, миорелаксанты, сосудистые препараты), физиотерапевтическое лечение и лечебную физкультуру по 10 процедур каждой: массаж, магнитотерапия, лазеротерапия, УВЧ, лечебная гимнастика в группе, гидрокинезотерапия (занятия в бассейне), орторелаксация.

В первой (исследовательской) группе пациенты, помимо перечисленных методов лечения, так же использовалась дополнительно тренировка с биологической обратной связью (БОС).

Эффективность медицинской реабилитации пациентов, участвовавших в исследовании, оценивалась комплексно на основе базового набора международной

классификации функционирования и ограничений жизнедеятельности (МКФ) [8,9] и стандартных методов оценки (см. таблицу 1).

Таблица 1 – Методы оценки категорий МКФ

Категории МКФ	Методы оценки
b 280 Ощущение боли	Цифровая рейтинговая шкала боли
b 7100 Подвижность одного сустава	Гониография (измерение угловых перемещений в эндопротезированном тазобедренном суставе)
b 7301 Сила мышц одной конечности	Оценка мышечной силы (по 5-бальной шкале)
b 770 Функции стереотипа походки	Оценка походки при визуальном осмотре
d 450 Ходьба	Двигательная проба (измерение скорости и темпа ходьбы в минуту)
d 540 Одевание	Двигательная проба (время одевания и снятия одежды и обуви)

Результаты.

По результатам проведенного курса комплексной медицинской реабилитации в первой группе уже на 15 день пребывания в клинике в 97% случаев отметили уменьшение интенсивности болевого синдрома (b 280 ощущение боли) с 4-6 до 2-3 баллов, в 80% случаев увеличение амплитуды движений в эндопротезированном тазобедренном суставе (b 7100 подвижность одного сустава) на 10-20 град в разных плоскостях, в 85% случаев увеличение силы мышц прооперированной конечности (b 7301 сила мышц одной конечности), в 75% случаев улучшение походки (b 770 функции стереотипа походки, d 450 ходьба) до 100 шагов в мин. или 5 км/час, а так же увеличение скорости манипуляций с одеждой и обувью (d 540 одевание). В контрольной группе эффективность реабилитационных мероприятий по вышеуказанным критериям отмечалась только на 21 день пребывания в клинике и только лишь в 55% случаев.

Таким образом, при включении в курс комплексной реабилитации после эндопротезирования тазобедренного сустава тренировки с биологической обратной связью получен более быстрый и качественный эффект от проведенных реабилитационных мероприятий, в сравнении с контрольной группой, что позволяет пациентам в более короткие сроки вернуться к прежнему активному образу жизни и трудоспособности.

Список литературы:

1. Выступление генерального секретаря ООН Кофи Аннана на второй Всемирной Ассамблее по проблемам старения [Текст] / ООН в России, 2 (21) март–апрель 2002.

2. Всемирный доклад о старении и здоровье. ВОЗ. 2015 г.: [Электронный ресурс], режим доступа: www.who.int /ageing/publications/world – report –2015/ru/, – дата обращения: 18.07.2018

3. Загородний Н.В., Эндопротезирование тазобедренного сустава. Основы и практика: руководство/ Н. В Загородний //М.: ГЭОТАР – Медиа, -2013. –704с.

4. Ишутина И.С., Гальянов А.А., Применение международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки степени выраженности фасилитаторов в группе инвалидов с деформирующим остеоартозом нижних конечностей /И.С. Ишутина, А.А. Гальянов //Инвалидность и реабилитация.- Материалы научно-практической конференции с международным участием в рамках

мероприятий государственной программы "Доступная среда". Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации.- 2016. -С. 190-193.

5. Кораблева Н. Н., Комплексная реабилитация пациентов с остеоартрозом крупных суставов [Электронный ресурс], режим доступа: www. lvrach.ru/2016/04/15436442/ – дата обращения: 18.07.2018

6. Травматология. Национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2017.

7. Конева Е.С., Лядов К.В., Шаповаленко Т.В., Жукова Е.В., Полушкин В.Г., Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры/ Е.С. Конева, К.В. Лядов, Т.В. Шаповаленко, Е.В., Жукова, В.Г. Полушкин // 2018.- Т.- 95.-№1.- С. 26-34.

8. International Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva, WHO, 2001.

9. Г.Н. Пономаренко, И.С. Ишутина, А.В. Шошмин, С.В. Потемкина / Заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата // Реабилитация инвалидов: национальное руководство, под ред. Г.Н. Пономаренко М.: ГЭОТАР-Медиа. 2018. – 736 с.: ил. – (Серия «Национальные руководства»). – Глава 32. С. 466. ISBN 978-5-9704-4589-1

УДК 616.711.6-089-036.8

ФОРМИРОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОРСОПАТИЙ С ПОЗИЦИЙ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА

Святская Е.Ф.

Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Республика Беларусь, Минск

FORMATION OF INDIVIDUAL PROGRAM OF MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS AFTER SURGICAL TREATMENT OF DORSOPATHIES WITH THE POSITION OF A MULTIDISCIPLINARY APPROACH

Sviatskaya E.F.

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education,
Republic of Belarus, Minsk

Аннотация: В статье рассматриваются преимущества мультидисциплинарного подхода в реабилитации пациентов после оперативного лечения дорсопатий. Определяется место и роль каждого члена мультидисциплинарной бригады в реализации задач реабилитации. Подчёркиваются основные принципы проведения мультидисциплинарной бригадой реабилитационных мероприятий у пациентов после хирургического лечения дорсопатий.

Abstract: The article discusses the benefits of a multidisciplinary approach to rehabilitation of patients after surgical treatment of dorsopathies. The place and role of each member of the multidisciplinary team in the implementation of rehabilitation tasks is determined. The main principles of a multidisciplinary rehabilitation team in patients after surgical treatment of dorsopathies are emphasized.

Ключевые слова: дорсопатии, медицинская реабилитация, мультидисциплинарная бригада.

Key words: dorsopathies, medical rehabilitation, multidisciplinary team.

Дистрофические поражения позвоночника – самые распространенные патологические состояния человека, при которых в период активной трудовой деятельности (в возрасте 25-55 лет) наблюдаются выраженные клинические проявления, приводящие к временной нетрудоспособности, а в ряде случаев и к инвалидности. Изучение данной патологии в связи с ее высокой распространенностью, склонностью к хроническому течению, резистентности к проводимой терапии представляет одну из актуальных проблем научной и практической вертеброневрологии [1,2,6].

Использование полиморфизма терапевтических методов лечения при этом заболевании зачастую недостаточно эффективно и требует дальнейшего восстановление функций отдельных органов и систем. Нейрохирургическая коррекция компрессионного дискогенного синдрома на пояснично-крестцовом уровне в большинстве случаев приводит к объективному улучшению состояния пациентов. Вместе с тем болевой синдром после операции не устраняется сразу и полностью, в отдельных случаях наблюдается даже ухудшение самочувствия и качества жизни пациентов, дальнейшее снижение их трудоспособности, что вызывает необходимость интенсивной реабилитационной помощи с учетом клинических проявлений и индивидуальных личностных особенностей. Несомненно, такое вмешательство является частью сложной системы комплексного реабилитационного воздействия на организм, включая все аспекты реабилитации: психологический, медикаментозный, физический, профессиональный, социальный, экономический. На окончательный результат медицинской реабилитации оказывают влияние своевременность, адекватность и правильность выбора тактики проведения реабилитационных мероприятий, координация и согласованность деятельности врачей различных специальностей, участвующих в реабилитационном процессе [3,6,8]. Региональное бюро всемирной организации здравоохранения по европейским странам предложило бригадную форму в качестве модели организации восстановительного лечения и реабилитации, основанную на принципе работы мультидисциплинарной реабилитационной бригады (МДБ) [12].

Цель исследования – оценить эффективность комплексной программы ранней медицинской реабилитации пациентов после нейрохирургических операций по поводу дистрофических поражений поясничного отдела позвоночника с позиций мультидисциплинарного подхода.

Методы исследования. Обследовано 67 человек, перенесших нейрохирургическое лечение по поводу дискогенных компрессионных синдромов на пояснично-крестцовом уровне, проходивших медицинскую реабилитацию в условиях Республиканской клинической больницы медицинской реабилитации (РКБМР).

В группу наблюдений вошли 35 мужчин (52,2%) и 32 женщины (47,8%) в возрасте от 30 до 50 лет.

По уровню поражения позвоночного двигательного сегмента (ПДС) обследованные распределились следующим образом: L_V-S_I – 46,3%, L_{IV}-L_V – 29,8%, L_{IV}-L_V, L_V-S_I – 20,9%, L_{III}-L_{IV} – 3,0%. Основным морфологическим субстратом, подвергшемся нейрохирургической коррекции была грыжа межпозвонкового диска, воздействующая на содержимое позвоночного канала.

Перевод пациентов в отделение медицинской реабилитации из нейрохирургических отделений осуществлялся на 10-14 сутки после операции.

В отделении ранней медицинской реабилитации пациенты осматривались членами мультидисциплинарной бригады, в состав которой входили: врач-невролог, имеющий специальную подготовку по реабилитологии, клинический психолог, врач лечебной физкультуры и инструктор-методист по физической реабилитации, врач-физиотерапевт, психотерапевт, медицинские сестры, обученные методам медицинской реабилитации. По показаниям в состав МДБ включались ортопед, терапевт, социальный работник и др. Осмотр членами МДБ проводился при поступлении пациента, а затем еженедельно, а при

необходимости и чаще, с целью динамического наблюдения и коррекции реабилитационной программы [4,5].

Членами МДБ проводилась совместная оценка характера и степени выраженности функциональных нарушений пациентов, анализ проблем каждого пациента индивидуально, формулировка реабилитационного диагноза, постановка конкретных, реально выполнимых краткосрочных и долгосрочных задач по восстановлению нарушенных функций пациента, составление индивидуальной реабилитационной программы, объективная этапная оценка достигнутых пациентом результатов для последующей коррекции и планирования дальнейших восстановительных мероприятий [4,5,7].

Ведущим врачом и координатором работы всей бригады являлся лечащий врач (невролог). В его задачу входила детальнейшая оценка клинического статуса пациента с применением как неврологического осмотра, так балльной оценки по шкалам, отражающим как функциональное состояние нервной системы, так и активность пациента в быту, а также качество жизни; выбор оптимальных методов лечения с учетом пато- и саногенетических реакций, уровня и характера поражения, степени функциональных расстройств, с ежедневной коррекцией применяемых методик в зависимости от динамики процесса восстановления; адекватное медикаментозное лечение и организация ухода за пациентом; оценка результатов реабилитации.

Клинический психолог оценивал мотивации пациента к реабилитационному лечению и долю активного участия в нем самого пациента, учитывая особенности психологического и социального статуса. По показаниям осуществлял терапевтическую коррекцию настроения, поведенческих реакций, мотиваций пациента к восстановлению здоровья и социальной активности, давал рекомендации другим специалистам МДБ, родственникам по особенностям ведения реабилитационного процесса.

В задачу врача лечебной физкультуры входила детальная оценка нарушения статодинамических функций позвоночника и функциональных возможностей пациента и составление программы восстановления статического и динамического стереотипов.

Инструктор-методист по физической реабилитации обеспечивал реализацию программ по двигательной реабилитации и решал вопросы по использованию вспомогательных технических средств реабилитации.

Физиотерапевт реализовывал сформированные бригадой цели и задачи реабилитации посредством использования лечебных физических факторов (естественных и преформированных) с целью реорганизации и восстановления функций позвоночника, мышечно-связочного аппарата на основе профилактического, патогенетического и симптоматического подходов.

Психотерапевт выявлял психопатологические расстройства у пациента, такие как депрессия, тревожное расстройство, нарушение сна и др. и проводил их коррекцию [4,5,7,9].

Оценка функциональных нарушений при поступлении и при выписке включала: объективный осмотр, состоящий из сбора жалоб и анамнеза, нейроортопедического (конфигурация позвоночника, состояние паравертебральной мускулатуры, объем пассивных и активных движений в позвоночнике, характер походки, возможность ходить на пятках и носках) и собственно неврологического (исследования рефлекторной, двигательной, чувствительной сфер, симптомов натяжения) осмотров; использование валидизированных шкал и опросников (опросник боли МакГилл, визуальная аналоговая шкала, специальные опросники для диагностики невропатической боли DN4 и PainDETECT, опросник оценки боли, функционального и экономического состояний при хронических болях в спине); инструментальных методов исследования (спондилография, компьютерная и магнитно-резонансная томография, электронейромиография, ультразвуковая сонография и пр.) по показаниям [3,8,10,11].

В качестве неврологического дефицита в 93,6% случаев преобладали умеренный болевой и рефлекторно-тонический синдромы, и лишь у 6,4% пациентов диагностирован легкий болевой синдром. Кроме того, у ряда пациентов имели место гипотония и слабость мышц, иннервируемых пораженным сегментом или корешком. Вегетативно-сосудистые проявления патологического процесса характеризовались сухостью, гипергидрозом, бледностью, мраморностью кожных покровов дистальных отделов пораженной конечности, снижением пульсации артерий на тыле стопы.

Длительность пребывания в стационаре составила от 21 до 28 дней.

В индивидуальной реабилитационной программе акцент делался на лечебную гимнастику, включающую групповую гидрокинезотерапию и занятия в гимнастическом зале, где упражнения проводились в положении гравитационной разгрузки – лежа на спине, на животе, на боку, в коленно-кистевом положении. Принципы кинезотерапии включали: стабилизацию ПДС путём нормализации мышечного тонуса (расслабление спазмированных мышц, стимуляция расслабленных) и «строительства» прочного мышечного корсета, формирование правильной осанки, создание и закрепление новых позолокомоторных навыков, формирование адекватного динамического и статического стереотипа, нормализацию подвижности в суставах конечностей, улучшение координации движений [1-3].

К гидрокинезотерапии приступали на 21 день после операции.

В качестве физиотерапевтических методов воздействия применяли: магнито-, лазеротерапию, д`арсонвализацию, синусоидальные модулированные токи, электрофорез аналгетиков, рассасывающих препаратов, нейротрофических средств, электростимуляцию ослабленных мышц, теплолечение, либо криотерапию, на заключительном этапе реабилитации – массаж.

Активная физическая реабилитация проводились на фоне поддерживающей медикаментозной терапии: сосудорегулирующие препараты, миорелаксанты, нестероидные противовоспалительные средства, нейромедиаторы, хондропротекторы. Все пациенты получали психологическую реабилитацию с целью уменьшения масштаба переживаний, коррекции внутренней картины болезни, ликвидации тревожных или депрессивных компонентов [3].

Проводилось обучение самих пациентов методам ЛФК, правилам поведения и распределения нагрузки на позвоночник в бытовых и производственных условиях, формирование установки на самостоятельное ежедневное повторение комплексов упражнений. Давались разъяснения по рациональному использованию корсетных изделий и вспомогательных технических средств реабилитации (трости, ортопедические стельки и пр.) [3,10,11].

Реабилитационная программа для каждого пациента была строго индивидуальной в соответствии с имеющимся клиническим синдромом и характером операции, возрастом, сопутствующими заболеваниями.

Результаты исследования и их обсуждение. Оценка болевого синдрома по завершении ранней медицинской реабилитации, как по данным клинического осмотра, так и на основании балльной оценки по шкалам показала, что более чем у половины обследованных (54,5%) умеренный болевой синдром уменьшился до лёгкого. При этом пациенты отмечали минимальное ухудшение экономического статуса и минимальные функциональные нарушения.

У 22,7% пациентов умеренный болевой синдром сохранялся, но изменилось качество сенсорного восприятия боли от «пульсирующей», «острой», «стреляющей», до «тупой», «ноющей», увеличился объём движений в позвоночнике, сформировался физиологический двигательный стереотип, при этом нормализовался эмоциональный уровень боли или трансформировался в адаптивный.

Полная ликвидация болевого синдрома достигнута у 20,5% обследованных. Пациенты отмечали нормализацию функционального состояния и готовность вернуться к

прежней трудовой деятельности с незначительными временными изменениями с целью стабилизации достигнутого эффекта. И лишь у 1 пациента с умеренным болевым синдромом динамики в состоянии достигнуто не было.

Среди пациентов с легким болевым синдромом у 40% болевой синдром ликвидирован полностью, а у 60% пациентов достигнута положительная динамика, но сохранялись признаки легкого болевого синдрома и субъективные жалобы на дискомфорт и незначительные преходящие боли в пораженном ПДС.

Положительный эффект комплексной медицинской реабилитации пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу дорсопатий – это результат работы высококвалифицированных специалистов единой команды (МДБ), которые работают с четкой согласованностью и координированностью действий, что обеспечивает целенаправленный подход в реализации задач реабилитации.

Подводя итоги всему вышеизложенному, можно сделать следующие **выводы:**

– принципиально важным аспектом при проведении ранней медицинской реабилитации пациентов, перенесших хирургическое лечение дорсопатии является мультидисциплинарный подход, осуществляемый бригадой высококвалифицированных специалистов с постановкой чётких бригадных целей реабилитации;

– неотъемлемым разделом индивидуальной программы медицинской реабилитации пациентов, перенесших хирургическое лечение дорсопатии является психологическая коррекция поведенческих реакций, мотиваций к реабилитации и социальной активности;

– квалифицированная кинезотерапия в оптимальные сроки способствует стабилизации ПДС, выработке адекватного двигательного стереотипа, формированию оптимального бытового поведения в повседневной жизни у пациентов, перенесших хирургическое лечение дорсопатии;

– гидрокинезотерапия является неотъемлемой частью реабилитационного процесса для нормализации мышечного тонуса в условия статической разгрузки в водной среде;

– для нормализации мышечного тонуса, уменьшения болевого синдрома и вегетативно-сосудистых проявлений, профилактики рубцово-спаечных осложнений целесообразно широкое применение физиотерапевтического воздействия.

Таким образом, применение мультидисциплинарной системы ранней медицинской реабилитации в послеоперационном периоде улучшает качество жизни пациентов, способствует уменьшению продолжительности временной нетрудоспособности, препятствует развитию обострений и декомпенсаций, снижает риск формирования инвалидности, что объясняет экономическую эффективность проводимых реабилитационных мероприятий.

Список литературы:

1. Епифанов, В.А. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика) /В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. - Москва: МЕДпресс-информ, 2004. - 272 с.

2. Заболевания периферической нервной системы и болевые синдромы. Новые аспекты патогенеза и лечения: Учебно-методический комплекс [Электронный ресурс] /Л.Е.Корнилова, Е.Л.Соков. – 2016. – Источник: http://pain-clinic.ru/umk2.html.

3. Святская, Е.Ф., Поясничный остеохондроз: диагностика, лечение, медицинская реабилитация /Е.Ф. Святская //Проблемы здоровья и экологии. – 2012. – №1 (31). – С. 85-92.

4. Скворцова, В.И., Епифанов, В.А., Гудкова, В.В., Петрова, Е.А. Мультидисциплинарный принцип организации реабилитационного лечения больных инсультом [Электронный ресурс]: https://medbe.ru/materials/lechebnaya-

fizkultura/multidistsiplinarnyy-printsip-organizatsii-reabilitatsionnogo-lecheniya-bolnykh-insultom/

5. Создание системы обучения мультидисциплинарной реабилитационной бригады. /В.В. Машин и др. // Избранные вопросы нейрореабилитации [Электронный ресурс]: материалы X международного конгресса «Нейрореабилитация — 2018» (Москва, 31 мая –1 июня 2018 г.) / редкол.: Г. Е. Иванова [и др.]. — Электрон. дан. — М., 2018. — С. 148-151. Режим доступа: congress-neuro.ru./sites/default/files/Materials_NR2018.pdf.

6. Филиппович, Н. Ф. Диагностика и лечение мышечно-тонических синдромов поясничного остеохондроза / Н. Ф. Филиппович, И. Ю. Криштофович // Искусство медицины. - 2008. - №. 1 - С. 13 - 16.

7. Ширшова, Е.В. Роль мультидисциплинарной бригады в восстановительном лечении больных с цереброваскулярными заболеваниями //Клиническая практика №3, 2011. С. 9-14.

8. Экспертно-реабилитационная диагностика боли в нижней части спины: Учебно-методическое пособие /Е.Ф. Святская и [др.]. – Мн.: БелМАПО, 2018. – 35 с.

9. Behm, J., Gray, N. (2012) Interdisciplinary rehabilitation team. Jones&Bartlett, 5, 51-62.

10. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management NICE guideline Published: 30 November 2016 nice.org.uk/guidance/ng59

11. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians Ann Intern Med. 2017;166:514-530. doi:10.7326/M16-2367.

12. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2005. Conquering suffering, enriching humanity.

УДК 617.3

ОРТЕЗИРОВАНИЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТА

Кольцов А.А., Джомардлы Э.И.

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

ORTHOTICS AND SURGICAL TREATMENT IN COMPLEX MEDICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH SPASTIC FORMS OF CEREBRAL PALSY DEPENDING ON THE LEVEL OF PHYSICAL ACTIVITY OF THE PATIENT

Koltsov A.A., Dzhomardly E.I.

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

Аннотация: Актуальность. Распространенность детского церебрального паралича (ДЦП) варьирует в диапазоне от 2,6 до 3,6 случаев на 1000 живорожденных детей, при этом отмечают, что наиболее частыми формами заболевания являются спастические, доля которых составляют не менее 80%. Особенностью указанных форм является раннее появление вторичных ортопедических осложнений со стороны опорно-двигательного аппарата. Использование технических средств реабилитации и, в первую очередь, ортезирования, а также хирургическое лечение являются неотъемлемыми компонентами комплексной медицинской реабилитации и направлены как на устранение деформаций, так и на расширение физических возможностей пациента глобально. **Цель.** Оценить

корреляционную связь спектра и частоты применения ортезов с частотой и вариантами оперативных вмешательств у детей со спастическими формами детского церебрального паралича в зависимости от уровня двигательной активности пациента в соответствии со шкалой GMFCS. **Материалы и методы.** Произведен ретроспективный анализ историй болезни 662 детей в возрасте от 2 до 17 лет, получавших комплексную медицинскую реабилитацию за период с 2007 по 2018 годы. Все пациенты распределены по тяжести двигательных нарушений по шкале GMFCS. Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакетов прикладных программ Statistica 10 и Microsoft Excel. **Результаты/выводы.** 1. Хирургическое лечение, как подготовительный к ортезированию этап, является неотъемлемым компонентом комплексной медицинской реабилитации детей-инвалидов со спастическими формами ДЦП. Частота и варианты ортезов, как и оперативных вмешательств, напрямую зависят от уровня двигательной активности пациента. 2. Цели как ортезирования, так и оперативных вмешательств меняются с увеличением тяжести двигательных нарушений. У пациентов с уровнями двигательной активности GMFCS 1-3 основной целью являлось увеличение самостоятельной опоры и передвижения, тогда как у пациентов с 4-5 уровнями – обеспечение возможности опоры (вертикализации), удержание положения сидя, уменьшение болевого синдрома, облегчение проведения гигиенических процедур.

Abstract: Introduction. According to different authors, the frequency of cerebral palsy (CP) varies from 2.6 to 3.6 cases per 1000 live births. Spastic forms of cerebral palsy is the most common form of the disorder, affecting around 80% of all people diagnosed. A feature of these forms is the earlier appearance of secondary orthopedic complications from the musculoskeletal system. The use of assistive products of rehabilitation and first of all orthosis as well as surgical treatment are integral components of comprehensive medical rehabilitation and are aimed both at eliminating deformities and expanding the physical capabilities of the patient. At the same time, in patients with different severity of violations frequency of application, the importance and interrelation of these or those methods is various. **Aim.** Assess the correlation of the spectrum and frequency of use of orthoses with the frequency and options of surgical interventions in children with spastic forms of cerebral palsy, depending on the level Gross Motor Function Classification System (GMFCS). **Materials and methods.** A retrospective analysis was conducted of 662 patients with spastic forms of cerebral palsy aged 2 to 17 years, for the period from 2007 to 2017. Statistical analysis of the results of the study was carried out using statistical analysis package Statistica 10 and Excel. **Results/ Conclusion.** 1. Surgical treatment, as a preparatory stage for orthotics, is an integral component of the comprehensive medical rehabilitation of disabled children with spastic forms of cerebral palsy. The frequency and variants of the orthoses, as well as surgical interventions, directly depend on the level of the patient's motor activity. 2. The aim of both orthotics and surgical interventions change with increasing severity of movement disorders.

Ключевые слова: дети, детский церебральный паралич, спастичность, хирургия, контрактуры, ортезы, реабилитация.

Key words: cerebral palsy, spasticity, surgery, limb deformity, orthosis, rehabilitation.

Актуальность

По данным разных авторов, частота детского церебрального паралича (ДЦП) варьирует в диапазоне от 2,6 до 3,6 случаев на 1000 живорожденных детей [3,4,6], при этом отмечают, что наиболее частыми формами заболевания являются спастические, доля которых составляют не менее 80% [1,2,8]. Особенностью указанных форм является раннее появление вторичных ортопедических осложнений со стороны опорно-двигательного аппарата: эквинусная, эквино-плано-вальгусная деформации; сгибательная контрактура в коленных суставах, сгибательно-приводящая контрактура в тазобедренных суставах; подвывих либо вывих головки бедренной кости [9]. Частота и спектр деформаций различны у пациентов с разными уровнями двигательной активности (GMFCS).

Использование технических средств реабилитации и, в первую очередь, ортезирования [5,10], а также хирургическое лечение являются неотъемлемыми компонентами комплексной медицинской реабилитации и направлены как на устранение деформаций, так и на расширение физических возможностей пациента глобально. Вместе с тем, у пациентов с разной тяжестью нарушений частота применения, значимость и взаимосвязь тех или иных методов различна.

Цель

Оценить корреляционную связь спектра и частоты применения ортезов с частотой и вариантами оперативных вмешательств у детей со спастическими формами детского церебрального паралича в зависимости от уровня двигательной активности пациента в соответствии со шкалой GMFCS.

Материалы и методы

Произведен ретроспективный анализ историй болезни 662 детей в возрасте от 2 до 17 лет, получавших комплексную медицинскую реабилитацию за период с 2007 по 2018 годы в ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России.

Распределение пациентов по степени тяжести поражения осуществлялось в соответствии с международной классификацией двигательной активности GMFCS [7,11]: с первым уровнем – 8,5%, со вторым – 22,5%, с третьим – 15,9%, с четвертым – 36,6%, с пятым – 16,5%. Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакетов прикладных программ Statistica 10 и Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного анализа выявлено, что у пациентов с уровнем двигательной активности GMFCS I операции проводились преимущественно на мягких тканях стоп, чаще всего - на ахилловом сухожилии или задней группе мышц голени (38,2%), вдвое реже – на костных структурах стоп (16,4%), и крайне редко – на проксимальных сегментах конечности. Данная тенденция полностью коррелирует с техническими средствами реабилитации (ТСР), наиболее часто используемыми у пациентов данной группы – ортопедической обувью (73,9%) и туторами на нижнюю конечность и голеностопный сустав (66,5%). Выявлены единичные случаи оперативных вмешательств на уровне тазобедренных суставов (ТБС), направленных на устранение приводящих установок/контрактур (3,6%), как и случаи применения ортезов, точкой приложения которых явились ТБС (аппараты на ТБС, аппараты на нижние конечности и туловище, в частности - SWASH) до 4,3%.

В связи с клинической схожестью двигательных нарушений у пациентов с GMFCS 1 и 2 у больных со 2-м уровнем отмечалось аналогичное распределение хирургической активности по сегментам и методикам, но при этом имело место незначительное увеличение количества оперативных вмешательств на уровне коленного (2,3%) и тазобедренного суставов (6,0%), направленных на устранение сгибательных и приводящей контрактур соответственно. Основными ТСР для больных GMFCS II, также как и у пациентов с уровнем двигательной активности GMFCS I остаются ортопедическая обувь (86,9%) и туторы на нижнюю конечность (62,3%), однако, в отличие от 1-й группы, у пациентов группы 2 выявлено увеличение доли туторов и аппаратов на всю нижнюю конечность (42,3% и 8,5% соответственно).

У пациентов с 3-м уровнем двигательной активности (GMFCS III) оказались характерны многоуровневость вторичных ортопедических нарушений и их значительная выраженность. В связи с этим анализ показал рост общего числа и вариантов оперативных вмешательств и используемых ортезов. У пациентов данной группы выявлена максимальная среди всех групп оперативная активность как на стопах (на мягких тканях стоп – 40%, на костях стоп - 27,8%), так и на проксимальных сегментах (устранения сгибательной контрактуры в коленных суставах проведено у 10,9%, устранение приводящей или сгибательно-приводящей контрактуры в ТБС – у 23,6% больных), а частота костных вмешательств на проксимальном отделе бедра и тазобедренном суставе

по сравнению с уровнями двигательной активности GMFCS 1-2 увеличилась до 8,2%. Аналогично оперативной активности принцип многоуровневости прослеживается и при использовании ортезов – выявлен рост доли ортезов, захватывающих два и более сегмента опорно-двигательного аппарата: туторов на нижнюю конечность (78,0%), аппаратов на всю нижнюю конечность (24,2%), аппаратов на тазобедренные суставы (11,0%). Снижение использования сложной ортопедической обуви (74,7%) по сравнению с вышеописанными группами объясняется увеличением доли используемых аппаратов на нижнюю конечность.

У пациентов с уровнями двигательной активности GMFCS IV и V отмечено снижение общего числа прооперированных пациентов, но при этом в связи с большей выраженностью вторичных ортопедических нарушений выявлено абсолютное увеличение количества операций на костных структурах, в том числе возросла доля многоуровневых и комбинированных вмешательств, в частности количества оперативных вмешательств на уровне проксимального отдела бедра и тазобедренного сустава до 17,1%, что является максимальной по всей выборке. Основная цель оперативного вмешательства у пациентов данной группы – обеспечение возможности опоры (вертикализации), удержание положения сидя, уменьшение болевого синдрома, облегчение проведения гигиенических процедур. Такая же преемственность прослеживается и при использовании ортезов и ТСР: использованы аппараты на всю нижнюю конечность (19,1-20,7%), на нижние конечности и туловище (10,8-12,4%), на тазобедренные суставы (7,9-16,9%), а также опоры для стояния (вертикализаторы) – 10,0%, опоры для сидения (кресла-коляски, ортопедические стулья).

Выводы

1. Хирургическое лечение, как подготовительный к ортезированию этап, является неотъемлемым компонентом комплексной медицинской реабилитации детей-инвалидов со спастическими формами ДЦП. Частота и варианты ортезов, как и оперативных вмешательств, напрямую зависят от уровня двигательной активности пациента.

2. Цели как ортезирования, так и оперативных вмешательств меняются с увеличением тяжести двигательных нарушений. У пациентов с уровнями двигательной активности GMFCS 1-3 основной целью являлось увеличение самостоятельной опоры и передвижения, тогда как у пациентов с 4-5 уровнями – обеспечение возможности опоры (вертикализации), удержание положения сидя, уменьшение болевого синдрома, облегчение проведения гигиенических процедур.

3. Именно комплексный подход к медицинской реабилитации детей со спастическими формами детского церебрального паралича с точной постановкой цели применения того или иного метода для конкретного пациента способен обеспечить улучшение функциональных возможностей пациента.

Список литературы:

1. Клочкова О.А., Куренков А.Л., Кенис В.М. Формирование контрактур при спастических формах детского церебрального паралича: вопросы патогенеза // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. – 2018. – Т. 6. – № 1. – С. 58-66. [Klochkova O.A., Kurenkov A.L., Kenis V.M. Development of contracture in spastic forms of cerebral palsy: pathogenesis and prevention. Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2018; 6(1): 58-66. (In Russ)]

DOI 10.17816/PTORS6158-66

2. Солопова И.А., Мошонкина Т.Р., Умнов В.В. и др. Нейрореабилитация пациентов с детским церебральным параличом // Физиология человека. – 2015. – Т. 41. – № 4. – 448-454. [Solopova I.A., Moshonkina T.R., Umnov V.V. et al. Neurorehabilitation of Patients with Cerebral Palsy. 2015; 41(4): 448–454. (In Russ)]

DOI: 10.7868/S0131164615040153

3. Armand S., Decoulon G., Bonnefoy-Mazure A. Gait analysis in children with cerebral palsy. EFORT Open Rev. 2016; 1: 448-460.
DOI: 10.1302/2058-5241.1.000052
4. Goodwin J., Colver A., Basu A. et al. Understanding frame: A UK survey of parents and professionals regarding the use of standing frames for children with cerebral palsy. Child Care Health Dev. 2018; 44: 195–202.
DOI 10.1111/cch.12505
5. Kate Willoughby, Soon Ghee ANG, Pam Yhomason et al. The impact of botulinum toxin A and abduction bracing on Long-term hip development in children with cerebral palsy. 2012; 54(8): 743-745.
6. Narayanan UG. Lower Limb Deformity in Neuromuscular Disorders: Pathophysiology, Assessment, Goals, and Principles of Management. Pediatric Lower Limb Deformities. 2016; 267-269.
DOI 10.1007/978-3-319-17097-8_17
7. Palisano R., Rosenbaum P., Walter S. et al. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 1997; 39(4): 214-23.
8. Rosa MCN., Roque AGG. Spasticity Effect in Cerebral Palsy Gait. Handbook of Human Motion. 2016; 2-15.
DOI 10.1007/978-3-319-30808-1_55-1
9. Shore B., Zurakowski D., Dufreny C. et al. Proximal femoral varus derotation osteotomy in children with cerebral palsy: the effect of age, gross motor function classification system level, and surgeon volume on surgical success. The journal of bone and joint surgery. 2015; 97(24): 2024-2031.
DOI: 10.2106/JBJS.O.00505
10. Wingstrand M., Hagglung G., Rodby-Bousquet E. BMC Musculoskeletal Disorders, 2014; 1-7.
11. Wood E., Rosenbaum P. The gross motor function classification system for cerebral palsy: a study of reliability and stability over time. Dev Med Child Neurol. 2000; 42(5): 292–6.

УДК 616.36+616.61+612.12]-0.89.843-036.82/.85

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ (ПОЧКИ, ПЕЧЕНИ, СЕРДЦА)

Власова-Розанская Е.В.

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации
Республика Беларусь, Минск

REHABILITATION ASSISTANCE TO PATIENTS AFTER ORGAN TRANSPLANTATION (KIDNEY, LIVER, HEART)

Ulasova-Razanskaya E.V.

Republican Scientific and Practical Center for Medical Expertise and Rehabilitation
Republic of Belarus, Minsk

Аннотация: Цель исследования: разработка системы экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органов (печени, почек, сердца).

Материал и методы: Проведено обследование 194 пациентов после пересадки органов, из них 61 (31,4%) – после пересадки почки, 57 (29,4%) - после пересадки печени, 76 (39,2%) – пересадки сердца. Средний возраст составил 49,4±2,3. Результаты: В статье приведены основные положения системы экспертно-реабилитационной помощи

пациентам после перенесенной трансплантации органов (печени, почек, сердца). Приведены основные учреждения, направления деятельности, задач, этапов и стадий системы экспертно-реабилитационной помощи пациентов после трансплантации органов.

Заключение. Таким образом, в ходе проведенного исследования разработана система экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органов (печени, почек, сердца), включающая реабилитационную и экспертную составляющие.

Abstract: Research objective: development of the system of the expert and rehabilitation help to patients after an organ transplantation (a liver, kidneys, heart).

Material and methods: Examination of 194 patients after organ transplantation, from them 61 (31,4%) – after a renal transplantation, 57 (29,4%) - after a liver transplantation, 76 (39,2%) – heart transplantations is conducted. Middle age has made 49,4+2,3.Results: Basic provisions of system of the expert and rehabilitation help to patients after the postponed organ transplantation are given in article (a liver, kidneys, heart). The main establishments, activities, tasks, stages and stages of system of the expert and rehabilitation help of patients after an organ transplantation are given.

Conclusion. Thus, during the conducted research the system of the expert and rehabilitation help to patients after an organ transplantation (a liver, kidneys, heart) including rehabilitation and expert components is developed

Ключевые слова: трансплантация, печень, почки, сердце, система экспертно-реабилитационной помощи, медицинская реабилитация.

Key words: transplantation, liver, kidneys, heart, system ekpertno-reabilitatsionnoy of the help, medical rehabilitation.

Введение. В соответствии с Национальной программой демографической безопасности Республики Беларусь на 2011 - 2015 годы и программой мероприятий по укреплению здоровья населения и увеличению ожидаемой продолжительности жизни (п.п. 34, 36) приоритетными направлениями в политике сохранения здоровья нации в настоящее время считаются «обеспечение проведения трансплантации органов и тканей в РНПЦ трансплантации органов и тканей», «разработка и внедрение в стационарных и амбулаторно-поликлинических организациях современных технологий медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях различных профилей, а так же пациентов, перенесших трансплантацию органов» [1].

Беларусь занимает первое место среди стран СНГ по количеству органных трансплантаций. Трансплантационная активность в стране за прошлый год составила 25,5 операций на один миллион населения. Это более чем в два с половиной раза выше, чем, к примеру, в России, и в целых 12 — чем в Украине. Хотя, если взять США (страна с наивысшим показателем трансплантационной активности), то там на один миллион населения делают 90 операций по пересадке органов в год. Словом, Беларусь держит хороший европейский уровень [2,3,4].

Цель исследования: разработка системы экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органов (печени, почек, сердца).

Материалы и методы. Проведено обследование 194 пациентов после пересадки органов, из них 61 (31,4%) – после пересадки почки, 57 (29,4%) - после пересадки печени, 76 (39,2%) – пересадки сердца.

Для решения поставленных в исследовании задач сформирована целевая выборка, состоящая из 61 пациента, перенёсшего трансплантацию почек. Среди обследуемых лиц было 39 (63,9%) мужчин и 22 (36,1%) женщин. Средний возраст обследованного контингента составил 45,3±1,4 лет. В структуре инвалидности можно отметить следующее. До трансплантации первая группа инвалидности установлена 52,5% пациентов, вторая группа - 47,6%. После трансплантации 1 группа была определена 70,5% пациентов, 2 группа – 29,5%. Через 2 года наблюдения преобладает вторая группа (60,8%), первая группа у 23 пациентов (39,2%).

Для решения поставленных в исследовании задач сформирована целевая выборка, состоящая из 57 пациентов, перенёсших трансплантацию печени. Среди обследуемых лиц было 29 (50,9%) мужчин и 28 (49,1%) женщин. Средний возраст обследованного контингента составил 44,4±1,6 лет. В структуре инвалидности до трансплантации печени 3 и 2 группа инвалидности установлена у одинакового числа пациентов – 46,5%, 1 группа – 7%. После трансплантации: 1 группа – 26,3% пациентов, 2 группа – 73,7%. Через 1 и 2 года после трансплантации структура инвалидности оставалась та же.

Проведен анализ результатов обследования 76 пациентов после пересадки сердца. Из них 68 (89,5%) мужчин и 8 (10,5%) женщины. Средний возраст составил 55,2±3,6 года. Вторая группа инвалидности до трансплантации определялась у 64 (84,2%) человек, 1 группа – у 12 (15,8%) пациентов. После трансплантации и через 2 года 100% пациентов устанавливалась 1 группа инвалидности.

Обследование пациентов проводилось в соответствии с утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь протоколами диагностики и лечения.

Результаты и обсуждение.

Система экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органов представляет собой совокупность управленческих структур, экспертных, реабилитационных служб и учреждений различной ведомственной принадлежности, которые на основе единых методологических подходов, целей и задач осуществляют комплекс мероприятий по медико-социальной экспертизе, медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов.

Структурные подразделения системы экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органов в своей деятельности руководствуются Конституцией Республики Беларусь (РБ), законодательством РБ, Указами Президента РБ, Постановлениями Правительства РБ и приказами соответствующих министерств и ведомств, постановлениями и распоряжениями главы исполнительной власти субъектов РБ и органов местного самоуправления.

Система экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органов должна включать в себя:

1. Органы государственного управления (здравоохранения, труда и социальной защиты населения, образования, архитектуры градостроительства, культуры, физической культуры), региональные учреждения службы занятости населения и подведомственные им структуры в городах и районах РБ.
2. Специализированные реабилитационные учреждения различного профиля:

- реабилитационно-экспертные (учреждения медико-социальной экспертизы);
- реабилитационно-медицинские (отделения, центры медицинской реабилитации пациентов и инвалидов);
- реабилитационно-образовательные (центры медико-социальной и профессиональной реабилитации инвалидов и другие специализированные учебные заведения для инвалидов).
- реабилитационно-производственные (специализированные предприятия инвалидов, участвующие в выполнении программ реабилитации);
- реабилитационно-социальные (спортивные клубы инвалидов, клубы по интересам и пр.).

3. Учреждения социального обслуживания населения, содержащие в своем составе подразделения по реабилитации инвалидов или структуры по работе с инвалидами (кружки самодеятельного творчества в территориальных центрах социального обслуживания населения и пр.).

4. Предприятия реабилитационной индустрии – специализированные производственные предприятия, деятельность которых направлена на разработку,

освоение и выпуск технических средств реабилитации инвалидов (средства передвижения, вспомогательные технические средства и т.д.)

Основные направления деятельности региональной службы экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органов должны отражать потребности пациентов и инвалидов, выраженные в рекомендациях плана реабилитации или индивидуальных программах реабилитации, и включать:

- проведение медико-социальной экспертизы, определение состояния трудоспособности;
- проведение медицинской реабилитации - физио-, механо-, кинезо-, эрго-, психо-, трудотерапия и т.д.;
- проведение профессиональной реабилитации - профориентации, профессионального обучения и переобучения, рационального трудоустройства и профессионально-производственной адаптации инвалида;
- проведение социально-бытовой реабилитации, включающей социально-средовую ориентацию и социально-бытовую адаптацию инвалидов;
- обеспечение техническими средствами реабилитации (спецавтотранспорт, вспомогательные технические средства и т.д.), обучение пользованию этими средствами;
- создание условий для полноценного отдыха, активных занятий спортом, пользования достижениями отечественной и мировой культуры, реализации творческого потенциала;
- формирование безбарьерной среды жизнедеятельности и обеспечение им беспрепятственного доступа к объектам социальной инфраструктуры.

Достижение положительных результатов в экспертно-реабилитационной помощи пациентам после пересадки органов должно обеспечиваться путем выполнения следующих задач:

– формирования стратегии развития службы медико-социальной экспертизы и реабилитации на территории РБ, взаимного согласования планов перспективного развития экспертно-реабилитационных отраслей и учреждений;

– разработки комплексных программ реабилитации – региональных и местных;

– проведения реабилитационных мероприятий согласно индивидуальным программам реабилитации;

– обеспечения комплексности, последовательности и преемственности экспертных, реабилитационных мероприятий путем координации усилий экспертных, реабилитационных учреждений различной направленности и издания совместных согласованных нормативно-правовых актов;

– внедрения современных экспертных, реабилитационных технологий, выбора и разработки единых методик учета и оценки эффективности реабилитационных мероприятий;

– подготовки специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации пациентов после трансплантации органов, организация совместного обучения и освоения передового опыта;

– выполнения научно-исследовательских работ по проблемам медико-социальной экспертизы и реабилитации пациентов после пересадки органов, и внедрения на территории РБ научно-методических разработок в этой области;

– подготовки согласованных аналитических обзоров по состоянию медико-социальной экспертизы и реабилитации пациентов после пересадки органов, информационных материалов, справок, справочников, методических документов.

Система экспертно-реабилитационной помощи пациентам, перенесшим трансплантацию органов должна включать в себя следующие стадии:

- реабилитационно-экспертная диагностика;
- оценка ограничений жизнедеятельности;
- определение реабилитационного потенциала;

- проведение реабилитации на лечебно-реабилитационном этапе, стационарном этапе ранней медицинской реабилитации, амбулаторно-поликлиническом, домашнем этапах;
- определение критериев инвалидности;
- проведение первичной медико-социальной экспертизы;
- определение клинико-реабилитационных групп;
- составление индивидуальной программы реабилитации;
- реализация индивидуальной программы реабилитации;
- проведение повторной медико-социальной экспертизы;
- оценка эффективности проведенной реабилитации.

Вывод: Система экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органов создается с целью обеспечения оптимальных условий для организации и проведения экспертных мероприятий, направленных на определение групп инвалидности, формирование программ реабилитации, мероприятия по реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов с целью восстановления их социального статуса и интеграции реабилитанта в жизнь общества.

Список литературы:

1. Об утверждении Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы / Указ Президента Республики Беларусь 11 августа 2011 г. № 357 Изменения и дополнения: Указ Президента Республики Беларусь от 12 сентября 2012 г. № 406 (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 14.09.2012, 1/13752)

2. Данович Габриэль М. Трансплантация почки / Габриэль М. Донович; пер. с англ.; под. ред. Я.Г. Мойсюка. – М. ГЭОТАР – Медиа, 2013. – 848 с.

3. Авундук К. Трансплантация печени / К. Авундук // Гастроэнтерология: пер. с англ.; под. ред. Е.Л. Никонова, Н.В. Первуховой. – М.: изд-во Практика, 2013. –700 с.

4. Шумаков В.И. Трансплантация сердца / В.И. Шумаков. – М.: изд-во МИА, 2006. – 404с.

РАЗДЕЛ 7 РАЗНОЕ

SECTION 7 OTHER ARTICLES

УДК 796.012.412.4-053.8

СКАНДИНАВСКАЯ ХОДЬБА В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Крысюк О.Б.[1,2,3], Кантемирова Р.К.[1,2], Фидарова З.Д.[2]

[1]Санкт-Петербургский государственный университет.
[2] ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России
[3]СПбГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн».
Россия, Санкт- Петербург

NORDIC WALKING IN MEDICAL REHABILITATION ELDERLY PATIENTS

Krysyuk O.B.[1,2,3], Kantemirova R.K.[1,2], Fidarova Z.D.[2]

[1]Saint Petersburg state university
[2] Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
[3]Spbgbuz "hospital for war veterans"
Russia, St.Petesburg

Аннотация: С 90-х годов прошлого столетия Скандинавская ходьба (она же ходьба с палками, Финская ходьба, Северная ходьба, Nordic Walking) завоевала популярность не только у себя на родине в Финляндии, но и во многих других государствах по всему миру. Людей, практикующих ходьбу с палками, можно встретить где угодно: в Скандинавских странах и в странах Восточной, Центральной, и Южной Европы, в Канаде и США, в Мексике, Австралии, Новой Зеландии и других местах. В самой Финляндии Скандинавской ходьбой регулярно занимается более 1,5 миллиона финнов, тогда как население этой страны составляет немногим более 5 млн. человек. В мире же любителей ходьбы с палками насчитывается более 15 млн. человек. В России Скандинавская ходьба появилась не так давно – в первом десятилетии нынешнего века. Примечательно, что массово практиковать ее как вид физической активности и медицинской реабилитации начали люди пожилого возраста, проживающие в Санкт-Петербурге [1,2,3]. В настоящее время имеется много научных обоснований положительного влияния ходьбы с палками на организм человека [5, 6,7], однако остается и целый ряд нерешенных задач. В частности, на сегодняшний день еще недостаточно данных о влиянии занятий Скандинавской ходьбой на кардиологический статус и качество жизни российских пенсионеров, наиболее восприимчивых к этому виду физической активности, к тому же имеющих сочетанную коморбидную патологию (кардиоваскулярные заболевания, избыточная масса тела, артрозы, остеохондроз и др.) [4,8].

Abstract: Since the 90s of the last century, Nordic walking (it’s walking with sticks, Finnish walking, Nordic walking, Nordic Walking) has gained popularity not only in Finland, but also in many other countries around the world. People who practice walking with sticks can be found anywhere: in the Scandinavian countries and in Eastern, Central and southern Europe, Canada and the United States, Mexico, Australia, New Zealand and other places. In Finland itself, more than 1.5 million Finns regularly engage in Nordic walking, while the population of this country is just over 5 million people. In the world of walking with sticks in the world there are more than 15 million people. In Russia, Nordic walking appeared not so long ago – in the first decade of this century. It is noteworthy that the elderly people living in St. Petersburg began to practice it as a form of physical activity and medical rehabilitation. Currently, there are many scientific studies on the positive effect of walking with sticks on the human body, but there are a

number of unresolved problems. In particular, to date, there is still insufficient data on the impact of Nordic walking on the cardiological status and quality of life of Russian pensioners, the most susceptible to this type of physical activity, besides having a combined comorbid pathology (cardiovascular disease, overweight, arthrosis, osteochondro- sis, etc.).

Ключевые слова: скандинавская ходьба, реабилитация, пожилые, качество жизни.

Key words: Nordic walking, rehabilitation, elderly, quality of life.

Целью настоящего исследования было изучение влияния Скандинавской ходьбы на некоторые показатели соматического статуса пациентов пожилого возраста – жителей Санкт-Петербурга, оказавшихся наиболее приверженными к этому виду физической активности и медицинской реабилитации, практиковавших занятия Скандинавской ходьбой под руководством специально подготовленного инструктора в течение одного года.

Методы. Проведен анализ результатов занятий Скандинавской ходьбой 20-ти жительниц Санкт-Петербурга в возрасте от 65 до 85 лет, средний возраст 72,5+3,6 года. Занятия проводили под руководством дипломированного инструктора на амбулаторном этапе медицинской реабилитации 2 – 3 раза в неделю. Продолжительность занятия составляла 90 – 100 минут. В структуру занятия входил разминочный комплекс, основная часть (ходьба с интенсивностью 55-65% от максимальной частоты сердечных сокращений) и комплекс восстанавливающих упражнений. У всех 20-ти занимающихся (100%) на момент начала занятий были верифицированы ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь (ГБ) I или II стадии, а также диффузно-дистрофическое заболевание позвоночника (ДДЗП) – остеохондроз, у 15-ти пациенток (75%) был верифицирован деформирующий остеоарторз (ДОА). Все занимающиеся вели дневники артериального давления (АД), а также заполняли опросники качества жизни (КЖ) – специализированный Миннесотский опросник для больных хронической сердечной недостаточностью и общепопуляционный опросник MOS SF-36.

Результаты. В данной работе представлен анализ некоторых результатов групповых занятий Скандинавской ходьбой по истечении первого года.

Динамика АД продемонстрировала значимое уменьшение как систолического АД (141,8±3,01 до занятий против 127,9±1,74 после 1 года занятий, p=0,0016), так и диастолического АД (85,7±1,18 до занятий против 80,5±0,83 после 1 года занятий, p=0,0032). При этом следует отметить, что ни у одной из пациенток не повысилась стадия ГБ и степень артериальной гипертензии, а более чем у половины занимавшихся– 13 чел. (65%) в течение года удалось уменьшить суточную дозу назначенных гипотензивных средств.

Миннесотский опросник КЖ продемонстрировал четкую тенденцию к улучшению КЖ через полгода (28,7±2,39 до начала занятий против 22,7±1,64 после полугода занятий, p=0,0617) и достоверное улучшение КЖ к окончанию первого года занятий (28,7±2,39 до начала занятий против 10,6±1,46 после 1 года занятий, p=0,0001).

Результаты анализа КЖ по шкале боли опросника MOS SF-36 (цефалгии, цервикалгии, кардиалгии, артралгии) выявили значимое улучшение показателей данной шкалы через полгода (99,4±3,28 до начала занятий против 92,6±3,48 после полугода занятий, p=0,001) и к окончанию первого года занятий (99,4±3,28 до начала занятий против 83,0±3,49 после 1 года занятий, p=0,0001).

Заключение. Таким образом, в результате групповых занятий Скандинавской ходьбой под руководством подготовленного дипломированного инструктора уже через полгода значимо улучшилось КЖ пациентов пожилого возраста, проживающих в Санкт-Петербурге, по шкале боли опросника MOS SF-36 и возникла тенденция к улучшению КЖ по Миннесотскому опроснику. К окончанию первого года занятий выявлено значимое улучшение КЖ по обоим опросникам и достоверное уменьшение систолического и диастолического АД. Это характеризует Скандинавскую ходьбу как реабилитационную

технологию, обладающую выраженным реабилитационным потенциалом при таких ко морбидных заболеваниях как ГБ, ИБС, ДДЗП и ДОА.

Этика публикации: Исследования проводились в соответствии с этическими стандартами, изложенными в Хельсинской декларации.

Конфликта интересов: Авторы подтверждают отсутствие конфликта интересов.

Источник финансирования: Финансирование за счет средств ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России.

Список литературы:

1. Кантемирова Р.К. Модели гериатрической реабилитации / Р.К. Кантемирова, А.Н. Ильницкий, К.И. Прощаев // Гериатрия: национальное руководство / под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2018 - С.470-497 . - ISBN 978-5-9704-4622-5.

2. Кантемирова Р.К. Заболевание ассоциированных с возрастом / Р.К. Кантемирова // Реабилитация инвалидов: национальное руководство / под ред. Г.Н. Пономаренко.- М.: ГЕОТАР-Медиа, 2018 – С.- 700-712.

3. Крысюк, О.Б. Северная ходьба как оздоровительная технология (первый российский опыт) / О.Б. Крысюк, А.В. Волков // Адаптивная физическая культура. – 2013. – № 3 (55). – С. 47-49.

4. Оценка эффективности реабилитации пожилых пациентов с метаболическим синдромом с учётом положений международной классифи- кации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) / И.С. Ишутина, Р.К. Кантемирова, С.В. Сердюков, З.Д. Фидарова, Л.С. Козина // Успехи геронтологии. - 2018. - Т. 35, № 5. - С. 506-513

5. Schwanbeck K. The Ultimate Nordic Pole Walking Book // Meyer &

6. Svensson M. Nordic Walking (Outdoor adventures) // Human Kinetics. - 2009. - 205 p.

7. Walter C. Nordic Walking: The Complete Guide to Health, Fitness and Fun // Hatherleigh Press. - 2009. - 199 p.

8. The dynamics and the structure of indicators of secondary disability as a result of cerebrovascular diseases in elderly people in St. Petersburg for 2005–2014 Kantemirova R.K., Fidarova Z.D., Karol E.V. Advances in Gerontology. 2016. Т. 6. № 3. С. 260-264.

References

1. Kantemirova R. K. Model of geriatric rehabilitation / Kantemirova R. K., N. Ilnitsky, K. I. Prewiev // Geriatrics: the national management / under the editorship of O. N. Tkacheva, E. V. Frolova, N. N. Yakhno, M.: GE- OTAR-Media 2018 - Pp. 470-497 . - ISBN 978-5-9704-4622-5.

2. Kantemirova R. K. Disease associated with age / R. K. Kantemirova / / re-habilitation of disabled people: national leadership / ed. Ponomarenko.- Moscow: GEOTAR-Media, 2018-P. - 700-712.

3. Krysyuk O.B Nordic walking as a health technology (first Russian experience) / OB Krysyuk, A.V. Volkov // Adaptive physical culture. - 2013. - № 3 (55). - p. 47-49.

4. Evaluation of the effectiveness of rehabilitation of elderly patients with metabolic syndrome, taking into account the provisions of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) / I.S. Ishutin, R.K. Kantemirova, S.V. Serdyukov, Z.D. Fidarova, L.S. Kozina // Successes of gerontology. - 2018. - V. 35, № 5. - P. 506-513

5. Schwanbeck K. The Ultimate Nordic Pole Walking Book // Meyer &

6. Svensson M. Nordic Walking (Outdoor adventures) // Human Kinetics. - 2009. - 205 p.

7. Walter C. Nordic Walking: The Complete Guide to Health, Fitness and Fun

8. // Hatherleigh Press. - 2009. - 199 p.

9. The dynamics and the structure of indicators of secondary disability as a result of cerebrovascular diseases in elderly people in St. Petersburg for 2005– 2014 Kantemirova R.K., Fidarova Z.D., Karol E.V. Advances in Gerontolo- gy. 2016. T. 6. № 3. C. 260-264.

УДК 617.7

ИННОВАЦИОННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННО-ЭКСПЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ

Разумовский М.И.[1], Разумовская А.М.[2]

[1]ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России
[2]ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России
Россия, Санкт-Петербург

INNOVATION DIRECTIONS OF REHABILITATIVE-EXPERT DIAGNOSTICS OF PATIENTS AND INVALIDS AS A RESULT OF THE OPHTHALMO-PATHOLOGY

Razumovskiy M.I.[1], Razumovskaya A.M.[2]

[1] Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
[2]FGBU DPO “St. Petersburg institute of usovershenstvovanisya of the doctor- experts” Of mintruda of Russia
Russia, St.Petersburg

Аннотация: Для объективного определения остроты зрения разработана компьютерная программа, применение которой основано на возбуждении оптокинетического нистагма (ОКН) при предъявлении движущегося на экране видеоконтрольного устройства тестовой пространственной решетки в виде шахматного поля или параллельных полос. Предлагаемый метод позволяет объективно и достаточно точно оценивать остроту зрения при снижении остроты зрения у пациентов до 0,05-0,07, что особенно важно при проведении медико-социальной экспертизы. Кроме того, не менее важным является экспертная оценка состояния поля зрения. Как показывает экспертно-реабилитационная диагностика поля зрения у 112 экспертных больных, а также анализ результатов работы при исследовании поля зрения, у лиц с поражением коркового отдела зрительного анализатора, нередко встречаются ошибки при определении границ зрительного дефекта, что значительно затрудняет вынесение правильного решения о состоянии основных категорий жизнедеятельности пациентов.

Предъявление фотостимулов сочетается с параллельной регистрацией электроэнцефалограммы. В дальнейшем анализируются гармоники ритмов ЭЭГ и выделяются зрительные вызванные потенциалы соответственно моменту предъявления фотостимулов. Наличие ЗВП свидетельствует о имеющейся зрительной функции в области стимуляции исследуемого сектора.

Данный способ имеет важное значение в особо сложных случаях регистрации границ поля зрения и зрительных дефектов. Способ позволяет сократить время исследования и при этом объективно оценить локальные нарушения поля зрения при реабилитационно-экспертной диагностике.

Abstract: For the objective definition of visual acuity is developed the computer program, whose application is based on the excitation of optokinetic nystagmus (OKN) with the presentation of the television monitoring system of the test space lattice in the form of chess field or parallel strips moving on the screen. The proposed method is allowed objectively and it suffices to accurately evaluate visual acuity. with reduction in the visual acuity in patients to 0,05-0,07, which is especially important with conducting of medico- social examination.

Furthermore, not less important is the expert estimation of the state of the field of sight. As expert- rehabilitative diagnostics shows the field of sight in 112 expert patients, and also the analysis of the results of work with a study of the field of sight in the persons with the defeat of the crust division of visual analyzer frequently are encountered errors as in the determination of the boundaries of visual defect, which considerably hampers the carrying out of the correct solution about the state of the basic categories of the vital activity of patients. The presentation of photo-stimuli is combined with the parallel registration of electroencephalogram. Subsequently it is analyzed the harmonic of rhythms EEG and it is separated the visual caused potentials with respect to the moment of the presentation of photo-stimuli. The presence ZVP testifies about the existing visual function in the region of the stimulation of the sector being investigated. This method has important significance in the separately complex cases of registering the boundaries of the field of sight and visual defects. Method makes it possible to reduce the time of a study and in this case to objectively estimate the local disturbances of the field of sight with rehabilitative- expert diagnostics.

Ключевые слова: инновационные направления, реабилитационно-экспертная диагностика, офтальмопатология, больные и инвалиды

Key words: innovation directions, rehabilitative-expert diagnostics, ophthalmo-pathology, patients and invalids

Реабилитационно-экспертную диагностику следует рассматривать как одну из эффективнейших форм доказательной медицины в процессе экспертного обследования. При этом основной целью обследования являются наиболее реальные выявления тяжести зрительного дефекта и полная объективизация результатов обследования. Следует отметить, что исключительно трудной с позиции экспертно-офтальмологической практики является обследование функций нейрорецепторной и проводящей систем органа зрения и ее объективизация. В связи с тем, что методы объективной оценки остроты и поля зрения, до настоящего времени, не нашли окончательного методического решения остается острая необходимость нахождения соответствующих путей для решения указанных проблем. До настоящего времени, в широкой офтальмологической практике для оценки остроты зрения применяются субъективные методы предъявления плоскопечатных тестов различных угловых размеров (Таблица Поляка, Головина-Сивцева, Рорба и др.).

При этом пороговая величина опознанного теста с определенного расстояния принимается за величину остроты зрения. Однако, последнее может колебаться в определенном диапазоне, что зависит от целого ряда причин таких, как освещенность теста, контраст составляющих его деталей, блесткости фона и др. В связи с этим, рядом авторов (Гольдманом и Гюнтером 1942-1943 гг.) проводились попытки исследования остроты зрения у слабовидящих с использованием нистагм-аппарата. Эта методика усовершенствовалась Н.И. Шибинской (1959г.), Н.В. Серпокрыл (1966г.), Э.В. Муравьевой (1981г.) и др., которые для определения остроты зрения применяли механическое передвижение тестовых таблиц. Недостатком являлось то, что тестовые таблицы можно было передвигать только с непостоянной скоростью, а также – они мнутся и выцветают, в связи с чем, теряется стабильность в их распознавании, что приводит к значительной ошибке при определении остроты зрения. Поэтому как контрольная экспертная методика при медико-социальной экспертизе больных с офтальмопатологией она применяться не может.

Для объективного определения остроты зрения нами была разработана компьютерная программа, применение которой основано на возбуждении оптокинетического нистагма (ОКН) при предъявлении движущегося на экране видеоконтрольного устройства тестовой пространственной решетки в виде шахматного поля или параллельных полос [1].

Исследование проводилось с расстояния 3,2 м и позволяло определить остроту зрения в диапазоне 0,02 до 0,5. Исследование остроты зрения проводилось монокулярно с хуже видящего глаза без коррекции и с переносимой коррекцией при естественной ширине зрачка. Движение полосчатых и клеточных тестов (таблиц) осуществлялось влево и вправо с продолжительностью направления движения 5-7 секунд. Появление и исчезновение оптокинетического нистагма фиксировалось сбоку от лица исследуемого с помощью визуального наблюдения. В случаях нечеткого определения появления оптокинетического нистагма момент нистагмоидного движения глазных яблок фиксировалось электрофизиологическим методом. Исследование проводилось при предъявлении все более мелких тестовых стимулов до полного прекращения вызова оптокинетического нистагма.

Предлагаемый метод позволяет объективно и достаточно точно оценивать остроту зрения. При снижении у пациентов до 0,05-0,07, что особенно важно при проведении медико-социальной экспертизы в том числе и у детей дошкольного возраста и решении вопроса о признании их инвалидами. Следует отметить также, что предлагаемый метод определения остроты зрения в экспертных целях более удобен, чем исследование этого показателя традиционными плоскопечатными тестами. При современной компьютеризации экспертной службы не требуется никаких других дополнительных технических средств, кроме наличия компьютера и разработанного нами программного обеспечения, что имеет существенный экономический эффект.

Не менее важным является экспертная оценка состояния поля зрения. Как показывает экспертно-реабилитационная диагностика поле зрения у 112 экспертных больных, а также анализ результатов работы специализированного бюро при исследовании поля зрения у лиц с поражением коркового отдела зрительного анализатора нередко встречаются ошибки как в определении границ зрительного дефекта (особенно центральных и парацентральных скотом), что значительно затрудняет вынесение правильного решения о состоянии основных категорий жизнедеятельности пациентов. Нами был разработан и предложен способ оценки поля зрения в целях медико-социальной экспертизы и формирования индивидуальных программ реабилитации для лиц с различными нарушениями полей зрения, запатентован «Способ оценки поля зрения для проведения медико-социальной экспертизы» № 2535617 от 15.10.2014г. [2].

Данный метод заключается в регистрации зрительных вызванных потенциалов на монокулярную фотостимуляцию. Исследование проводится поочередно каждого глаза, дискретно при условии оптимальной оптической коррекции. Исследуемому предлагается ограниченный сектор поля зрения с углом обзора по периметру 45 градусов. В этом положении с дуги периметра подается фотостимул. Обследование пациента проводится в 4 основных меридианах поля зрения. При этом последовательно при указанном положении дуги периметра предъявляются фотостимулы от максимальной позиции к минимальной в диапазоне 40, 20 и 10 градусов по дуге периметра.

Предъявление фотостимулов сочетается с параллельной регистрацией электроэнцефалограммы. В дальнейшем анализируется гармоники ритмов ЭЭГ и выделяется зрительные вызванные потенциалы соответственно моменту предъявления фотостимулов. Наличие ЗВП свидетельствует о имеющейся зрительной функции в области стимуляции исследуемого сектора.

Данный способ имеет чрезвычайно важное значение в особо сложных случаях регистрации границ поля зрения и зрительных дефектов. Способ позволяет сократить время исследования и при этом объективно оценить локальные нарушения поля зрения при реабилитационно-экспертной диагностике. При этом данный метод исследования поля зрения исключает субъективную оценку границ поля зрения и дает объективное представление об истинном состоянии его границ и имеющихся границ в нем.

Список литературы:

1. Разумовский М.И., Коровянский А.Ю., Разумовская А.М. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ «Автоматизированная система оценки остроты зрения для проведения медико-социальной экспертизы Оптонистагм Тест» № 2014611476 от 04.02.2014г.

2. Разумовский М.И., Мельник Т.Е., Разумовская А.М., Колюка О,Е. Патент на изобретение «Способ оценки поля зрения для проведения медико-социальной экспертизы» № 2535617 от 15.10.2014г.

УДК:617.71-007.234

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНИМ С ОСТЕОПОРОЗОМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Дымнова С.Е.[1,2], Сергеева В.В.[2]

[1]СПб ГБУЗ «Госпиталь ветеранов воин»
[2]ФГБУ ДПО СПбИВУЭК Минтруда России
Россия, Санкт-Петербург

CURRENT PROBLEMS OF RENDERING MEDICAL CARE TO A PATIENT WITH OSTEOPOROSIS OF THE ELDERLY

Dymnova S.E.[1,2], Sergeeva V.V. [2]

[1]St. Petersburg state budgetary University of health "Hospital for veterans of wars"
[2]FGBU DPO SPBIVUEK (FEDERAL STATE BUDGET INSTITUTE OF ADDITIONAL PROFESSIONAL EDUCATION "SAINT-PETERSBURG INSTITUTE OF IMPROVEMENT OF DOCTORS-EXPERTS" Ministry of Labor of Russia
Russia, St.Petersburg,

Аннотация: Остеопороз является одним из наиболее распространенных метаболических заболеваний скелета. Пристальное внимание к остеопорозу объясняется его высокой распространенностью, медико-социальными и экономическими последствиями, а именно переломами позвонков и периферических костей, которые приводят не только к инвалидности, но и высокой смертности особенно среди пациентов пожилого возраста. На сегодняшний день нет единой и четко выработанной методики лечения и реабилитации пациентов старших возрастных групп с учетом их клинико-функциональных особенностей на фоне сопутствующих заболеваний. Как результат, эффект от лечения зачастую ниже ожидаемого. Современные методы лечения и реабилитации представляют большие возможности восстановления работоспособности и значительного улучшения качества жизни у больных с остеопорозом и его последствиями. Однако, существующие программы реабилитации должны разрабатываться индивидуально с учетом возраста, выраженности структурно-функциональных нарушений, а также наличия и тяжести сопутствующих заболеваний.

Abstract: Osteoporosis is one of the most common metabolic diseases of the skeleton. Close attention to osteoporosis is due to it’s high prevalence, medico-social and economic consequences, namely vertebral fractures and peripheral bones, which lead not only to disability, but also high mortality, especially among elderly patients. To date, there are no single and clearly developed methods of treatment and rehabilitation of patients of older age groups, taking into account their clinical and functional characteristics against the background of concomitant diseases. As a result, the effect of treatment is often lower than expected. Modern methods of treatment and rehabilitation represent great opportunities for restoring working capacity and significantly improving the quality of life of patients with osteoporosis and its consequences. However, existing rehabilitation programs should be developed individually, taking into account

age, severity of structural and functional disorders, as well as the presence and severity of concomitant diseases.

Ключевые слова: остеопороз, переломы костей, качество жизни, реабилитация, пожилой возраст.

Key words: osteoporosis, bone fractures, quality of life, rehabilitation, advanced age.

Актуальность. Одной из важных проблем современного общества, в связи с увеличением продолжительности жизни, повышением пенсионного возраста, на фоне нестабильных социально-экономических и политических факторов, является способность человека вести активный и независимый образ жизни как можно более длительное время.

Согласно большому количеству исследований проведенных за последнее десятилетие [2,3,5], особое значение отдается определению показателей качества жизни при хронических заболеваниях, склонных к прогрессированию и возникновению осложнениям, приводящих в последствие к ограничениям всех показателей нормальной жизнедеятельности человека. К числу таких заболеваний относится остеопороз. У пациентов с остеопорозом чаще, чем у лиц без данной патологии, развиваются такие осложнения, как переломы костей, которые сопровождаются различной клинической симптоматикой и в большинстве случаев приводят к нарушению составляющих понятие здоровья, снижению качества жизни, а нередко и к инвалидности. По современным статистическим данным остеопороз в России, как и во всем мире, представляет одну из важнейших проблем здравоохранения, поскольку выявляется в среднем у 30,5—33,1% женщин и у 22,8— 24,1% мужчин старше 50 лет, что составляет более 10 млн человек [8]. Согласно прогнозу некоторых исследователей, количество людей с остеопорозом к 2020 г. может возрасти примерно в 1,5 раза [10], что обусловлено, в первую очередь, влиянием прогрессирующего старением населения.

Целью данной работы является анализ качества жизни и основные аспекты реабилитации у пациентов пожилого возраста, в зависимости от степени тяжести остеопороза и клинико-функционального состояния организма на фоне сопутствующей патологии.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели был проведен анализ отечественных и зарубежных источников литературы по данной теме. Поиск литературных данных осуществлялся на базе научных библиотеках eLIBRARY, PubMed, Киберленинка с целью анализа исследований, которые основывались на диагностике и лечении остеопороза, оценке качества жизни пациентов, методах и перспективах восстановительного лечения на различных этапах, а также собственного клинического опыта.

Результаты. Большое количество накопленных знаний о проблеме остеопороза, факторах риска, этиологии, патогенезе и клинической картине данного заболевания, а также стремительное совершенствование и внедрение в клиническую практику передовых медицинских и компьютерных технологий открыло новые возможности для диагностики остеопороза. Однако, в реальной клинической практике, по мнению подавляющего большинства врачей-клиницистов при обращении в стационар или на поликлиническом приеме, пациенты зачастую не предъявляют каких-либо специфических жалоб характерных для остеопороза, то есть «коварность» данного заболевания определяется его асимптомностью или малосимптомностью. Вследствие этого, остеопороз зачастую диагностируется с большим опозданием уже при наличии переломов различной локализации, возникающих при минимальной травме [2,3].

Согласно большинству литературных источников, а также исходя из собственного клинического опыта, наиболее частыми жалобами пациентов являются: боли в спине при длительном нахождении в положении стоя или сидя (около 48%), чувство тяжести и дискомфорт между лопатками (17%), общую слабость и быструю

утомляемость, необходимость неоднократного отдыха в течение дня (52%). Так же пациенты предъявляют жалобы на диффузную боль в костях с чувствительностью при надавливании или поколачивании позвоночника, ребер и тазовых костей (36%). Нарушается и статико-динамическая функция скелета. Походка у таких пациентов становится несколько неуверенной, неравномерной, отмечается шаткость при ходьбе, что требует дополнительных средств опоры. Однако в действительности вышеописанные жалобы трактуются многими специалистами как проявления возрастных дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, остеохондроза, артрита, артроза, заболеваний нервно-мышечной системы [3,7,9,12].

Более отчетливая клиническая картина появляется при возникновении переломов. Компрессионные переломы позвоночника являются причиной ограничения физической активности, развития грудного гиперкифоза («вдовий горб»), уменьшения роста, нарушения функции органов дыхания, органов брюшной полости и малого таза, а также эмоциональных проблем, связанных с изменением внешности и сопутствующими функциональными нарушениями [3,8,9]. Наиболее же тяжелые, а часто и драматичные последствия наблюдаются после перелома проксимального отдела бедренной кости, с которыми связаны самые высокие показатели смертности и инвалидности среди лиц пожилого и старческого возраста и, что немало важно в современном здравоохранении, стоимости лечения, чем при совокупности других остеопоротических переломов [7,14]. По результатам популяционного исследования, проведенного в Санкт-Петербурге в 2005—2006 гг. установлено, что частота переломов проксимального отдела бедренной кости составила — 155,08 случая на 100 тыс. населения [9]. При этом данный показатель у женщин старше 75 лет составил 480,3 случая на 100 тыс. населения. Как показывают многие отечественные и зарубежные исследования в результате возникновения такой травмы, без срочного оперативного лечения, человек на длительное время становится прикованным к постели [3]. И происходит это не только из-за необходимости сложного многоступенчатого курса лечения, но и по причине длительного срока сращения костных отломков, заживления тканей, особенно у пациентов пожилого на фоне сопутствующих заболеваний, таких, например, как сахарный диабет 2 типа, метаболический синдром, нарушения периферического и центрального кровообращения и другие.

Таким образом, очень часто при несвоевременном лечении и/или запоздалой реабилитации таких больных возникают самые серьезные осложнения, и пациент на всю жизнь останется инвалидом. Установлено, что в 50% случаев пациенты с переломами проксимального отдела бедра становятся инвалидами, требующими значительных материальных затрат и постороннего ухода, до 45% больных умирают в течение первого года после травмы по причине возникновения различных осложнений [9]. Из-за ограничения двигательной активности появляются трофические повреждения кожных покровов (пролежни), возникает венозный застой и тромбоз глубоких сосудов, что является причиной инфекционных и тромбоэмболических осложнений. Среди наиболее частых осложнений неподвижного образа жизни, как причины смертности, на первый план выходит застойная пневмония, которая не всегда легко поддается антибактериальной терапии [1,2]. В свою же очередь длительный курс антибактериальной терапии может приводить к нарушениям в работе кишечником и развитию антибиотик-ассоциированного колита, особенно у пациентов пожилого возраста на фоне атонии кишечника (сложность опорожнения) и часто неполноценного питания. Острые боли, возникающие в момент перелома и последующие изматывающие постоянные боли, вынужденная обездвиженность, изменение привычного образа жизни приводят к развитию психоэмоциональных нарушений: депрессии, страху падения и новых переломов, снижению настроения, озлобленности, ощущению упадка сил и безнадежности. При выраженных и длительных функциональных нарушениях вследствие переломов отмечается нарастание нервозности, ощущения своей бесполезности и беспомощности,

чувства вины перед родственниками; нередко возникновение мыслей о смерти, как способе избавления себя и окружающих от страданий [5,6,9].

Все перечисленные выше процессы обычно характерны и наиболее выражены у пожилых людей. Многие пациенты быстро привыкают к малоподвижному образу жизни, не стремятся выполнять специальные физические упражнения, недооценивают необходимость медикаментозной терапии, что усугубляет как тяжесть течения основного заболевания, так и проявления психофизиологических нарушений.

Однако сегодня диагноз «перелом шейки бедра» или «компрессионные переломы позвоночника» уже не звучат как приговор. Правильное и своевременное лечение, а также современные реабилитационные мероприятия способны «поднять на ноги» и улучшить качество жизни пациентов любого возраста [7,12]. Основными целями лечения остеопороза является замедление или временное прекращение потери костной массы, предотвращение переломов костей, улучшение общего состояния больного, расширение его двигательной активности, максимально возможное восстановление трудоспособности, улучшение качества жизни. Этиопатогенетическое и симптоматическое лечение остеопороза с учетов возрастных особенностей, клинико-функционального статуса каждого отдельного больного предусматривает необходимость выработки правильной долгосрочной тактики лечения и динамического наблюдения за пациентом. Сроки выздоровления больного во многом зависят от его позитивного настроя и правильного ухода [6,9].

Перечень рекомендованных лечебных восстановительных мероприятий после проведенного хирургического лечения, в сочетании с этиопатогенетическими средствами для лечения остеопороза, представляет собой: *обезболивающие мероприятия* — что включает в себя прием болеутоляющих препаратов (анальгетики, НПВС, спазмолитики) и миорелаксантов центрального действия. Пациенты с постоянной болью в спине и конечностях часто испытывают депрессию и нарушения сна, что может потребовать назначения антидепрессантов и снотворных препаратов. Физиотерапевтические методы лечения, такие как тепловые процедуры, ультразвук, электромиостимуляция, электрофорез, так же могут способствовать уменьшению болевого синдрома. *Профилактика гиподинамии* — необходима для предупреждения многих проблем со здоровьем, сопутствующих малоподвижному образу жизни [4,9].

Еще одним средством восстановительного лечения при улучшении общего состояния больного является *физическая нагрузка*. Тренировка мышц, в данном случае, способствует улучшению их тонуса, снижению болевого синдрома, формированию «мышечного корсета» и укреплению уверенности пациента в своих силах и благоприятном исходе. Большое значение на данном этапе и в последующем отводится тренировке равновесия, с целью профилактики падений и предотвращения повторных переломов.

Психотерапия — это метод восстановления, от которого зачастую напрямую зависит успех реабилитационного периода. В данном случае большое значение отводится индивидуальной работе психотерапевта или клинического психолога, где в ходе неоднократных бесед с пациентом выясняются причины подавленности, апатии и предпринимаются меры по их устранению, по необходимости с медикаментозной поддержкой [7,10,12].

Немалая роль в скорейшем выздоровлении отводится *диетотерапии*. Многие больные из-за депрессии отказываются от еды, что негативным образом влияет не только на их физическое здоровье, но и на психическое состояние. В связи с этим питание для данной категории пациентов должно быть щадящим, но в то же время полноценным и разнообразным, зачастую высококалорийным, насыщенным минеральными компонентами и витаминами (в частности кальцием, витамином Д3, фосфором необходимыми для укрепления костей).

Большое значения для адаптации пациентов в окружающей среде, уменьшения нагрузки на позвоночник и конечности, избежание падений и ранней активизации больных отдается *средствам технической реабилитации*, таким как трости и ходунки, коррекционная и ортопедическая обувь, корсеты и бандажи, противоскользящие накладки для ванны и душа, поручни, костыли, слуховые аппарата, кресло-коляски и другие [9,11]. При отсутствии противопоказаний пациентам с последствиями остеопороза рекомендовано *санаторно-курортное лечение* [7].

Таким образом, какое бы ни было на начальном этапе оказано лечение — консервативное или хирургическое — решающую роль в полном или частичном выздоровлении пациента будет играть последующий восстановительный период. Оценка качества жизни при остеопорозе в первую очередь включает в себя определение способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, восприятию окружающей обстановки, способности к общению, ориентации в окружающей среде и способности к трудовой деятельности. Приобщение людей старших возрастных групп к общественной жизни и трудовой деятельности способствует формированию ощущения полноценности жизни, самоутверждению, устранению психологического барьера между пожилыми пациентами и лицами среднего или молодого возраста, что немало важно в складывающихся социально-политических и экономических условиях [9,11].

Оценка нарушения здоровья при остеопорозе у лиц пожилого возраста, как осложненном, так и не осложненном патологическими переломами, предусматривает отнесение его по характеру расстройств функций организма к группе *нарушения статико-динамических функций.* Однако, как уже отмечалось ранее, при наличии остеопороза с его последствиями, а также сопутствующей патологии, особенно у лиц пожилого и старческого возраста присоединяются и другие нарушения. Наиболее часто встречаются следующие виды системных нарушений организма: нарушения психических функций, повреждения вестибулярного аппарата, речевые и языковые нарушения в результате перенесенного острого или хронического нарушения мозгового кровообращения, атеросклероза сосудов головного мозга, цереброваскулярных заболеваний; нарушения чувствительности, центрального или периферического кровообращения на фоне сахарного диабета 2 типа, декомпенсации сердечно-сосудистых заболеваний, нарушений сердечного ритма; нарушение функции дыхания, пищеварения. Комплексная оценка качественных и количественных показателей, характеризующих нарушение функций организма необходима для разработки и усовершенствования существующих программ реабилитации для данной категории больных.

Выводы. Травмы костно-мышечной системы представляют собой большую социально-значимую проблему вследствие их частоты, длительности периода нетрудоспособности и высокого процента инвалидизации. При неустранимых анатомических дефектах или деформациях, нарушающих опорно-двигательную функцию, препятствующих самообслуживанию, передвижению и трудовой деятельности, человек остается инвалидом на протяжении всей жизни. Однако, в отличие от пациентов, получающих группу инвалидности в результате других заболеваний (сердечно-сосудистых, онкологических), у многих пациентов, с повреждениями опорно-двигательного аппарата на фоне остеопороза, более высокий процент благоприятных исходов лечения и реабилитации. Современные методы лечения хоть и спустя длительные сроки, но приводят к восстановлению функции поврежденного органа, и в результате к частичной или полной ликвидации ограничений жизнедеятельности больного.

В заключении следует отметить, что все программы реабилитации для больных с остеопорозом должны разрабатываться индивидуально с учетом возраста, выраженности структурно-функциональных нарушений и психологического состояния пациента, а также с учетом наличия и тяжести сопутствующих заболеваний. Что требует дополнительных исследований и обсуждения данного вопроса на разном уровне организации.

Список литературы:

1. Алексеева Л.И., Баранов И.А., и др. Клинические рекомендации по профилактике и ведению больных с остеопорозом. Издание 2-ое, дополненное/ под редакцией проф. О.М.Лесняк. Российская ассоциация по остеопорозу. – Ярославль: ИПК «Литера», - 2014. – 24с.
2. Беневольская Л.И., Лесняк О.М. Остеопороз: диагностика, профилактика и лечение./ Клинические рекомендации Российской ассоциации по остеопорозу. – М., «ГЭОТАР-Медиа». – 2012. – 272с.
3. Беневоленская Л.И. Проблема остеопороза в современной медицине // Consilium medicum. – 2014. – Т. 6, № 2.
4. Зоткин Е.Г., Косульникова Е.Н. Остеопороз: от организации помощи больным к лечению. Медлайн экспресс. – 2007. – №1 (190). – С. 56–59.
5. Зоткин Е.Г., Хурцилава О.Г., Зубкова И.И., Сафонова Ю.А. Вертебральные и периферические остеопоротические переломы: диагностика и медико-социальная значимость. Травматология и ортопедия России, 2010, 2(56): 106–109.
6. Зубкова И.И. Медико-социальные и экономические последствия остеопоротических переломов среди взрослого начеления Санкт-Петербурга. Автореф. дисс. канд. мед. наук СПб., 2013, 22 с.
7. Иванов С.Н., Кочиш А.Ю., Санникова Е.В. Опыт создания службы вторичной профилактики остеопоротических переломов костей в РНИИТО им. Р.Р. Вредена. Фарматека, 2015, 4(15): 27–33.
8. Лесняк О. М. Аудит состояния проблемы остеопороза в Российской Федерации. Профилактическая медицина. - 2011, -Т. 14(2): 7-10с
9. Косульникова Е. Пушкова Е.С. Влияние осложненного сенильного остеопороза на качество жизни пожилых людей // Остеопороз и остеопатии. -2010. №1. С.5-7.
10. Михайлов Е.Е. Эпидемиология остеопороза и переломов в России / Е.Е. Михайлов, Л.В. Меньшикова, О.Б. Ершова // Материалы Рос. конгр.по остеопорозу (Москва, 20-22 окт. 2003 г.).- М.,2003. С.44.- (Прил. к журн.: Остеопороз и остеопатии.- 2003).
11. Новик А.А., Цыган Е.Н., Ионова Т.И. Остеопороз и качество жизни // Обзоры по клин. фармакол. и лек. терапии. – 2004. – Т. 3, № 4. – С. 20 – 26.
12. Burge R, Dawson-Hughes B, Solomon D.H et al. Incidence and economic burden of osteoporosis related fractures in the United States, 2005-2025. J. Bone Miner. Res., 2007, 22: 465–475.

УДК 616.12-008.331.1+616-037

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Родионова А.Ю., Сергеева В.В.

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

TOPICAL ISSUES OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION WITH METABOLIC SYNDROME

Rodionova A.U., Sergeeva V.V.

FGBU DPO « Saint- Petersburg Institute of Postgraduate Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation
Russia, St.Petersburg

Аннотация: Изучены аспекты индивидуальной программы реабилитации и эффективность реабилитационных мероприятий с применением положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) у больных артериальной гипертензией с метаболическим синдромом. Больные данной категории, признанные инвалидами, нуждаются в комплексе реабилитационных мероприятий. Основным аспектом реабилитации является медицинская реабилитация (лекарственная терапия и санаторно-курортное лечение). Показана возможность качественной и количественной оценки клинико-функционального статуса с помощью положений МКФ, а также возможность ее использования для анализа эффективности проводимой реабилитации в динамике.

Abstract: The aspects of an individual rehabilitation program and the efficiency of rehabilitation measures were studied using the provisions of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in patients with arterial hypertension with metabolic syndrome. Patients of this category, recognized as disabled, need a complex of rehabilitation measures. The main aspect of rehabilitation is medical rehabilitation (drug therapy and sanatorium treatment). efficiency The possibility of qualitative and quantitative assessment of clinical and functional status using the provisions of the ICF, as well as the possibility of its use for the analysis of the efficiency of rehabilitation in the dynamics.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, метаболический синдром, реабилитация, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Key words: Arterial hypertension, metabolic syndrome, rehabilitation, International Classification on Functioning, Disability and Health (ICF).

Актуальность. Реабилитация больных с метаболическим синдромом (МС) является актуальной задачей современной медицины. Медико-социальная значимость проблемы обусловлена большой распространенностью МС среди лиц трудоспособного возраста, высокими показателями сердечно-сосудистых осложнений и инвалидизации. В Российской Федерации одним из доминирующих компонентов МС является артериальная гипертензия (АГ) [1,2], которая в комбинации с инсулинорезистентностью, абдоминальным ожирением, дислипидемией способствует формированию атеросклеротических процессов и становится патологической основой для возникновения острого инфаркта миокарда (ОИМ), недостаточности кровообращения, острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). С позиции медико-социальной экспертизы (МСЭ) комплексная клинико-функциональная оценка больных АГ с нарушениями липидного и углеводного обмена позволяет более корректно подходить к определению степени выраженности стойких нарушений функционирования организма, ограничений категорий жизнедеятельности (ОЖД) и разработки индивидуальной реабилитации/абилитации (ИПРА) у данной категории пациентов [3]. На сегодняшний день известен алгоритм МСЭ у лиц с АГ, однако недостаточно изучены вопросы клинико-экспертной диагностики и реабилитации больных АГ с поражением органов-мишеней (ПОМ) при сочетании ее с МС, что обусловило актуальность нашего исследования.

Цель исследования – изучить аспекты ИПРА и эффективность реабилитации на основе положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) у больных АГ, ассоциированной с МС.

Материалы и методы. В исследование включены 273 больных АГ в сочетании с МС, освидетельствованных в бюро МСЭ (БМСЭ) Санкт-Петербурга. 1-я (основная) группа представлена 117 больными АГ с ПОМ (неосложненная АГ) в сочетании с МС (средний возраст − 57,7±0,9 года); 2-я группа (контрольная) − 66 больными АГ осложненного течения, имеющих в анамнезе ОИМ *и/*или ОНМК, в сочетании с МС (средний возраст − 59,4±1 года). Группы сопоставимы по возрасту и полу. Наличие МС

устанавливалось на основе критериев Всероссийского научного общества кардиологов (2009). У всех больных проанализированы аспекты ИПРА. Количественная оценка нарушений проводилась по универсальной шкале МКФ с использованием определителей при первичном и повторном (через год) освидетельствовании больного в БМСЭ. Для оценки нарушенных функций у больных изучены следующие категории (домены) МКФ: b4200 – повышение артериального давления; b4150 – функции артерий; b4101 – ритм сердечных сокращений; b4102 – сократительная сила миокарда; b4550 – общая физическая выносливость – функции, связанные с общим уровнем толерантности или переносимости физической нагрузки; b460 – ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой системы: ощущения перебоев в работе сердца, сердцебиения, затруднения дыхания, тяжести в груди, диспноэ, нехватки воздуха, удушья, комка в горле, спазма и хрипов. Выраженность нарушений по каждому домену кодировалась с использованием количественной оценки от 0-4% до 96-100%. Практический материал был сведен в разработанную нами анкету. Статистическую обработку данных производили с использованием пакета программ Excel и Statistica ver. 6.0.

Результаты и обсуждение. Стойкие нарушения функций сердечно-сосудистой системы (ССС), эндокринной системы и метаболизма выявлены у всех обследованных пациентов. В 1-й группе преобладали умеренные нарушения функций организма (69,6%), во 2-й группе – умеренные и выраженные (по 48,7%, соответственно). В основной группе больных умеренные и выраженные стойкие нарушения функций организма были представлены нарушениями сердечного ритма и проводимости легкой и средней степени тяжести (93,1%), стенокардией напряжения II–III функционального класса (78,4%), АГ 3 ст. (69,4%), хронической сердечной недостаточностью (64,7%), сахарным диабетом 2-го типа с осложнениями (СД 2-го типа) (46,5%), цереброваскулярной болезнью с дисциркуляторной энцефалопатией (43,1%). Выявленные нарушения здоровья приводили к ОЖД в виде ограничения способности к самообслуживанию, ограничения способности к самостоятельному передвижению, ограничения способности к трудовой деятельности, ограничения способности к общению и обучению 1-2 степеней.

В основной группе первично были признаны инвалидами 96,1% пациентов, среди них преобладали инвалиды III группы (69,6%). Пациенты в контрольной группе с одинаковой частотой были признаны инвалидами III и II групп (по 48,7 %, соответственно), при этом инвалидов II группы было больше по сравнению с больными в основной группе (48,7 против 26,5%, соответственно, $p<0,01$). Инвалидов I группы не было. Не были признаны инвалидами в основной группе 3,9% больных, в контрольной – 2,6%. Динамика инвалидности при повторном освидетельствовании показала рост числа инвалидов II группы среди больных основной группы на 5,9%, среди больных контрольной группы на 7%, что может свидетельствовать как о неблагоприятном прогнозе больных, так и о недостаточной эффективности проведенных реабилитационных мероприятий.

Проанализированы рекомендации по реабилитации у 86 больных основной и 50 больных контрольной группы, признанных инвалидами. Все инвалиды (100%) нуждались в медицинской реабилитации. Пациентам рекомендована лекарственная терапия, которая включала антигипертензивные, гиполипидемические, пероральные сахаропонижающие, антиагрегантные препараты, инсулинотерапию. Для лечения АГ больным с метаболическими расстройствами наиболее часто назначались ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (56,7% больных в основной группе, 65,2% − в контрольной), которые являются самым назначаемым классом препаратов для лечения АГ, что связано с большой доказательной базой в отношении кардио-, нефропротекции и снижения риска сердечно-сосудистых осложнений [4] и не противоречит рекомендациям по ведению больных с МС [5]. Частое назначение бета-адреноблокаторов (53,6% в основной группе, 63% – в контрольной) обусловлено наличием сопутствующей ишемической болезнью сердца (ИБС) в 78,4% случаев в основной группе и в 94,2%

случаев в контрольной группе, что согласуется с данными других авторов [6]. Большинству пациентов обеих групп рекомендовано комбинированное антигипертензивное лечение – 79,9% больных в основной группе и 78,3% – в контрольной. Больным с осложненной формой АГ чаще назначались статины в связи с перенесенными сердечно-сосудистыми осложнениями и большей встречаемостью у них ИБС по сравнению с пациентами, имеющими неосложненную АГ (56 против 29%, соответственно, p <0,01), что не противоречит литературным данным [7]. Пациентам основной группы чаще назначалась инсулинотерапия по сравнению с больными контрольной группы (23,7 против 10,4%, соответственно, p <0,01) в связи с декомпенсацией длительно текущего СД 2-го типа и неудовлетворительным контролем гликемии на фоне пероральных сахаропонижающих препаратов. Несмотря на широкое применение фармакологических средств, медикаментозная терапия не всегда оказывается эффективной и требует поиска путей повышения эффективности терапии МС, в том числе за счет рационального использования немедикаментозных методов лечения, включая санаторную терапию. Значительное число пациентов нуждались в санаторно-курортной форме реабилитации: 94,2% больных основной группы и 94% пациентов контрольной группы. По данным коронарографии, 14% пациентов контрольной группы нуждались в консультации кардиохирурга для определения объема реконструктивного вмешательства и реваскуляризации миокарда. У пациентов основной группы отсутствовали показания к коронарографии.

Важным аспектом трудоустройства инвалидов в рыночных условиях является их образование и профессионально-квалификационная подготовка. В нашем исследовании в профессиональной реабилитации чаще нуждались пациенты, страдающие АГ осложненного течения в сочетании с МС. В качестве мероприятий профессиональной реабилитации содействие в трудоустройстве было рекомендовано 52% больных контрольной группы, производственная адаптация – 26%, профессиональной ориентация и профессиональное переобучение – 16%. Больные, перенесшие острые сердечно-сосудистые катастрофы, чаще нуждались в мероприятиях социально-психологической реабилитации по сравнению с пациентами с неосложненной АГ (60% против 37,2%, соответственно). В качестве технических средств реабилитации пациентам преимущественно были рекомендованы средства, компенсирующие ограничения способности к самообслуживанию и передвижению.

При оценке нарушенных функций ССС у больных в процентном соотношении значения колебались от 0 до 96% как при первичном, так и при повторном осмотре. Была проанализирована динамика изменения состояния на примере выраженности нарушенных функций больных основной группы (с неосложненной АГ) при первичном и повторном обращении в БМСЭ после проведения реабилитационных мероприятий. При повторном освидетельствовании зафиксирована положительная динамика по доменам b4200 – повышение артериального давления (80% против 90%), b4150 – функции артерий (80% случаев против 90 %) и b4101 – ритм сердечных сокращений (74% против 76%). Данный факт отражает полноту проведения реабилитации. В то же время отсутствовала динамика по домену b4102 (68%) – сократительная сила миокарда и отрицательная динамика отмечена по доменам b4550 – общая физическая выносливость (42% против 40%), b460 – ощущения, связанные с функционированием ССС (56% против 48%). Полученные данные подтверждают закономерную стабильность стойких нарушений функции ССС у данных пациентов даже на фоне реабилитационных мероприятий и низкий реабилитационный потенциал.

Таким образом, результаты собственного исследования подтверждают возможность применения категорий МКФ для оценки эффективности реабилитационных мероприятий и их своевременной коррекции при необходимости.

Заключение. Больные АГ, имеющие метаболические нарушения, нуждаются в комплексной реабилитации. Приоритетным направлением у всех инвалидов вследствие

АГ с МС является медицинская реабилитация (лекарственная терапия и санаторно-курортное лечение). У пациентов с АГ осложненного течения (имеющих в анамнезе ОИМ и/или ОНМК) с МС высока нуждаемость в мероприятиях социально-психологической и профессиональной реабилитации. МКФ является приемлемым и оптимальным инструментом для оценки клинико-функционального статуса больных с АГ и МС, динамики его изменения, эффективности программы реабилитации и ее своевременной коррекции при необходимости.

Список литературы:

1. Чернавский С.В., Потехин Н.П., Фурсов А.Н. Метаболический синдром. От полиметаболических нарушений к нозологическим формам заболеваний. М.: Медпрактика-М, 2013.78 с.
2. Беляева О.Д., Березина А.В., Баженова Е.А., Чубенко Е.А., Баранова Е.И., Беркович О.А. Распространенность и варианты метаболического синдрома у пациентов с абдоминальным ожирением − жителей Санкт-Петербурга // Артериальная гипертензия. 2012.Т.18, вып. 3. С. 235–243.
3. Сергеева В. В., Родионова А.Ю. Артериальная гипертензия, ассоциированная с метаболическим синдромом: клинико-экспертные параметры, категории ограничения жизнедеятельности и аспекты реабилитации // Артериальная гипертензия. 2018. Т. 24, вып. 3. С. 321–330.
4. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Клинические рекомендации // Кардиологический вестник. 2015. №1. С. 5–30.
5. Рекомендации по ведению больных с метаболическим синдромом (клинические рекомендации). Москва, 2013.
6. Шишкин А.Н., Дроганова А.С., Минкин С.Р. Особенности влияния метаболического синдрома на течение ишемической болезни сердца // Вестник Санкт-петербургского университета. 2015. Сер.11, вып.3. С.16–22.
7. Недогода С.В. Разные возможности гиполипидемической терапии у пациентов с метаболическим синдромом // Болезни сердца и сосудов. 2010. Т. 6, вып.1. С. 51–55.

Алфавитный перечень авторов

Адрианов А.В., 170
Андрущенко Н.В, 144
Аникина В.О., 144
Аринцина И.А., 144
Афанасьева В.В., 206
Балашова Л.М., 140
Беляева С.Н., 192, 223
Бердникова Н.Ю., 90
Бессмертная О.Г., 261
Бобрик Ю.В., 80, 156
Божков И.А., 116
Бочкова И.А., 261
Бутко Д.Ю., 186, 219
Валиуллина Л.А., 25
Васильченко Е.М., 51
Вечканова И.Г., 158
Виноградская З.В., 148, 173
Владимирова О.Н., 47, 243,246
Власенко С.В., 151
Власова-Розанская Е.В., 292
Габибов И.М., 196
Гильфанова И.А., 85
Голубова Т.Ф., 151
Гордиевская Е.О., 53
Грибова И.П., 203
Гринина Е.С., 71
Громакова С.В., 177
Давыдов А.Т., 186, 219
Деденева И.В., 116
Демина Э.Н., 57
Джомардлы Э.И., 288
Дорошкевич С.В., 223
Драч Д.А., 261
Дробова Т.В., 60
Дудченко Л.Ш., 192, 223
Дымнова С.Е., 303
Дьякова Е.С., 170
Евдокимова Т.А., 183
Евсеев С.П., 243
Ежов В.В., 192, 223, 235
Емельянов Г.А., 215
Емельянцева Т.А., 135
Ермакова З.Д., 75
Ермоленко Т.В., 246
Жукова Е.В., 40
Жукова Т.В., 215
Заровкина Л.А., 183
Злоказов А.В., 19
Ивасюк Г.В., 274
Иващенко А.С., 223
Иова А.С., 144
Иосифова А.В., 98
Иосифова Э.К., 25
Ишутина И.С., 125, 177, 280
Кавалерчик Ю.Г., 60
Каладзе Н.Н., 164, 229
Калашников А.И., 111
Кантемирова Р.К., 297
Карапетян К.К., 51
Кириллова Е.В., 158
Кобылко Л.А., 203
Ковальчук С.И., 192
Кожемяченко Е.Н., 192
Кожушко Л.А., 47
Козачков С.П., 229
Кольцов А.А., 288
Колюка О.Е., 129
Комарова Л.Р., 158
Конева С.А., 125
Копыток А.В., 240
Крадинова Е.А., 229
Крысюк О.Б., 297
Крюков Е.Ю., 144
Курдыбайло С.Ф., 243
Лабейко О.А., 107
Лебедева Н.В., 170
Лорер В.В., 53, 148
Лысов Н.А., 210
Майер М.А., 144
Масликова Г.Г., 192, 223
Машурова Н.А., 75
Мельникова Г.С., 170
Менжулова Е.А., 268
Мизин В.И., 192, 223, 235
Минина Е.Н., 80
Монахова М.И., 268
Морозова Е.В., 40, 63
Мошкова Е.Д., 164, 229
Мухамедрахимов Р.Ж., 144
Онохова Т.С., 19
Осипов С.А., 36
Пальцева М.Ф., 203
Пенина Г.О., 116
Погольская М.А., 173
Полонская И.И., 121
Помников В.Г., 170
Пономаренко Г.Н., 243
Пономаренко Ю.Н., 164
Порохина Ж.В., 40
Потапенко М.В., 261
Потапчук А.А., 206
Потемкина С.В., 177, 280
Потешкина О.В., 144
Прибытков Д.Л., 210
Пяткина Е.С., 71
Разумовская А.М., 300
Разумовский М.И., 300
Рогачева Т.В., 66
Родионова А.Ю., 308
Садилова Л.А., 261
Саликова С.И., 111
Святская Е.Ф., 215, 283
Севастьянов М.А., 116
Сергеева В.В., 121, 303, 308
Сикорская И.С., 215
Смычек В.Б., 135
Сокуров А.В., 246
Солодунова М.Ю., 144
Соломкина Н.Ю., 183
Стадникова Г.Б., 280
Старобина Е.М., 53
Стрекалова С. А., 170
Супильников А.А., 210
Сусляев В.Г., 243, 246
Трекин С.В., 261
Фидарова З.Д., 297
Хаит Н., 80
Ходаковский М.Д., 125
Царев А.Ю., 235
Цветкова И.В., 90
Цукурова Л.А., 151
Чалаева А.С., 156
Чекушина Г.В., 243
Чернего Д.И., 144
Чернякина Т.С., 129
Чистякова Н.П., 116
Чукардин В.А., 53
Чупряев В.А., 246
Шамшева Е.В., 111
Шестакова Е.В., 30
Шипова Л.В., 71
Шишкина О.С., 92
Щербина К.К., 243, 246
Ямалдинова Е.А., 274
Ярков А.А., 40

Index of authors

Adrianov A.V., 170
Afanasyeva V.V., 206
Andrushchenko N.V., 144
Anikina V.O., 144
Arintsina I.A., 144
Balashova L.M., 140
Beliaeva S.N., 223
Belyaeva S.N., 192
Berdnikova N.Yu., 90
Bessmertnaya O.G., 261
Bobrik Yu.V., 156
Bochkova I.A., 261
Bozhkov I.A., 116
Butko D.Y., 186, 219
Chalaeva A.S., 156
Chekushina G.V., 244
Chernego D.I., 144
Chernyakina T.S., 129
Chistyakova N.P., 116
Chukardin V.A., 53
Chupryaev V.A., 247
Davydov A.T., 186, 219
Dedeneva I.V., 116
Demina E.N., 57
Doroshkevich S.V., 223
Drach D.A., 261
Drobova T.V., 60
Dudchenko L.Sh., 192, 223
Dyakova E.S., 170
Dymnova S.E., 303
Dzhomardly E.I., 288
Emelyanau G.A., 215
Ermakova Z.D., 75
Ermolenko T.V., 247
Evdokimova T.A., 183
Evseev S.P., 244
Ezhov V.V., 192, 223, 235
Fidarova Z.D., 297
Gabibov I.M., 196
Gilfanova I.A., 85
Golubova T.F., 151
Gordievskaya E.O., 53
Gribova I.P., 203
Grinina E.S., 71
Gromakova S.V., 177
Iosifova A.V., 98
Iosifova E.K., 25
Iova A.S., 144
Ishutina I.S., 125, 177, 280
Ivaschenko A.S., 223
Ivasyuk G.V., 274
Kaladze N.N., 164, 229
Kalashnikov A.I., 111
Kantemirova R.K., 297
Karapetian K.K., 51
Kavalerchik Yu.G., 60
Khodakovskii M.D., 125
Kirillova E.V., 158
Kobylko L.A., 203
Koltsov A.A., 288
Kolyuka O.E., 129
Komarova L.R., 158
Koneva S.A., 125
Kovalchuk S.I., 192
Kozachkov S.P., 229
Kozhemyachenko E.N., 192
Kozhushko L.A., 47
Kradinova E.A., 229
Krysyuk O.B., 297
Kryukov E.Yu., 144
Kurdybailo S.F., 244
Kapytok A.V., 240
Labeiko O.A., 107
Lebedeva N.V., 170
Lorer V.V., 53, 148
Lysov N.A., 210
Mashurova N.A., 75
Maslikova G.G., 192, 223
Mayer M.A., 144
Melnikova G.S., 170
Menzhulova E.A., 268
Mizin V.I., 192, 223, 235
Monakhova M.I., 268
Morozova E.V., 40, 63
Moshkova E.D., 164, 229
Muhamedrahimov R.J., 144
Onokhova T.S., 19
Osipov S.A., 36
Paltseva M.F., 203
Penina G.O., 116
Pogolskaya M.A., 173
Polonskaya I.I., 121
Pomnikov V.G., 170
Ponomarenko G.N., 244
Ponomarenko U.N., 164
Porohina J.V., 40
Potapchuk A.A., 206
Potapenko M.V., 261
Potemkina S.V., 177, 280
Poteshkina O.V., 144
Pribytkov D.L., 210
Pyatkina E.S., 71
Razumovskaya A.M., 300
Razumovskiy M.I., 300
Rodionova A.U., 308
Rogacheva T.V., 66
Sadilova L.A., 261
Salikov S.I., 111
Scherbina K.K., 247
Sergeeva V.V., 303, 308
Sergeyeva V.V., 121
Sevastianov M.A., 116
Shamsheva E.V., 111
Shcherbina K.K., 244
Shestakova E.V., 30
Shipova L.V., 71
Shishkina O.S., 92
Sikorskaya I.S., 215
Smychek V.B., 135
Sokurov A.V., 247
Solodunova M.Yu., 144
Solomkina N.U., 183
Stadnikova G.B., 280
Starobina E.M., 53
Strekalova S.A., 170
Supilnikov A.A., 210
Suslyaev V.G., 244, 247
Sviatskaya E.F., 215, 283
Trekin S.V., 261
Tsarev A.Yu., 235
Tsukurova L.A., 151
Tsvetkova I.V., 90
Ulasova-Razanskaya E.V., 292
Valiullina L.A., 25
Vasilchenko E.M., 51
Vechkanova I.G., 158
Vinogradskaya Z.V., 148, 173
Vladimirova O.N., 47, 244, 247
Vlasenko S.V., 151
Yamaldinova E.A., 274
Yarkov A.A., 40
Yemelyantsava T.A., 135
Zarovkina L.A.,, 183
Zhukava T.V., 215
Zhukova E.V., 40
Zlokazov A.V., 19