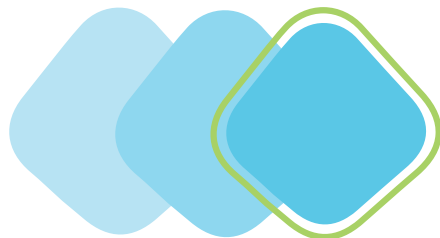


Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный научно-образовательный центр
медико-социальной экспертизы и реабилитации им. Г.А. Альбрехта»
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Российская академия наук (РАН)

Научное общество физической и реабилитационной медицины



ШЕСТОЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

РЕАБИЛИТАЦИЯ – XXI ВЕК: ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ

К 145-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ Г.А. АЛЬБРЕХТА

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

18-19 СЕНТЯБРЯ 2023 ГОДА

Санкт-Петербург
Отель «Санкт-Петербург», Пироговская наб. 5/2
reabin.congress-ph.online

Научное издание

VI НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС
РЕАБИЛИТАЦИЯ – XXI ВЕК: ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ

Сборник тезисов – электронное издание
СПб.: 2023 г. – 242 с.

Рецензент: Дидур М.Д., доктор медицинских наук, профессор

Материалы публикуются в авторской редакции

Технические редакторы:
Трофимова А.И., Швецова В.С.
Дизайн, верстка:
Куделина Т.П.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

О РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Абдуллаев А.Х.^{1,2}, Арипов Б.С.¹, Алиахунова М.Ю.¹, Хан Т.А.¹

¹ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»,

²Ташкентский медицинский педиатрический институт,

г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Проблема лечения и реабилитации больных с дегенеративными заболеваниями суставов с коморбидной патологией продолжает оставаться одной из актуальных задач.

Цель исследования. Изучение эффективности комплексной реабилитации больных остеоартритом (ОА) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. Наблюдали больных ОА I-II стадии (18 ОА коленных суставов, 12 полиостеоартрит и 8 – ОА тазобедренных суставов) в сочетании с ХОБЛ 2-3 степени тяжести. Проведены клиничко-функциональные, рентгенологические, биохимические (АЛТ, АСТ, билирубин, С-реактивный белок (СРБ) исследования. Изучали функцию внешнего дыхания (ФВД), данные пикфлоуметрии (ПФМ). Пациенты получали по индивидуально подобранным программам ультрафиолетовое облучение (УФО), ультравысокочастотную микроволновую, крайне высокочастотную, магнито- или лазеротерапию, занимались лечебной физической культурой (ЛФК), дыхательной гимнастикой по 20 минут 2-3 раза в день (дыхание через сомкнутые губы, выдох с сопротивлением, дыхание в согнутом положении с наклоном вперед, упражнения на диафрагмальное дыхание). На фоне базисного лечения ХОБЛ пациенты получали хондропротектор, в течение 6-ти месяцев.

Результаты и обсуждение. В динамике у обследуемых уменьшилась одышка с $2,9 \pm 0,29$ до $1,3 \pm 0,15$ и кашель с $2,5 \pm 0,14$ до $1,2 \pm 0,16$ баллов на фоне купирования физикальных явлений, слабости, потливости, улучшения общего состояния больных. Увеличилась бронхиальная проходимость по данным ПФМ (с $305,6 \pm 21,9$ до $343,4 \pm 23,1$ л/мин). Установлена положительная динамика показателей ФВД и клиничко-биохимических параметров. Уменьшились/прошли явления воспаления в бронхолегочной системе, что коррелировало с лабораторными показателями (СРБ, лейкоциты, СОЭ, мокрота). Начиная с 1-го месяца лечения, больные стали отмечать уменьшение боли и других клинических признаков ОА, более значимые в группе больных с ОА коленных суставов. Отмечено уменьшение боли при движении по визуальной аналоговой шкале (ВАШ, мм) к 3-му месяцу наблюдения с 72 ± 10 до 30 ± 4 и значительное уменьшение боли в покое с 35 ± 6 до 12 ± 3 . Функциональный индекс Лекена (Фил) у данных паци-



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ентов уменьшился с 7,2 до 4. В группе больных с полиостеоартритом уменьшение боли при движении по ВАШ: с 71 ± 15 до 28 ± 6 мм к 3-му месяцу наблюдений (в покое – с 31 до 12). Фил уменьшился с 6 до 4. У пациентов с ОА тазобедренных суставов боль при движении уменьшилась с 80 до 36, а в покое – с 31 до 21, при уменьшении Фил с 6 до 5. Хондропротектор позволил уменьшить дозу или полностью отменить прием традиционных нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП): Через 3 месяца 18% пациентов принимали их по требованию, а 82% отказались. Реабилитация ОА с коморбидной патологией это комплексный процесс с воздействием на патогенетические механизмы заболеваний и совместное применение современных средств фармакотерапии и реабилитации обеспечило повышение толерантности к физической нагрузке и благоприятно влияло на результаты заключительного этапа суставной и легочной реабилитации. ЛФК является классической программой медицинской реабилитации больных ОА с ХОБЛ. Это связано с корригирующим влиянием ЛФК на биомеханику движения и дыхания, улучшением бронхиальной проходимости, ускорением обратного развития воспалительного процесса и увеличением резервов ФВД. Доступными методами физиотерапии при ОА и ХОБЛ являются УФО, УВЧ, индуктотерапия, микроволновая терапия сантиметрового и дециметрового диапазонов, крайне высокочастотная терапия, амплипульстерапия, магнитотерапия. Они уменьшают воспалительные явления в суставах и бронхах, улучшают подвижность суставов и бронхиальную проходимость, снижают экссудативные реакции в легочной паренхиме, оказывают бактериостатическое действие и обеспечивают иммуномодулирующий эффект. Эффективны иглорефлексотерапия, электро- и лазеропунктура, точечный массаж. Лазерное излучение обладает противовоспалительным эффектом, повышает реактивность организма, улучшает реологические свойства крови. Клинические проявления – разрешение воспаления, в том числе синовита и уменьшение отека слизистой бронхов. Гирудотерапия может применяться на амбулаторном этапе реабилитации. Применение комбинированного приводило к более быстрому уменьшению болевого синдрома, укорачиванию срока пребывания больного в стационаре и восстановлению повседневной активности. Полученные результаты показали эффективность комбинированного хондропротектора в терапии ОА и возможность его применения в общеврачебной практике.

Выводы. Современное лечение и реабилитация ОА с ХОБЛ направлены не только на уменьшение боли и улучшение функционального состояния пораженных органов, но и на замедление прогрессирования заболевания с помощью комплексного воздействия нефармакологических и медикаментозных методов, повышающих качество жизни больных. Только комплексный циклический подход в лечении и реабилитации заболеваний суставов с коморбидной патологией позволяет обеспечить предупреждение или замедление морфологических изменений в органах.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ

Аляви Б.А.^{1,2}, Абдуллаев А.Х.^{1,2}, Узоков Ж.К.¹, Курмаева Д.Н.³,
Азизов Ш.И.¹, Пулатов Н.Н.¹

¹ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»,

²Ташкентский педиатрический медицинский институт,

³Центр высоких технологий,

г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. На фоне успехов хирургического лечения коронарной болезни сердца (КБС) не в полной мере осуществляется индивидуальный подход к проведению кардиореабилитации (КР).

Цель исследования. Оценка эффективности комплексной КР пациентов КБС, подвергшихся стентированию коронарных артерий (СКА).

Материалы и методы. Наблюдали пациентов КБС стабильной стенокардией (СС) напряжения III-IV ФК, подвергшихся плановому СКА (40) и получавших стандартную терапию (аспирин+клопидогрел, β-адреноблокаторы, статины, ингибиторы АПФ). Из них 20 пациентов получали дополнительно растительный препарат Миокардин в течение 20 дней. Все больные занимались ЛФК по соответствующей программе КР, е/д. и на аппарате FCXT fluid recumbent cycle) (дозировка: 1-3 день – уровень 1, частота 30 об/мин, скорость 8 км/ч; 4-6 день – уровень 3, частота 35 об/мин, скорость 9 км/ч; 7-9 день – уровень 5, частота 40 об/мин, скорость 10 км/ч). Исходно и в динамике (через 3 и 6 месяцев) изучали показатели электро-, эхокардиографии (ЭКГ, ЭХОКГ с оценкой параметров структурно-функционального состояния левого желудочка (ЛЖ), доплерографию, велоэргометрии (ВЭМ), липидов (общий холестерин (ОХС), ХС липопротеидов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), агрегацию тромбоцитов, полиморфизм генов 9p21 (rs 2383206 и rs 10757272) полимеразно-цепной реакцией.

Результаты и обсуждение. От изученности предоперационной клинической ситуации и жизнеспособности миокарда во многом зависит успех оперативного вмешательства. У 54% обследованных выявлена атерогенная дислипидемия. Изучение липидного спектра выявило более высокие показатели ОХС $-7,2 \pm 0,6$; ТГ $-2,3 \pm 0,2$; ХСЛПНП $- 3,7 \pm 0,26$ ммоль/л у больных КБС СС IV ФК по сравнению с таковыми у больных с III ФК: $6,6 \pm 0,29$; $3,0 \pm 0,28$; $1,2 \pm 0,11$ ммоль/л и более низкое содержание уровня ХСЛПВП у больных КБС СС IV ФК, чем у больных с III ФК: соответственно $1,2 \pm 0,1$ и $1,15 \pm 0,14$ ммоль/л. ХС после трехмесячной терапии аторвастатином снизился на 23% ($p < 0,05$), ХСЛПНП на 26%.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Розувастатин уменьшил эти показатели соответственно на 30 и 36%. ХСЛПВП на фоне терапии аторвастатином увеличился на 6%, а содержание ТГ уменьшилось на 30% ($p < 0,05$). Розувастатин увеличил первый показатель на 8% и уменьшил второй на 38%. Статины оказали гиполипидемическое действие, т.е. влияли на основные патогенетические звенья атеросклероза и КБС. При анализе распределения генотипов и аллелей в изучаемой группе было выявлено: Аллель G – 41 (68%), аллель A – 19 (32%), наблюдается преобладание аллеля G в 2,1 раз. Генотип GG выявлен у 14 пациентов (47%), а мутантный генотип AA только у 3 пациентов (10%), тогда как гетерозиготы обнаружены в 43% случаев ($n=13$). По результатам генотипирования полиморфного локуса G681A идентифицированы 3 генотипа – GG, AG и AA. Наиболее распространенным генотипом оказался генотип GG (47%), у носителей которого активность фермента сохранена, у носителей гетерозиготного генотипа GA, составивших 43%, регистрируется сниженная активность фермента. Генотип AA обнаружен у 10% пациентов. Пациентам с медленным типом метаболизма необходимо снижение дозы клопидогрела. Миокардин усиливал эффект базисной терапии. КР и медикаменты пациенты переносили хорошо, без осложнений и побочных эффектов.

Индивидуально дозированные физические тренировки (ФТ) больных в зоне аэробно-анаэробного перехода повышали их физическую работоспособность, улучшали показатели центральной гемодинамики. При применении длительных контролируемых ФТ умеренной интенсивности на этапе КР при КБС с полной реваскуляризацией миокарда после СКА, ранние признаки нормализации диастолической функции определялись уже через 3 месяца. Восстановление периодов раннего и позднего диастолического наполнения ЛЖ у больных с полной реваскуляризацией миокарда определяли через 6 месяцев и позже – у больных с неполной реваскуляризацией. Длительно контролируемые ФТ умеренной интенсивности увеличивали толерантность к физической нагрузке на 32% и средней продолжительности выполненной нагрузки на 38%, по сравнению с таковыми больных, не выполнявших эти ФТ. Интенсивность и длительность упражнения должна обеспечивать адекватный аэробный режим (20-30 мин 3-4 раза в неделю). Общая продолжительность занятий 25-60 мин., а ритм их выполнения должен быть структурирован – разминка 5-10 мин., непосредственно нагрузка 20-40 мин., расслабление 5-10 мин. Чем менее тренирован пациент, тем более длительной должна быть разминка. Во избежание сильной усталости, болей в мышцах или травм, не рекомендованы занятия в течение нескольких дней подряд.

Выводы. Эффективность и прогноз оперативных вмешательств определяются не только длительностью и особенностями течения КБС, количеством стенозированных сосудов, полнотой реваскуляризации, наличием послеоперационных осложнений. Во многом они зависят от тактики ведения больных в послеоперационном периоде, от правильности выбора программ КР, в том числе от использования наиболее эффективных способов ФТ.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ВЛИЯНИЕ КОНСТРУКТОРА ОБУВИ НА КИНЕМАТИЧЕСКИЕ, КИНЕТИЧЕСКИЕ И ЭЛЕКТРОКИМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ВО ВРЕМЯ ХОДЬБЫ

Аксенов А.Ю., Некрасова Е.А., Щербаков С.В., Щербакова Н.И.
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет
промышленных технологий и дизайна»,
Санкт-Петербург

Актуальность. Нарушение двигательного стереотипа является одним из самых распространенных заболеваний среди пациентов с детским церебральным параличом и представляет существенную медико-социальную проблему. Помимо хирургических вмешательств и программ реабилитации, пациентам могут назначать ортопедические изделия и обувь для коррекции двигательных паттернов ходьбы. Однако в России практически недоступно услуга изготовления индивидуальной обуви для коррекции двигательных нарушений, что связано с отсутствием научной базы, лабораторных условий для изучения влияния конструктивных особенностей обуви на биомеханику ходьбы, а также ограниченными возможностями изготовления индивидуальной обуви. Следует отметить, что значительная часть населения также страдает от других нарушений опорно-двигательного аппарата, связанных с сидячим образом жизни, возрастом и другими заболеваниями.

Цель исследования. Разработка конструктора обуви для быстрого выбора оптимальной конструкции обуви и оценка ее влияния на кинематические, кинетические и электромиографические данные.

Материалы и методы. Исследование проводилось в Санкт-Петербургском государственном университете промышленных технологий и дизайна в лаборатории биомеханики движения человека. Все участники добровольно подписывали информативное согласие на участие в исследовании. В пилотном проекте приняли участие трое человек. Кинематические данные регистрировались с помощью 9 высокоскоростных инфракрасных камер компании Qualisys, Miqus M5 с установленной частотой 100 Гц. Регистрация кинетических данных осуществлялась двумя силовыми платформами с частотой измерения 1000 Гц (Kistler). Регистрация электромиографических данных производилась беспроводной системой Delsys Trigno Avanti research + с частотой регистрации 2000 Гц.

Для анализа кинематики движения использовалась клиническая модель IOR для установки пассивных маркеров. Регистрировались шесть мышц нижних конечностей: Medial Gastrocnemius, Lateral Gastrocnemius, Soleus, Tibialis Anterior, Rectus Femoris и Biceps Femoris.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Анализ результатов осуществлялось в биомеханической программе Visual3D (C-Motion).

В ходе исследования протестировано девять конструктивных изменений обуви, включая высоту подошвы, уровень пятки и углы подъема носка. Обувь адаптировалась для каждого эксперимента в режиме реального времени с использованием специально разработанной технологии. Конструктор обуви был распечатан на 3D-принтере. Жесткость элементов тщательно исследовалась и подбиралась для обеспечения максимального комфорта при ходьбе и снижения общей массы обуви. Для учета влияния фактора скорости на результаты исследования использовался метроном.

Результаты. Результаты исследования показали, что конструктивные особенности обуви приводят к изменениям в углах суставов, моментах и работе мышц. Это связано с перемещением точки реакции опоры на суставы во время фазовых перекатов стопы, скоростью контракции мышц и изменением длины мышечных волокон, обусловленными конструктивными особенностями обуви.

Заключение. Был разработан конструктор обуви, который позволяет в реальном времени адаптировать анатомическую форму обуви для коррекции двигательных нарушений. Конструктор обуви удобен в использовании. Используя систему видеонализа, разработана методика регистрации кинематических, кинетических и электрокимографических данных. Изменения конструктивных особенностей обуви влияло на биомеханический паттерн ходьбы. Данный конструктор обуви может позволить в будущем корректировать небольшие двигательные нарушения, подбирать и изготавливать индивидуальную обувь. Однако для более детального изучения влияния различных конструктивных особенностей обуви на биомеханические параметры необходимо сначала провести достаточные исследования на здоровых людях, а затем уже приступать к исследованиям, направленным на коррекцию различных функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

НЕЙРОПРОТЕКТОРЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Арапов А.С.¹, Шпагин М.В.², Лаптев А.А.³

¹ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России,

²ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39»,

³ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж»,

г. Нижний Новгород

Цель исследования. Оценить эффективность комплексного применения препаратов семакс и цитиколина в реабилитации больных после черепно-мозговой травмы (ЧМТ).

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов обоего пола в возрасте 21-45 лет, перенесших тяжелую ЧМТ. Больные были разделены на три группы: 1-я группа (n=10) – больные, которым проводили стандартную базовую реабилитацию тяжелой черепно-мозговой травмы; 2-я группа (n=10) – больные, которым к проводимой базовой стандартной терапии добавляли семакс 0,1% раствора в течение 14 суток; 3-я группа (n=10) – больные, к которым к проводимой базовой стандартной терапии добавляли цитиколин в дозе 1000 мг/сут в виде непрерывной капельной инфузии в течение 20 суток.

Больным проводилось клиничко-неврологическое, нейрофизиологическое, клиничко-психологическое и нейроручевое исследования. В качестве выявления возможной гипоксии вещества головного мозга после тяжелой черепно-мозговой травмы мы использовали динамические показатели активности ферментов креатинкиназы (КК) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ), а также активности молочной кислоты (лактата).

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование установило, что в посттравматический период ЧМТ сопровождается существенным увеличением активности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ). Низкая емкость собственной антиоксидантной системы (АОС) клеток не может компенсировать резкую активацию процессов ПОЛ и истощается. Введение семакса способствует восстановлению защитно-приспособительных реакций на уровне мембран клеток мозга, что предотвращает резкую активацию ПОЛ и истощение АОС и сопровождается более ранним повышением сознания. Введение цитиколина в дозе 1000 мг/сут, как предшественника ключевых ультраструктурных компонентов клеточной мембраны (преимущественно фосфолипидов), обладающего широким спектром действия: способствует восстановлению уже поврежденных мембран клеток, ингибирует действие фосфолипаз, препятствуя избыточному образованию свободных радикалов, а также предотвращает гибель клеток, воздействуя на механизмы апоптоза. Что как следствие



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ведет еще к более раннему эффекту от терапии, значительно превышающему выраженность эффекта от применения семакса.

Сравнение группы пациентов, которым вводили семакс и цитиколин, позволило сделать вывод о том, что курсовое применение в реабилитации больных после тяжелой ЗЧМТ обоих препаратов является эффективным методом профилактики вторичного гипоксического поражения вещества головного мозга и может быть рекомендовано для широкого комплексного использования в нейрохирургических и реабилитационных отделениях.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ АТАКСИИ У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ВТОРОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ, С ПРИМЕНЕНИЕМ УПРАЖНЕНИЙ НА ГАБИТУАЦИЮ, АДАПТАЦИЮ И ТРЕНАЖЕРА ST-150 С БОС

Асеев А.В., Иващенко О.Е., Конограй С.А., Жадан О.Н.

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт –
Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского»
Минздрава Краснодарского края,
г. Краснодар

Актуальность. В России ежегодно инсульт развивается в среднем у 500 тысяч человек, с последующей инвалидизацией около 40% трудоспособного возраста.

Цель. Оценить эффективность восстановления координационных способностей и баланса у пациентов после мозгового инсульта с использованием тренажера, имеющим биологически обратную связь и упражнений на габитуацию, адаптацию, на основе шкалы баланса Берга.

Материалы и методы. В условиях специализированного отделения медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции ЦНС (II-го этапа реабилитации) обследовано 18 пациентов из которых 10 мужчин и 8 женщин, в возрастной группе от 42 до 63 лет, с нарушением координации и баланса после мозгового инсульта, в восстановительном периоде до одного года.

К основным применяемым методам двигательной реабилитации при атаксии (упражнения Френкеля, вестибулярная гимнастика и тренировка баланса), также применялась БОС-терапия с использованием стабилотренажера ST-150.

Результаты и обсуждение. В результате оценки проведения статистического анализа после завершения реабилитационных мероприятий, были получены следующие результаты.

У группы пациентов из 18 человек, на момент завершения реабилитационного курса, была проведена интерпретация результатов оценки по шкале баланса Берга: 6 человек набрали от 0 до 20 баллов (33%), сохраняется высокий риск падения; 9 человек 21-40 баллов (50%), что позволило снизить уровень риска падения до среднего и у 3-х пациентов, которые вышли на показатели 41-56 баллов (18%) уровень риска падения снизился до минимального.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Заключение. В результате оценки эффективности проведения реабилитационных мероприятий с использованием упражнений Френкеля, вестибулярной гимнастики и тренировки баланса, а также с применением стабило-тренажера ST-150, была доказана эффективность и возможность применения данного комплексного подхода на втором этапе реабилитации у пациентов с координационными нарушениями, после перенесенного инсульта.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД НА РАННЕМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМОЙ И РАНЕНИЕМ НА ЗАНЯТИЯХ ЛФК С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МКФ И КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ, КАК ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО МЕТОДА ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ ИХ ЗДОРОВЬЯ И АДАПТАЦИИ

Барыкина Е.И., Виноградова Т.В., Зуева О.Н.,

Гальцев Г.А., Плотник А.В.

СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»,

Санкт-Петербург

Актуальность. В условиях проведения Специальной Военной операции наиболее частыми пациентами являются военнослужащие, с минно-взрывной травмой (МВТ) и минно-взрывным ранением (МВР) часто сопровождающиеся повреждением верхних и нижних конечностей.

Цель исследования. Оценить комплексный подход на раннем этапе реабилитации военнослужащих с минно-взрывной травмой и ранением на занятиях ЛФК с использованием МКФ и кинезиотейпирования, как вспомогательного метода по восстановлению их здоровья и адаптации.

Для достижения указанной цели необходимо было решить следующие задачи:

1. По данным анкетирования и диагностики провести сравнительную оценку нарушений опорно-двигательного аппарата в начале и конце курса ранней реабилитации;
2. Сформировать краткосрочные цели, используя МКФ;
3. Оценить эффективность ранней реабилитации используя МКФ;
4. Оценить возможность комбинации использования методики лечебной физкультуры и кинезиотейпирования для увеличения эффективности ранней реабилитации.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 109 пациентов с травмами верхних и нижних конечностей.

Пациенты находились на раннем этапе медицинской реабилитации в предоперационный период, и продолжали получать лечебную физкультуру и кинезиотейпирование в раннем послеоперационном периоде.

Оценка состояния проводилась 4-хкратно: в день поступления, через 5 дней (2-хкратно, в течение ранней реабилитации), при выписке или переводе в отделение реабилитации.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Пациенты рандомным методом были разделены на основную и контрольную группы. У пациентов основной группы (50 человек) комплекс ранней реабилитации составлялся после оценки по Международной классификации функционирования (МКФ) и состоял из лечебной гимнастики и кинезиотейпирования.

Пациенты контрольной группы (59 человек) получали восстановительное лечение наравне с основной группой. Оценка состояния в данной группе проводилась стандартными шкалами: ВАШ (Визуально-аналоговая шкала боли), 6-тибальная шкала мышечной силы, Оценка выраженности отека (в сантиметрах), Оценка объема движений (в градусах), Оценка качества жизни проводилась по шкале Н.Е. Водопьяновой.

План реабилитации в основной группе строился на основании МКФ. Также, на основании МКФ определялись цели и задачи на конкретный промежуток времени (от 5 до 10 дней).

В контрольной группе лечебная гимнастика проводилась без учета МКФ, ставились общие задачи, кинезиотейпирование не применялось.

Результаты и обсуждение. В ходе эксперимента, эффективность в основной группе была выше с первой недели занятий. Т.к. пациенты решали задачи, которые для них были актуальны. Поэтому все пациенты были высоко мотивированы к выполнению заданий со специалистом по реабилитации и выполнению заданий без специалистов.

Пациенты контрольной группы занимались только под контролем методиста ЛФК и не всегда выполняли задания без инструктора.

Кинезиотейпирование позволяло улучшить микроциркуляцию в коже и подкожной клетчатке, уменьшить болевой синдром в поврежденном участке за счет оптимизации лимфодренажа данного региона, способствовало более быстрому восстановлению функциональной активности мышц и эластических свойств фасций.

Выводы. При комплексном применении МКФ, кинезиотейпирования и занятий ЛФК:

1) По данным анкетирования и диагностики, у пациентов из основной группы раньше наблюдалось снижение отека, увеличение подвижности, быстрее наступала адаптация к нагрузкам.

2) Краткосрочные цели были составлены с использованием МКФ, что позволило пациентам быть включенными в реабилитационный процесс и получать реабилитацию, исходя из их запросов.

3) Цели, поставленные при помощи МКФ, помогли в эффективности и мотивации пациентов на занятиях.

4) Снижение отечности и болевого синдрома позволяет говорить об эффективности использования метода кинезиотейпирования.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Поскольку методика кинезиотейпирования подбирается индивидуально для каждого пациента, адаптация к физическим нагрузкам проходит значительно легче. Поэтому использование методики кинезиотейпирования в сочетании с занятиями ЛФК позволяет сократить сроки ранней реабилитации и адаптации пациента к физическим нагрузкам.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ВНЕДРЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ПРОЦЕСС МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ: ПЕРСПЕКТИВЫ И ВЫЗОВЫ

Бегун М.С., Стасюк Г.Е.

ФГБОУ ВО «Псковский государственный университет»,
г. Псков

Актуальность. Медико-социальная экспертиза (МСЭ) играет ключевую роль в определении инвалидности, трудоспособности и социальном обеспечении инвалидов. Однако, традиционные методы экспертизы имеют ограничения: длительные процессы и возможное субъективное восприятие данных. В особенности, повышение эффективности МСЭ как никогда актуально в условиях настоящей ситуации в государстве: увеличение отдельной категории граждан, а именно бойцов, получивших ранения в условиях выполнения задач СВО, требует внимательной и оперативной медико-социальной помощи.

Перспективы применения искусственного интеллекта (ИИ) включают ускорение процесса экспертизы, обеспечение объективности и надежности, а также анализ объемных данных, что способствует более эффективной медико-социальной помощи.

Вызовы применения ИИ в МСЭ включают этические вопросы, необходимость больших и разнообразных данных для обучения алгоритмов и защиту конфиденциальности медицинских данных. Внедрение ИИ в экспертизу предоставляет значительные возможности для улучшения социальной поддержки и реабилитации лиц с ограниченными возможностями, но требует активного участия исследователей и практиков, чтобы преодолеть вызовы и обеспечить этическое и эффективное применение технологий ИИ.

Цель исследования. Обобщение значимости ИИ в МСЭ и его потенциала для совершенствования процесса с учетом медицинских и социальных потребностей лиц с ограниченными возможностями.

Конкретные задачи исследования:

1. Оценка текущего состояния МСЭ и сравнение с традиционными методами.
2. Анализ перспектив ИИ в повышении точности и доступности экспертизы.
3. Выявление вызовов и ограничений применения ИИ.
4. Предоставление рекомендаций для внедрения ИИ в МСЭ.

Материалы и методы. 1) Литературный обзор: проведен анализ актуальных научных статей и официальных документов, связанных с применением искусственного интеллекта в медико-социальной экспертизе. Использовались



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

онлайн-базы данных, такие как PubMed, Google Scholar и другие, для обеспечения актуальности и достоверности данных. 2) Кейс-стади: выбраны две группы пациентов случайным образом: одна прошла МСЭ с использованием искусственного интеллекта, другая – с применением традиционных методов. Проведен сравнительный анализ результатов оценки инвалидности и трудоспособности в обеих группах.

Результаты и обсуждение. Исследования показывают, что применение алгоритмов машинного обучения в медико-социальной экспертизе приводит к значительному повышению точности оценки инвалидности по сравнению с экспертами. В среднем, использование искусственного интеллекта демонстрирует превосходство в точности оценки примерно на 20%. Таким образом, ИИ обеспечивает более точные и объективные результаты, что может улучшить процесс медико-социальной экспертизы и социальную поддержку для категории населения с ограниченными возможностями.

Применение искусственного интеллекта в медико-социальной экспертизе сталкивается с вызовами, связанными с нехваткой качественных данных для обучения алгоритмов, а также этическими аспектами, такими как защита данных и соблюдение прав человека. Безопасное и эффективное использование технологий ИИ требует строгого контроля над конфиденциальностью медицинских данных и обеспечения надежной защиты от несанкционированного доступа.

В рамках кейс-стади была проведена оценка трудоспособности у 50 пациентов с ограниченными возможностями. Для этого были сравнены результаты оценки традиционными методами и с помощью искусственного интеллекта Merative.

Результаты исследования показали, что в сравнении с традиционными методами экспертизы, использование искусственного интеллекта позволило повысить точность на 18% с погрешностью $\pm 2\%$. Это свидетельствует о преимуществе искусственного интеллекта в процессе оценки трудоспособности и его потенциале для улучшения медико-социальной экспертизы.

Выводы. ИИ значительно улучшает процесс МСЭ и повышает эффективность социальной поддержки. Анализ успешных примеров применения ИИ в МСЭ позволяет сделать следующие выводы:

1. Точность и ускорение процесса: ИИ превосходит традиционные методы и сокращает время заполнения последних листов МСЭ и обработку данных при повторной явке пациентов, что позволяет уменьшить сроки ожидания решений, улучшая доступность медико-социальной помощи.

2. Объективность и надежность: искусственный интеллект позволяет избежать субъективных ошибок, предоставляя более объективные рекомендации.

3. Анализ объемных данных: ИИ обрабатывает медицинские и социальные данные, выявляя закономерности и связи.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Рекомендации для внедрения ИИ в МСЭ:

1. Развитие инфраструктуры: обеспечить доступ к объемным данным для обучения алгоритмов машинного обучения.
2. Этические алгоритмы и защита данных: создать этические алгоритмы и обеспечить конфиденциальность медицинских данных.
3. Обучение и поддержка экспертов: обучить специалистов работе с ИИ и обеспечить поддержку.
4. Постепенная реализация: параллельно сравнивать результаты с традиционными методами для плавного перехода.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ РАБОТЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Беляева С.И.

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

Актуальность. Сопровождение пожилых людей – одна из важнейших задач государства в области социальной политики. Демографические тенденции, связанные с увеличением продолжительности жизни показывают стремительный рост количества людей пожилого возраста. Так, по информации ВОЗ к 2050 году пожилые люди (определяемые как в возрасте 60 лет или старше) будут составлять более четверти от общей численности населения мира (до 28%). С увеличением продолжительности жизни, пропорционально отмечается рост количества нарушений психической адаптации, обусловленных неспецифическими процессами старения. Это определяет важность разработок такой среды, которая была бы адекватна характеристикам снижения адаптационных ресурсов в старческом возрасте.

Цель. Разработка системы психологического сопровождения в гериатрическом центре для продления периода жизненной активности людей пожилого и старческого возраста

Результаты и обсуждение. Согласно федеральному закону от 28 декабря 2013 г. №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» помощь нуждающимся пожилым людям в настоящее время оказывают учреждения социального обслуживания, к которым относятся гериатрические центры (в т.ч. пансионаты). При организации работы этих учреждений важно учитывать, что пожилой и старческий возраст характеризуется риском возникновения состояний, ограничивающих и даже исключающих возможность самообслуживания. Эти состояния связаны, как правило, с системными инволюционными изменениями соматического, психического и социального статусов в позднем онтогенезе. В этом случае, для предупреждения возникновения ситуаций опасных для жизни и здоровья пожилого человека, мало обеспечить для него присмотр и уход, необходимо привлечение профильных специалистов-медиков, психолога и социального работника, которые во взаимодействии конструируют такую комплексную систему сопровождения, которая сама приспосабливается под индивидуальные потребности и возможности проживающих в пансионате пожилых людей. Под комплексной системой психологического сопровождения работы гериатрического центра понимается целостный и непрерывный процесс создания



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

условий для продления периода жизненной активности людей пожилого и старческого возраста, осуществляемый всеми сотрудниками пансионата в ситуациях взаимодействия. В основу положена идея антропологической модели, в которой выделяются три взаимосвязанных компонента: систематическое отслеживание соматического и психического статуса проживающих в пансионате и динамики его состояния; создание социально-психологических условий для активной жизнедеятельности проживающих; создание условий для оказания медико-социально-психологической помощи проживающим и их родственникам, которые в ней нуждаются.

В соответствии с этими компонентами процесса психологического сопровождения выделяются следующие направления деятельности.

Коррекционно-восстановительные групповые и индивидуальные психологические занятия, направленные на поддержание интеллектуальной активности и позитивной эмоциональной включенности, которые организуются с учетом интересов и запросов пожилых людей.

Психологическая диагностика, в том числе динамическая, позволяющая осуществить прогностическую оценку психического состояния проживающего в пансионате. Сложность психологической диагностики очевидна. При нарушениях психической адаптации в старческом возрасте психический статус, как правило, отличается полиморфизмом: наблюдается сочетание когнитивных и эмоциональных расстройств, искажение черт личности, обеднение социальных контактов и снижение различных видов активности на фоне снижения адаптационных возможностей к различным стрессовым факторам, среди которых существенное место занимают состояния болезни.

Изменение социального статуса пожилого человека является для него одним из наиболее эмоционально чувствительных аспектов. Следствием, зачастую, становится обеднение контактов, ограничение или полное отсутствие коммуникации, отгороженность от социального окружения, что усугубляет когнитивный дефицит и дисфорическое состояние. Поэтому важным направлением является культурно-досуговая активность. В пансионате ежедневно организуется культурное событие (празднование дней рождений, государственных, религиозных, фольклорных и сезонных праздников), которое создает благоприятную психологическую атмосферу, активизирует социальные контакты.

Для членов семьи пожилого человека возникновение у него инволюционных патологических изменений часто становится травматическим событием, требующим оказания психологической помощи. Психологическое просвещение и консультирование позволяет принять эти изменения и облегчить процесс межличностного взаимодействия между членами семьи.

Профилактика эмоционального выгорания сотрудников пансионата также является ключевым направлением деятельности психолога гериатрического центра.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Выводы. Для повышения качества жизни проживающих в социальном гериатрическом центре необходимо создание системы психологического сопровождения, которая бы охватывала всех субъектов, включенных в данный процесс.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ («БЕСШОВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ») В ПЕРМСКОМ КРАЕ

Бронников В.А.¹, Григорьева М.И.², Складная К.А.¹

¹ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов»,

²ФГАОУ ВО «Пермский государственный национальный
исследовательский университет»,

г. Пермь

Актуальность. Одним из принципов реабилитации является как можно более раннее начало реабилитационных мероприятий, между тем, их ведомственная разобщенность и отсутствие единых подходов создает барьеры для преемственности медицинской и социальной реабилитации, что приводит к ее более позднему началу, снижению реабилитационного потенциала человека, потерю ранее усвоенных навыков.

Материалы и методы. 30 января 2023 г. был принят Приказ Министерства социального развития Пермского края «О внесении изменений в приказ Министерства социального развития Пермского края от 06 февраля 2015 г. №СЭД-33-01-03-31 «Об утверждении порядков в сфере реабилитационных услуг», который установил правовое поле для реализации процесса «бесшовной реабилитации» в Пермском крае. Порядком определено оказание следующих социальных реабилитационных услуг: услуги по обеспечению пребывания и оказания услуг, социально-медицинские услуги, услуги по социально-психологической, социально-педагогической, социально-средовой реабилитации и абилитации, а также социально-бытовой адаптации. Получателями социальной реабилитационной услуги являются граждане трудоспособного возраста, не имеющие инвалидности, но имеющие ограничения жизнедеятельности, вызванные стойкими нарушениями здоровья вследствие перенесенного инсульта, черепно-мозговых и спинномозговых травм, травм опорно-двигательного аппарата, прошедшие медицинскую реабилитацию не позднее 1 месяца, предшествующему текущему курсу реабилитации.

Кроме этого, в реабилитационном учреждении системы здравоохранения, человек, в случае соответствия данным критериям, получает рекомендацию для продолжения реабилитационного курса в учреждении системы социального обслуживания, что важно – не дожидаясь признания инвалидом. Специалист по социальной работе отделения медицинской реабилитации организует процесс «бесшовности»: помогает получить направление на социальную реабилитацию.

Результаты и обсуждение. С января 2023 года в Центр комплексной реабилитации инвалидов Пермского края технология «бесшовной реабилитации» реализуется на практике. В итоге сформировались две условные группы пациентов:



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

а) имеющие тяжелые нарушения и нарушения средней степени тяжести, вероятность признания инвалидами которых высокая. Для них приоритетом при разработки реабилитационного маршрута становятся мероприятия по медико-социальной реабилитации, направленные на восстановление нарушенных функций верхних или нижних конечностей, в том числе с использованием высокотехнологичного роботизированного оборудования (Erigo, Motomed, Kinetek, Armeo, Amadeo, Lokomat и др.), нейропсихологическая и логопедическая реабилитация с применением интерактивных технологий и биологически обратной связи), эргореабилитация, целью которой является восстановление бытовых навыков и способности взаимодействия с окружающей средой. Раннее обращение данных пациентов способствует принятию ими реабилитационной деятельности и реабилитационных целей, повышению мотивации в виду ощутимой ими самими положительной динамики. Ранний подбор технических средств реабилитации и средств ухода на данном этапе также позволяет более быстро компенсировать имеющиеся нарушения.

б) имеющие нарушения умеренной и легкой степени тяжести, которые потенциально могут быть не признаны инвалидами, для которых наиболее эффективными оказываются мероприятий по социально-психологической, социально-бытовой и социальной-средовой реабилитации, социокультурная деятельность, адаптивная физкультура и возможность занятия доступными видами спорта. Целью медико-социальной реабилитации, в данном случае, является профилактика инвалидности, мероприятия направлены на формирование самостоятельности и независимости, возвращение в обычные условия жизнедеятельности, в том числе – к трудовой деятельности.

Выводы. Преимущества, которые дает процесс «бесшовной реабилитации»:

1. Пролонгированный для пациента курс реабилитации (2 недели в учреждении здравоохранения, 3 недели в учреждении социального обслуживания), что дает более устойчивый эффект.

2. Преимущество мероприятий по медицинской и медико-социальной реабилитации: закрепление полученных пациентом навыков и положительной реабилитационной динамики.

3. Приобретение пациентом социальных навыков и их усиление в процессе медико-социальной реабилитации.

4. Подбор технических средств реабилитации, обучение пользованию ими и получение консультаций по их получению во время прохождения курса реабилитации в Центре комплексной реабилитации инвалидов. Как следствие – нет дополнительных трат бюджетных средств на набор ТСР, не соответствующих особенностям и потребностям пациента.

5. Внесение актуальных сведений в ИПРА в случае признания пациента инвалидом в дальнейшем.

6. Психологический эффект для пациента: ощущение включенности в реабилитационный процесс, поддержка со стороны специалистов.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

7. Профилактика тяжести инвалидизации в случае, если имеющиеся у гражданина нарушения были умеренные или легкие, их мотивация на реабилитацию и дальнейшее трудоустройство.

8. Снижение степени тяжести инвалидности в случае признания гражданина инвалидом, повышение его мотивации и информированности о реабилитационных мероприятиях.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

КОНКРЕТИЗАЦИЯ ПОНЯТИЯ «НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ОСНОВА КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ»

Бурменская А.Н.

Департамент труда и социальной защиты города Москвы,
Москва

Актуальность. Согласно Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года принципы, заложенные в МКФ, должны являться научно-методической основой. Что предполагает внедрение положений данной классификации в систему комплексного реабилитационного процесса участниками различных сфер. Показательным примером является проводимая работа в системе медицинской реабилитации. Однако, единая организационно-правовая и научно-методическая база отсутствует. Поэтому другим задействованным сферам предстоит обобщить теоретические знания и существующий опыт внедрения положений МКФ для достижения комплексного и межведомственного характера системы реабилитации и абилитации инвалидов.

Цель исследования. Конкретизация понятия «научно-методическая основа комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» посредством работы над выявлением определения и сущности.

Материалы и методы. Обзор научной и справочной литературы.

Результаты. При поисковом запросе «научно-методическая основа» в научных базах Elibrary.ru и КиберЛенинка наблюдалось использование формулировки в наименованиях статей и ключевых к ним словах. Однако, в самом тексте не упоминалась, соответственно, не раскрывалось содержание искомого понятия. При дополнительном поисковом запросе в Яндексе также не обнаружилось трактование. Вместо этого предлагались понятия «методологическая/методическая основа исследования», «теоретические основы».

В различной справочной литературе (энциклопедия эпистемологии и философии науки, новая философская энциклопедия, философия науки: краткий энциклопедический словарь, педагогические исследования: краткий словарь научных терминов и пр.) искомое не указано.

В учебном пособии по методологии научных исследований Долгова А.И. данная формулировка определена как результат первой стадии познания в предметных науках и состоит из научно-методического аппарата и методологической основы. Научно-методический аппарат представляет собой комплекс теоретических знаний о способах, приемах и средствах осуществления того или иного процесса получения результата, обладающего обоснованной степе-



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

нию достоверности, в интересах практики и дальнейшего развития самой науки. К теоретическим знаниям относятся модели, описания, научные выводы, гипотезы, принципы, концепции, закономерности, законы и обусловленные ими научные рекомендации. Обоснование элементов научно-методического аппарата называется методологической основой предметной науки.

Рассмотрено смысловое значение каждого слова в данном понятии.

Согласно большому толковому словарю русского языка, слово научный означает «основанный на принципах науки, отвечающий требованиям науки» (научная теория, методика). Методический – «точно следующий установленному плану; строго последовательный» (методические занятия). Основа – «то, на чем строится, зиждется, создается что-либо; источник».

В словаре русского языка Ушакова Д.Н. слово научный также истолковывается как «основанный на принципах науки» (научная организация труда, научный вывод) или «соответствующий требованиям науки, истинному понятию» (эти положения/выводы вполне научны). Методический – «следующий строгому, выработанному, логическому, последовательному плану» (методическое изучение предмета). Основа – «то главное, на чем зиждется, строится что-нибудь, что является сущностью чего-нибудь; источник, базис».

Обсуждение. При отсутствии официального/общепринятого определения, а также с опорой на толкование каждого слова и разъяснения из учебного пособия Долгова А.И. предлагается под научно-методической основой комплексной реабилитации и абилитации инвалидов понимать источник (основа), который определяет единый научный подход (научно) и следование установленному плану по проведению реабилитационной работы с инвалидами (методическая).

Единый научный подход к реабилитации способствует межведомственному взаимодействию. Руководствуясь им, возможно определить последовательные шаги по внедрению и использованию положений МКФ с учетом особенностей каждой задействованной региональной сферы.

Выводы. Обзор отечественной научной литературы показал, что понятие «научно-методическая основа» упоминается, но определение не найдено. В справочной литературе такого понятия не найдено.

По результатам обзорной работы и на основе толкования каждого слова предложена авторская позиция в части определения и сущности понятия.

Конкретизация понятия «научно-методическая основа комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» исключает неясное значение и утрату смысла. Рассмотрение особенностей и содержания единого научного подхода к реабилитации, а также выявление обоснованных шагов по внедрению основы – следующий этап после согласования общего определения и достижения единого представления о том, что подразумевается за этим и какие действия необходимы для реализации на практике.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ГИПОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ТРЕНИРОВКИ НА СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АМПУТАЦИЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Варавин Н.А., Андрияненко А.О.

¹ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»
Минобороны России,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить в когорте пациентов с ампутацией конечностей влияние метода гипобарической гипоксической тренировки на состояние гемостаза в процессе медицинской реабилитации.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование, в которое было включено 10 пациентов, с установленным диагнозом травматическая ампутация верхних и/или нижних конечностей после получения боевой травмы. Критерии включения в исследование: мужской пол, возраст от 18 до 59 лет, наличие подтвержденного диагноза боевой травмы, отсутствие противопоказаний к планируемым исследованиям, наличие информированного согласия испытуемого. Критерии исключения из исследования: добровольный отказ испытуемых от участия в исследовании, Включенные пациенты проходили лечение и обследование в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Продолжительность курса гипобарической гипоксической тренировки (ГТТ) составила 10 суток. В ходе данного десятидневного курса ГТТ осуществлен ступенчатый «подъем» с высоты 1500 м до 3000 м. I – 1500 м, II – 2000 м, III – 2500 м, IV – 3000 м, V – 3000 м, VI – 3000 м, VII – 3000 м, VIII – 3000 м, IX – 3000 м, X – 3000 м. Время нахождения на высоте составляло 30 минут. «Подъем» до высоты осуществлялся со скоростью 7-10 м/с, спуск со скоростью 5-7 м/с. Всем пациентам выполняли коагулограмму, D-димер, антитромбин-III, F-VIII. Показатели Тромбодинамика регистрировали с помощью прибора «Регистратор Тромбодинамика Т-2» (ГемаКор, Россия). Оценку показателей проводили перед проведением ГТТ и через 7 суток после ее завершения.

Статистический анализ результатов исследования проводили с применением программы Jamovi 2.3.18. Численные значения анализируемых показателей каждой группы анализировали соответствию закону нормального распределения, установленного на основании расчета W – Шапиро-Уилка, данные представляли в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (Q 25, Q 75). Сравнение показателей гемостаза до и после ГТТ проводили с помощью Т-критерия Уилкоксона для связанных выборок. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Результаты и обсуждение. Достоверных различий в стандартных показателях коагулограммы не установлено в процессе изучения влияния ГТТ, в то же время при исследовании параметров теста Тромбодинамика наблюдались значимые различия до и после ГТТ параметра скорости роста сгустка V до 28,6 [24,8; 30,0] мкм/мин, V после 26,9 [24,1; 27,9] мкм/мин.

Заключение. Использование метода гипобарической гипоксической тренировки может быть рассмотрено в качестве инструмента, снижающего коагуляционный потенциал у пациентов с ампутацией конечностей в процесс медицинской реабилитации.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ОБОСНОВАНИЕ КРИТЕРИЕВ ВЫБОРА МЕРОПРИЯТИЙ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Васильченко Е.М., Хохлова О.И.

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

Актуальность. В связи с продолжающимся демографическим переходом к старению населения наблюдается тенденция к увеличению распространенности инвалидности в пожилом возрасте. Ведущими причинами инвалидизации данного контингента являются хронические заболевания (болезни системы кровообращения, нервной системы, злокачественные новообразования, психические расстройства и др.), приводящие к ограничениям самообслуживания, передвижения, ориентации, общения.

Реабилитация инвалидов пожилого возраста проводится на фоне сложных клинических состояний, называемых гериатрическими комплексами: когнитивные нарушения, старческая астения, недержание мочи, падение и пролежни. Особое значение в плане негативного влияния на результаты реабилитации имеют когнитивные нарушения, представляющие собой гетерогенную группу состояний, возникающих при различных неврологических, соматических и психических заболеваниях, а также старческая астения. По мере старения частота встречаемости когнитивных нарушений прогрессивно увеличивается: от 20% у лиц в возрасте 60-69 лет до более чем 40% – старше 85 лет (Rodríguez-Sánchez E., 2011).

«Ведущим практическим принципом современной реабилитации является принцип активного участия пациента. В связи с этим реабилитация направлена на личность пациента, которая тесно ассоциирована со всеми уровнями здоровья, и на улучшение качества жизни пациента» (Пономаренко Г.Н., 2015). Реализация ряда мероприятий медицинской, социальной реабилитации требует от инвалида понимания заданий по выполнению упражнений, бытовых действий, использованию технических средств реабилитации (ТСР) и физической способности к самостоятельной деятельности, то есть необходимого уровня когнитивного и физического функционирования.

Средства медицинской реабилитации можно подразделить на активные (лечебная физкультура, аппараты с биологической обратной связью), пассивные (физиолечение, массаж, мануальная терапия и т.п.). Социальная реабилитация реализуется путем обучения инвалида навыкам самостоятельного пользования или с посторонней помощью предметами быта, окружающей среды, ТСР.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Исходя из вышеизложенного, эффективность реабилитации инвалидов пожилого возраста зависит не только от набора средств и технологий реабилитации, ТСР, показанных в соответствии с выраженностью нарушений функционирования, активности и участия, обусловленных инвалидизирующей патологией, но и от степени выраженности когнитивных нарушений у инвалида, а также его физического статуса, определяющих возможность применения средств комплексной реабилитации и степень нуждаемости в посторонней помощи.

Цель исследования. Обоснование критериев выбора средств, технологий медицинской и социальной реабилитации, применимых у инвалидов пожилого возраста (на модели инвалидов с утратой нижней конечности).

Результаты. Проведена оценка нарушений функционирования, активности и участия, характерных для инвалидов с утратой нижней конечности пожилого возраста, госпитализированных в клинику ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период 2019-2021 гг. Всего в исследование включено 260 пациентов старше 60 лет: мужчин – 207, женщин – 53. Оценивали набор из 22 категорий МКФ; психический статус MMSE (Mini-mental State Examination); уровень функциональной независимости FIM (Functional Independence Measure). Обоснованы количественные критерии, позволяющие распределить пациентов по степени когнитивного дефицита, степени нуждаемости в посторонней помощи и применимых мероприятиях медицинской и социальной реабилитации.

На основе использованных критериев выделены четыре реабилитационные группы инвалидов пожилого возраста.

1 группа. Нет когнитивных нарушений или легкие когнитивные нарушения (24-30 баллов по шкале MMSE); нет значимой зависимости от посторонней помощи (108-126 баллов по шкале FIM). Показано использование активных, пассивных средств и технологий медицинской реабилитации; обучение навыкам самостоятельной социально-бытовой деятельности; обучение пользованию ТСР.

2 группа. Нет когнитивных нарушений или легкие когнитивные нарушения (24-30 баллов по шкале MMSE); умеренная и легкая зависимость от посторонней помощи (54-107 баллов по шкале FIM). Показано использование активных, пассивных средств и технологий медицинской реабилитации; обучение навыкам самостоятельной социально-бытовой деятельности; обучение пользованию ТСР; реализация мероприятий социальной реабилитации с эпизодической посторонней помощью.

3 группа. Деменция умеренной степени (11-23 балла по шкале MMSE); умеренная и легкая зависимость от посторонней помощи (54-107 баллов по шкале FIM). Показано преимущественное использование пассивных средств медицинской реабилитации; реализация мероприятий социальной реабилитации с эпизодической посторонней помощью.

4 группа. Деменция тяжелой степени (0-10 баллов по шкале MMSE) при любом уровне функциональной независимости или полная зависимость инва-



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

лида от посторонней помощи (18-53 балла по шкале FIM) при любом уровне когнитивного дефицита. Показано использование пассивных средств медицинской реабилитации; реализация мероприятий социальной реабилитации с постоянной посторонней помощью (уход).

Посторонняя помощь обеспечивается родственниками, способными ухаживать или персоналом медицинских, социальных учреждений.

Выводы. Таким образом, в ходе выполнения исследования обоснованы критерии выбора мероприятий медицинской и социальной реабилитации, применимых у инвалидов пожилого возраста, в зависимости от уровня когнитивного дефицита, физического статуса пожилого инвалида (за исключением инвалидов вследствие психических расстройств).

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ВЛИЯНИЕ ПЛАНШЕТНОЙ ГИДРОТЕРАПИИ НА ТРОФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА, ПОСТУПАЮЩИХ НА САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Власенко С.В., Османов Э.А., Марусич И.И.

ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии,
физиотерапии и медицинской реабилитации»,
г. Евпатория

Актуальность. Учитывая исследования последних лет о формировании типологического профиля скелетных мышц под действием эндогенных (нейротрофические, ростовые, гормональные факторы, нейротрофический контроль) и экзогенных (физическая нагрузка и питание) факторов, а также ведущей роли в процессе стимуляции регенерации и росте мышц инсулиноподобного фактора роста – 1 (IGF-1), целесообразным является изучение влияния методов санаторно-курортного лечения на его динамику.

Цель исследования. Изучение содержания инсулиноподобного фактора роста – 1 (IGF-1) и гормона роста (GH) у детей с ДЦП, а также влияния планшетной гидротерапии (ПГТ) на динамику показателей в процессе санаторно-курортного лечения.

Материалы и методы. Обследовано 68 детей в возрасте от 7 до 12 лет, больных ДЦП, поступивших на СКЛ в детские санатории г. Евпатории. Средний возраст больных составил $10,1 \pm 0,4$ года. Контрольную группу (КГ) составили 32 детей I и II групп здоровья. Обследование включало осмотр ребенка специалистами, проведение антропометрических измерений, оценку в сыворотке крови IGF-1 и GH. В зависимости от проведенного курса санаторно-курортного лечения (СКЛ) дети с ДЦП были разделены на две группы. I группа – 33 ребенка, получивших традиционное СКЛ, II группа – 35 детей, получивших на фоне СКЛ курс ПГТ аппаратом «Душевая кабина с вмонтированной гидромассажной панелью». Традиционное санаторно-курортное лечение включало: полноценное сбалансированное питание, режим дня тонизирующий, либо щадяще – тонизирующий, климатолечение, лечебную физкультуру, ручной массаж, ортопедическую профилактику, пелоидотерапию, электролечение. Группе II из лечебного комплекса было исключено электролечение и назначен курс ПГТ. Методика проведения процедуры ПГТ осуществлялась по следующей схеме: локализация воздействия – нижние конечности; интенсивность воздействия – максимальное давление воды до 2,0 атмосфер, температура воды 38°C; длительность воздействия 10 минут; через день, на курс 10 процедур. Статистический



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

анализ проводили с использованием программного продукта STATISTICA for WINDOWS 6.0 (фирма StartSoft, США) и «Microsoft Excel».

Результаты и их обсуждение. Выявлено снижение IGF-1 и GH у детей с показателями физического развития ниже нормы, при выраженной спастике мышц и при повышенном мышечном тонусе. Отмечено, что GH у детей с невыраженной спастикой и легкими двигательными нарушениями находился в пределах нормы, а IGF-1 был снижен при всех тяжестих заболевания. Несмотря на то, что в регуляции IGF-1 значительную роль оказывает GH, однако, в тех группах детей с ДЦП, показатели гормона роста в которых достоверно не отличались от показателей здоровых детей, значения IGF-1 были также достоверно снижены в сравнении со здоровыми детьми (то есть IGF-1, как-бы «выходит из-под контроля» центральных регуляторов, а на его метаболизм оказывают существенное влияние локальные процессы). У пациентов I группы под влиянием традиционного СКЛ наблюдался достоверный прирост показателя GH ($p < 0,01$) и IGF-1 ($p < 0,05$), а во II группе с включением ПГТ, отмечалось достоверное увеличение GH ($p < 0,01$) и IGF-1 ($p < 0,001$).

Выводы. Установлено, что на уровень IGF-1 в значительной мере воздействует регуляция центрального звена гипоталаймо-гипофизарно-надпочечниковой оси, и в данном исследовании – гормон роста, однако, значительную роль в синтезе и транспорте IGF-1 оказывает состояние взаимоотношения «мотонейрон – скелетное мышечное волокно», что необходимо учитывать при организации реабилитационного комплекса. Отмечено, что традиционное СКЛ благоприятно влияет на центральные механизмы регуляции, а также, оказывает умеренное влияние на периферические и локальные факторы. Включение в СКЛ курса планшетной гидротерапии значительно усиливает влияние реабилитационного комплекса на периферические нейромышечные звенья патогенеза.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

СОЧЕТАНИЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ И ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СИАЛОРЕЕЙ

Втюрин С.В., Фролов И.Н., Красавина Д.А.
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России,
Санкт-Петербург

Актуальность. Сиалорея – термин, обозначающий избыточное слюноотечение у детей, которое возникает при гиперфункции слюнных желез и нарушенной эвакуации слюны из ротовой полости. В возрасте старше 4 лет избыточное слюноотечение становится патологическим состоянием, которое негативно влияет на здоровье и качество жизни ребенка. Сиалорея является распространенной проблемой у детей с ДЦП, умственной отсталостью, нарушением мозгового кровообращения и другими неврологическими или сенсорными нарушениями. На данный момент выделяют переднюю сиалорею – это состояние, когда слюна вытекает изо рта, приводя к обезвоживанию, дерматиту, и заднюю сиалорею, при которой слюна стекает по задней стенке глотки в дыхательные пути. Правильная реабилитация, включающая БТА-терапию, снижает риск серьезных осложнений задней сиалореи – респираторных заболеваний, вызванных хронической аспирацией слюны в легкие. Блокирование холинергических связей приводит к снижению продукции слюны, но не влияет на ее эвакуацию из ротовой полости вследствие ослабленной орофациальной и шейной мускулатуры. В курсе реабилитации детей необходимо включение логопедических упражнений.

Цель. Изучить влияние логопедических упражнений у пациентов с ДЦП и ЧМТ, улучшающих моторные навыки связанные с орофациальными и шейными мышцами.

Материалы и методы. В группу исследуемых вошли 9 пациентов в возрасте от 5 до 10 лет, 4 девочки и 5 мальчиков с диагнозом ДЦП (6) (GMFCS II, III) и ЧМТ (3) с сиалореей. Перед ботулинотерапией проведена оценка положения головы, физикальная оценка шейной и орофациальной мускулатуры, а также функций слюнных желез методом измерения скорости нестимулированного слюноотделения (uSFR, unstimulated salivary flow rate). Использовались шкалы оценки влияния слюноотечения DIS и изменения общего впечатления GICS. Методы сиалометрии подтвердили эффективность проводимой терапии препаратом «Ксеомин» в возрастной и весовой дозировке. Физикальная оценка лицевой и шейной мускулатуры дала возможность подобрать индивидуальные упражнения для каждого пациента. Было рекомендовано выполнять данный реабилитационный комплекс, включающий упражнения для мышц шеи и лица ежедневно не менее 15 минут в определенной последовательности. Корректность выполнения упражнений контролировалась с помощью телемедицинских технологий.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Результаты. Через 10 дней после инъектирования БТА проведена оценка функций слюнных желез. У всех пациентов наблюдалось снижение сиалореи по шкалам сиалометрии. Назначенный комплекс упражнений на мышцы оромандибулярной системы и мышцы шеи привел к улучшению глотания. При проведении анкетирования, родителями было отмечено улучшение глотания, снижение частоты поперхиваний и частоты применения слюнявчиков. Отмечалось улучшение положения головы.

Вывод. Комплексная реабилитация, включающая БТА-терапию и индивидуальные упражнения, позволила снизить продукцию слюны и улучшить ее эвакуацию. Необходимость выполнения логопедических упражнений подтверждает увеличение временного промежутка между сессиями ботулинотерапии слюнных желез. На базе подобранных упражнений было создано методическое пособие для комплексной реабилитации детей с сиалореей.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

СОСТОЯНИЕ СИМПАТО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ И СОДЕРЖАНИЙ ЙОДА В МОЧЕ У ДЕТЕЙ С ОПЕРИРОВАННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Гаврилова О.Ф.

ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии,
физиотерапии и медицинской реабилитации»,
г. Евпатория

Актуальность. Изучение содержания катехоламиновых гормонов (КА) в моче имеет большое значение для установления адаптационно-приспособительных способностей организма, а также для определения реактивности симпатико-адреналовой системы (САС). Активация САС обеспечивает быстрые адаптивные изменения в обмене веществ, направленные на мобилизацию энергии, а также обуславливает ускорение приспособительных реакций организма.

Цель исследования. Изучение состояния и реактивности симпатoadреналовой системы по содержанию катехоламиновых гормонов (адреналина и норадреналина) и йода в моче у детей с оперированными врожденными пороками сердца под влиянием санаторно-курортного лечения.

Материалы и методы. В исследование были взяты 22 ребенка с оперированными врожденными пороками сердца. Методики лечения: щадяще-тонизирующий режим; сбалансированное лечебное питание (диета №15); климатолечение соответственно сезону года; ЛФК – малогрупповая (группа детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы). Функциональную активность гормонального звена САС определяли по уровню экскреции адреналина, а медиаторного звена по содержанию в моче норадреналина. У всех детей определяли содержание йода в моче с помощью ионоселективного электрода на иономере ЭВ-74. Исследования проводились дважды: до и после санаторно-курортного лечения.

Результаты и обсуждения. При поступлении в санаторий у детей с оперированными врожденными пороками сердца в работе симпатoadреналовой системы отмечались нарушения в виде сниженной медиаторной активности надпочечникового звена при нормальной активности адренэргического гормонального звена САС организма по среднестатистическим показателям. Уровень адреналина в моче составлял $2,8 \pm 0,1$ нг/мин, что рассматривается, как верхняя граница нормы, а содержание норадреналина было сниженным ($1,9 \pm 0,1$ нг/мин). Однако при индивидуальном анализе содержание адреналина было нормальным у 48% детей, а у 52% количество адреналина в моче было повышенным. После лечения количество адреналина в моче нормали-



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

зовалось у 83% детей, а уровень норадреналина стал нормальным у 68% по сравнению с 31% детей до лечения. Изучение содержания йода в моче показало снижение его уровня лишь у 10% детей и нормальное количество у 90% (от 7,6 до 8,2 мкрмоль/л) при поступлении на санаторно-курортное лечение. После пребывания в санатории содержание йода в моче было в пределах нормальных значений у 98% детей.

Выводы. Таким образом, курс санаторно-курортного лечения оказал благоприятное нормализующее влияние, на измененные показатели симпатико-адреналовой системы, уменьшив дисбаланс в ее работе и улучшив адаптационные возможности организма детей, оперированных по поводу ВПС. Содержание йода в моче до и после санаторно-курортного лечения значительно не изменилось.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРИМЕРЕ КУЗБАССА

Гаврилюк О.Н., Козенкова О.В., Леоненко С.В.

ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области-Кузбассу» Минтруда России,
г. Кемерово

Актуальность. Одним из негативных факторов, оказывающих влияние на структуру и численность населения, занятого в экономике, являются производственные травмы и профессиональные заболевания, на долю которых в мире ежегодно приходится около 2,3 миллиона смертей и более 300 миллионов случаев временной нетрудоспособности.

Цель исследования. Обозначить основные аспекты медико-социальной экспертизы пострадавших от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваниях на примере Кузбасса.

Материалы и методы. Исследование проведено на основании анализа статистических данных (7-собес) ФКУ МСЭ «ГБ МСЭ по Кемеровской области-Кузбассу» Минтруда России за период 2021-6 месяцев 2023 гг., анализ изменений нормативной базы по определению степени утраты профессиональной трудоспособности пострадавших. Методы исследования – статистический, аналитический.

Результаты. Определение степени утраты профессиональной трудоспособности (СУПТ) в процентах, определение ограничений жизнедеятельности и признаков инвалидности той или иной группы по последствиям несчастного случая на производстве или профессионального заболевания возложено на учреждения медико-социальной экспертизы.

В 2021 г. вступили в силу нормативные документы, связанные с МСЭ пострадавших на производстве и профессиональных заболеваний: Приказ Минтруда России от 30 сентября 2020 г. №687н «Об утверждении критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», Приказ Минтруда России от 30.12.2020 №982н «Об утверждении формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания и порядка ее составления». Не все зафиксированные несчастные случаи на производстве и профессиональные заболевания приводят к стойким нарушениям профессиональной трудоспособности и соответственно к СУПТ. При наличии прямых последствий по нескольким несчастным случаям на производстве или профессиональных



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

заболеваний разрабатывается одна программа реабилитации пострадавшего (ПРП) с указанием оптимальных конкретных видов, форм, объемов необходимых реабилитационных мероприятий. Несмотря на внесения изменений в нормативно-правовую базу, для пострадавших медико-социальная экспертиза остается только в формате личного присутствия.

В 2021 году в ГБ МСЭ по Кемеровской области-Кузбассу было освидетельствовано первично на СУПТ и ПРП в возрасте 18 лет и старше 8,7% от числа освидетельствованных первично, в 2022 г. данный показатель составил 7%, за 6 месяцев 2023 года – 6,7%. СУПР определялась в 89,9% в 2021 году, в 2022 г. в 85,2%, за 6 месяцев 2023 данный показатель снизился до 83,6%. Отмечается рост освидетельствований для разработки ПРП на период временной нетрудоспособности при тяжелых травмах с 4% в 2021, до 4,9% в 2022 г. за 6 месяцев 2023 года этот показатель составил 5,3%. Показатель тяжести инвалидности среди пострадавших в Кузбассе остается стабильным. В 2021г. 5,6% пострадавших первично была установлена СУПТ и группа инвалидности вследствие трудового увечья или профзаболевания, в 94,4% установленная СУПТ не превышала 30% УПТ (вне признаков инвалидности). В 2022 – 5,7% и 94,3% соответственно. За 6 месяцев 2023 года – 9,6%. Доля граждан в Кузбассе с установленной первично инвалидностью по причине «трудовое увечье» или «профессиональное заболевание» значительно ниже общероссийского показателя, который составлял в 2021 году 27%.

Все анализированные периоды среди первичной инвалидности в разрезе производственных травм в общем количестве лидировала 3 группа: в 2021 – 73,2%, в 2022 – 78%, за 6 месяцев 2023 года этот показатель возрос до 90%. На долю 2 группы приходилось 17,8%, в 2021, 18% в 2022, за первое полугодие 2023 этот показатель значительно уменьшился и составил 6,7%, на 1 группу 9% в 2021 и 4% в 2022 и 3,3% в 1 полугодии 2023 г.

Среди первичной инвалидности вследствие профессиональных заболеваний превалирует 3 группа, в 2021 году – 88,8%, в 2022 году – 85,7% 92,9% в 1 полугодии 2023 г., оставшаяся часть – это инвалиды 2 группы – 11,2% в 2021 году, 14,3% в 2022 году, инвалиды 1 группы – 7,1% в 2023 г.

Из повторно освидетельствованных в 2021 году 40,8% составляли пострадавшие с целью установления СУПТ и разработки ПРП, в 2022 году этот показатель составил 41%, за 6 месяцев 2023 – 42,6%. Показатель полной реабилитации в 2021 году составлял 0,05%, то в 2022 году и за 6 месяцев 2023, после возобновления очного освидетельствования граждан, он составил 0,6%.

Из числа повторно освидетельствованных в 2021 году для 6,7% была установлена СУПТ и инвалидность вследствие трудового увечья или профзаболевания. Общероссийский показатель составлял в 2021 году 29,5%. В 2022 году данный показатель в Кузбассе составил 6,6%, за прошедшие 6 месяцев данный показатель составил 8,1%.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

По данным федеральной формы статистического наблюдения №7 – собес за 2022 в абсолютное большинство ПРП включаются мероприятия, относящиеся к медицинской реабилитации – 99,4% (2021 – 99,6%, 6 мес. 2023 г. – 99,5%). Чаще всего это: санаторно-курортное лечение, обеспечение лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения (94,8%; 86,4%; 59,6% соответственно). Более 96% пострадавших нуждаются в соответствии с ПРП в мероприятиях по профессиональной реабилитации, из них в профессиональном обучении (переобучении) – 0,02%, в трудоустройстве всего 96%. Большая часть пострадавших может быть трудоустроена в обычных условиях производства, но с соблюдением рекомендованных условий труда, меньшая – в специально созданных условиях, на дому или на специально оборудованном рабочем месте. В технических средствах реабилитации нуждаются 12,2% пострадавших. В первую очередь это трости опорные, костыли, опоры, поручни – 53%, на втором месте протезы и ортезы – 41,2%, далее ортопедическая обувь – 27,8%, слуховые аппараты – 25,7%, кресла-коляски – 7,6%, абсорбирующее белье – 5,1%, специальная одежда – 4,3%.

Выводы. Доля граждан в Кузбассе, с установленной инвалидностью по причине «трудовое увечье» или «профессиональное заболевание» значительно ниже общероссийского показателя.

Все анализированные периоды в разрезе тяжелых производственных травм и профессиональных заболеваний в общем количестве превалирует 3 группа инвалидности.

Мероприятия, относящиеся к медицинской реабилитации, составляют более 99% всех ПРП за анализируемый период. Чаще всего это: санаторно-курортное лечение, обеспечение лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения.

В технических средствах реабилитации нуждаются не более 13% пострадавших.

Большая часть пострадавших может быть трудоустроена в обычных условиях производства, но с соблюдением рекомендованных условий труда.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПОСТГИПОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ: ПРОГРАММА РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Галактионова М.Ю.¹, Иванова Н.В.¹, Лисихина Н.В.^{2,3}

¹ФГБОУ ВО «Псковский государственный университет»,

Институт медицины и экспериментальной биологии,

г. Псков,

²ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России,

³ФГКОУ ВО «Сибирский юридический институт МВД России»,

г. Красноярск

Актуальность. Перинатальная гипоксия-ишемия – наиболее частая причина неврологических заболеваний, проявляющихся в неонатальном периоде, и влечет за собой высокий уровень инвалидизации, включая церебральный паралич, умственную отсталость и эпилепсию.

Цель. Сравнить эффективность различных курсов реабилитационных мероприятий у детей с перинатальной постгипоксической энцефалопатией и синдромом двигательных нарушений.

Материал и методы. Осуществлено наблюдение за 86 детьми (32 мальчика, 54 девочки) в возрасте от 2-х до 12-ти месяцев (средний возраст $11 \pm 0,6$ мес.) с перинатальной постгипоксической энцефалопатией и с синдромом двигательных нарушений в восстановительном периоде. I группу составил 51 ребенок, получивших курс восстановительного лечения по традиционной схеме, без программы раннего вмешательства. Во II группу вошли 35 детей, получившие, кроме традиционного курса реабилитации, занятия по программе раннего вмешательства. Традиционный курс восстановительного лечения составил 6 недель и включал: массаж общий (сегментарный, рефлекторный, по Монакову, точечный); форез лекарственных веществ; стимуляция слабых мышц синусоидальными модулированными токами; ультравысокочастотная индуктотермия; иглорефлексотерапия; лечебное плавание; занятия с логопедом. Программа раннего вмешательства включала реабилитационную программу: на первичном приеме, совместно психолог и невролог или специальный педагог (специалистом по ранней коммуникации) и невролог, проводилась оценка основных умений ребенка, сравнивались результаты анкетирования по шкалам развития и визуального осмотра. Дети получали индивидуальные корегулирующие занятия с психологом; со специалистом по ранней коммуникации; занятия в группах «социализации», проводимых совместно медицинским специалистом (физическим терапевтом – физиореабилитологом) и немедицинским – психологом, в среднем 6 занятий на курс реабилитации.

Результаты и обсуждение. При поступлении детей в отделение восстановительного лечения, в 100% случаев имели место жалобы на изменение мышеч-



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ного тонуса и изменения двигательной активности. После курса коррекции родители отметили улучшение в виде нарастания двигательной активности в 7,8% случаев в I группе и в 42,9% в II группе ($p < 0,001$). Улучшение в виде увеличения объема движений, отсутствия «скованности» или «вялого» состояния, составило 41,2% в I группе и 51,4% во II группе. Улучшение процессов сна отмечалось у 46,8% в I группе и у 65,6% - во II группе. Исчезновение тремора конечностей и подбородка, не связанного с ситуацией возбуждения, перемены положения тела, после проведенного лечения, отмечены родителями у 74,3% детей в I группе и у 84,2% - во II группе. Уменьшение эпизодов возбудимости, уменьшение спонтанных вздрагиваний отмечено родителями в 56,3% случаев в I и в 52,6% во II группе. Регрессия синдрома двигательных нарушений у детей в I группе отмечена в 27,5% случаев, у детей II группы - в 54,3% случаев, $p = 0,01$. Нормализация мышечного тонуса отмечена в 22,9% случаев в I группе и в 60,7% во II ($p < 0,05$). Сочетание задержки психического и моторного развития в качестве отставания от возрастных основных навыков крупных и тонких движений, социального общения, речевой деятельности, когнитивной сферы и социализации, обнаружены до начала восстановительной коррекции в I группе в 11,8% случаев, во II группе - в 22,9%. Задержка моторного развития в виде задержки формирования основных двигательных навыков до начала лечения зарегистрированы в 7,8% случаев в группе I; в группе II - в 17,1%. После восстановительного лечения достигнуто улучшение моторного развития в 25% в I и 66,7% - в II группе ($p < 0,05$). При первичном осмотре, отставание в виде задержки когнитивного развития, речевой сферы деятельности, социализации отмечено в 7,8% случаев в I и в 11,4% во II группе. По окончании курса реабилитации улучшение в психическом развитии достигнуты в 25% случаев в I группе и в 50% - во II группе. По данным анкетирования детей по шкалам KID-R до начала курса реабилитации, отставание в двигательном развитии было обнаружено у 15 детей (29,4%) I и 20 детей (57,1%) II группы. По окончании курса восстановительной коррекции улучшение показателей двигательного развития согласно повторному тестированию в виде соответствия развития ребенка должествующему отмечены у 17,6% детей I группы, в группе II - в 25,7% ($p < 0,005$). Отставание в когнитивной сфере регистрировалось до курса реабилитации у 17,6% детей I группы и 20% - II группы. Положительная динамика в виде соответствия развития должествующему отмечена у 22,2% детей в I группе и у 45,71% детей во II группе ($p > 0,05$). Достоверное улучшение в речевом развитии зафиксировано при повторном анкетировании 45,5% детей I группы и в 50% во II группе ($p < 0,01$).

Заключение. Детям с перинатальной постгипоксической энцефалопатией и синдромом двигательных нарушений в комплексе реабилитационных мероприятий показана помощь по методике раннего вмешательства наряду с традиционной программой восстановительной коррекции.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**ГРУППОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ В РАМКАХ
ПРОЕКТА «ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОСЛЕ COVID-19»**

**Галактионова М.Ю.¹, Мишакова В.В.²,
Мишакова А.С.¹, Иванова Н.В.¹**

¹ФГБОУ ВО «Псковский государственный университет» Минобрнауки России,
Институт медицины и экспериментальной биологии,

²ООО «Российский Красный Крест»,
Псковское региональное отделение,
г. Псков

Актуальность. Заболевание COVID-19 наиболее тяжело переносится пожилыми людьми особенно при сочетании с другой патологией, поэтому важно иметь точные методы диагностики и мониторинга состояния пациентов. По статистике, более половины людей, перенесших коронавирус, продолжают бороться с его последствиями даже спустя несколько месяцев после острой фазы. Поэтому постковидную реабилитацию необходимо начинать как можно раньше, а лучше всего пройти сразу после выписки из стационара по основному диагнозу «коронавирусная инфекция».

Цель. Оценить динамику постковидных симптомов у пожилых людей и удовлетворенность комплексом восстановительных реабилитационных мероприятий.

Материал и методы. С июня 2022 года в Псковском региональном отделении Российского Красного Креста стартовал проект «Восстановление после COVID-19». Под наблюдением находились 24 человека (3 мужчин и 21 женщина), бывшие малолетние узники и дети войны, перенесшие заболевание; средний возраст составил $78,2 \pm 6,3$ лет. Постковидная реабилитация включала в себя дыхательную гимнастику, лечебную физкультуру с упражнениями на крупные группы мышц, основная задача которых – улучшить кровоток и повысить выносливость к физическим нагрузкам. Средний срок проведения одного реабилитационного курса – $17,4 \pm 2,6$ дней.

Результаты. Обычно программа медицинской реабилитации осуществляется мультидисциплинарной командой медицинских работников, в которую входят терапевты, ортопеды, неврологи, рефлексотерапевты, физиотерапевты, врачи и инструкторы ЛФК, массажисты, медицинские психологи. Комплекс реабилитационных мер состоит из нескольких компонентов: правильное питание, включающее витамины, минералы, клетчатку; медикаментозная коррекция по назначению лечащего врача; ЛФК, дыхательная гимнастика. Кроме того, с пациентами работали психологи и психотерапевты, проводятся индивидуальные и групповые занятия.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Каждый визит начинался с регистрации функциональных показателей. Были проведены пульсоксиметрия, подсчет частоты дыхания и пульса, измерение показателей артериального давления, пиковой скорости выдоха при пикфлоуметрии. В первый и последний день занятий измерялись масса и длина тела с расчетом индекса массы тела. Основным направлением для реабилитации являлась дыхательная система. Дыхательная гимнастика включала в себя специальные упражнения на тренировку дыхательной мускулатуры. В динамике у участников проекта была выявлена положительная динамика, о чем свидетельствовали отсутствие одышки, уменьшение частоты дыхания (с $24,2 \pm 1,8$ до $19,4 \pm 1,6$ в минуту) и увеличение пиковой скорости выдоха от 80 до 100% наилучшего значения. Показатель сатурации – один из ключевых показателей при проведении диагностики во всем мире, после проведения восстановительного лечения улучшился у всех участников проекта. Большое место в реабилитации отводилось комплексу лечебно-физкультурных мероприятий, в том числе занятиям на стэп-платформе и скандинавской ходьбой. Два раза в неделю занятия проводились в региональном отделении РКК, участники получали домашнее задание на выполнение тех или иных упражнений в домашних условиях. Первые занятия физкультурой в домашних условиях давались нелегко, но уже после второго занятия респонденты отмечали меньшую усталость и появление желания продолжить занятия. Групповые занятия давались намного легче, проходили увереннее, приносили больше позитива. С третьего визита у участников проекта отмечалось более стабильное состояние и со стороны сердечно-сосудистой системы. Респондентам не приходилось корректировать дозы гипертензивных средств, отмечалось некоторое снижение показателей артериального давления – в среднем на $6,8 \pm 2,2$ мм рт. ст. Если в ранний период упор делается на восстановление легочной ткани, то в поздний период уделяется большее внимание постковидному астеническому синдрому. Основные жалобы, с которыми обращались участники – слабость, повышенная утомляемость, бессонница или, наоборот, сонливость, снижение умственной или физической активности. Изменения настроения, астения, депрессия – очень частые симптомы в постковидном периоде. После прохождения курса групповой реабилитации, позитивный настрой, жизнерадостность отметили 2/3 участников проекта.

Заключение. Опрос участников проекта показал, что более 90% респондентов удовлетворены восстановительной реабилитацией после COVID-19, положительная динамика со стороны показателей кардиореспираторной системы имела место у 87,5% человек, у 79,16% - отмечено улучшение психологического статуса.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕВОЧЕК, КОТОРЫЕ ПЕРЕНЕСЛИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ, В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Гармаш О.И.

ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии,
физиотерапии и медицинской реабилитации»,
г. Евпатория

Актуальность. В последние десятилетия возросла значимость проблемы охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, профилактики и лечения гинекологических заболеваний в детском возрасте, при этом число абсолютно здоровых девочек снизилось с 28,6% до 6,3%. Распространенность опухолей и опухолевидных образований яичников у девочек варьирует от 0,5 до 13,3%. Медицинская реабилитация этой категории больных – это пошаговое решение задач по восстановлению и поддержанию физического, а также будущего репродуктивного здоровья девочек.

Цель работы. Была разработана лечебных комплексов в восстановительном лечении девочек, перенесших гинекологические операции, с учетом данных клинико-лабораторных, функциональных показателей.

Результаты. Результаты проведенных исследований по изучению клинико-лабораторных данных у 163 девушек, которые перенесли гинекологические операции, при поступлении в санаторий позволили установить, что операция по поводу кисты проведена в 74,5% больных, по поводу истинной опухоли в 8,6% случаев. Основной жалобой при поступлении в санаторий были боли внизу живота (67,1%), нерегулярные менструации с болью (30,0%), отсутствие менструаций (11,4%). По данным ультразвукового исследования у большинства девочек отмечен спаечный процесс в малом тазу (55,7%), кистозные изменения в яичниках наблюдаются в 17,1% девочек, аднексит в 4,3% лиц. По данным кольпоцитологического исследования гормональная функция яичников после гинекологических операций сохранена у 69,5% девочек, снижение эстрогенной функции определяли у 9,3% девочек, прогестероновой 8,5%, снижение гормональной функции разной степени вплоть до полного отсутствия у 12,7%. Проведенное изучение состояния гормонального звена в зависимости от фазы цикла (фолликулиновая или лютеиновая фаза) показало, что содержание гонадотропных гормонов были в пределах нормальных значений у большинства девочек (62,5%). Чаще всего наблюдались изменение содержания прогестерона, как повышение, так и снижение у 40% больных. Содержание пролактина было в пределах нормы у 90% больных. Анализ соотношения ЛГ\ФСГ показал, что уровень нормы был только у половины девочек, в остальных случаях наблюдалось значительное снижение соотношения менее 0,5, что может способствовать нарушению созревания яйцеклетки.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Полученные данные клинико-лабораторных показателей у девочек, перенесших гинекологические операции, определили назначение лечебных методик с учетом сроков после операции и наличия спаечного и воспалительного процесса в малом тазу: 1. для девочек с наличием спаечного процесса в малом тазу в ранний период до 1 года применяли фонофорез гидрокортизона и микроклизмы с шалфеем; 2. в более отдаленном периоде лазеро- или магнитотерапия через день и микроклизмы с шалфеем; 3. при наличии наряду со спаечным процессом воспалительных заболеваний яичника терапию дополняли противовоспалительным фактором низкоинтенсивным лазерным излучением; 4. при нарушении менструального цикла в послеоперационный период применяли трансцеребральный электрофорез раствора пираретама, лазеро- или магнитотерапия через день, местные ванны с шалфеем.

После проведенного лечения отмечалось улучшение самочувствия девочек во всех группах, во время лечения обострений заболевания не наблюдалось. Жалобы на боли внизу живота отсутствовали у всех девочек. Уменьшились проявления спаечного процесса во всех группах, воспалительного процесса в яичниках, меньше наблюдалось проявлений, характерных при нарушении менструального цикла в группе больных, получавших трансцеребральный электрофорез раствора пираретама, лазеротерапию. При этом менструации были необильными, безболезненными, уменьшалось количество дней менструации.

Данные клинико-функционального улучшения подтверждены отдаленными результатами при повторном поступлении на санаторно-курортное лечение спустя год. Положительный эффект в виде уменьшения болей внизу живота, уменьшения проявления спаечного процесса в малом тазу сохранялся у трети девочек после 1 курса и половины девочек после 2 курса лечения. После первого курса санаторно-курортного лечения 60% девочек отмечали нормализацию менструального цикла в течение года.

Выводы. Предлагаемый алгоритм лечебных методик в восстановительном лечении девочек, перенесших гинекологические операции, в условиях санатория с учетом дифференцированных показаний (наличие спаечного процесса в малом тазу, сроков после операции, наличия воспалительного процесса в яичниках, нарушений менструального цикла) к их назначению, позволяет оптимально и эффективно использовать имеющиеся лечебные немедикаментозные ресурсы и достичь стойкого улучшения клинико-лабораторных и функциональных параметров, что в дальнейшем способствует улучшению репродуктивной функции

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ УЧАСТНИКОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Гильмутдинова Л.Т.¹, Фаизова Э.Р.¹, Тутаева Г.З.²,
Гизатуллин Т.Р.², Исеева Д.Р.¹

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России,

²ГБУЗ РБ «Республиканская клиническая психиатрическая больница»,
г. Уфа

Актуальность. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – психическое расстройство вследствие психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождающееся экстремальным стрессом. Симптомы, как правило, возникают в течение шести месяцев от стрессового воздействия. Посттравматическое стрессовое расстройство вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной и других важных сферах жизнедеятельности, а также имеет высокую коморбидность с психическими и соматическими расстройствами. Особую актуальность ПТСР приобрели в условиях проведения специальной военной операции (СВО). Данные пациенты особенно нуждаются в специализированном лечении и реабилитации.

Цель исследования. Оценка эффективности комплексной реабилитации пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством.

Материалы и методы. Исследование проводилось у 134 участников СВО с ПТСР. Все испытуемые – мужчины от 21 до 67 лет (средний возраст $36,3 \pm 6,9$ лет) проходили курс реабилитации в ГБУЗ РБ Республиканская клиническая психиатрическая больница (г. Уфа). Методом простой рандомизации по проводимой терапии пациенты были разделены на 2 группы: группа сравнения ($n=67$) получала базовый комплекс (психотерапию, лечебную физкультуру в зале, массаж и медикаментозную терапию), а в основной группе ($n=67$) к стандартному лечению добавляли занятия на тренажерах с отягощением, беговой дорожке, велотренажере, дозированную ходьбу, скандинавскую ходьбу, подводный душ-массаж, аппаратную физиотерапию (трансцеребральная импульсная электротерапия от аппарата «ЭС 10-5» по глазнично-сосцевидной или лобно-сосцевидной методикам с частотой 10-20 Гц, 30-60 минут, курсом 10-12 процедур, динамическая фототерапия от аппарата АДФТ-4 «Радуга» синим 470 нм и зеленым 520 нм диапазонами по 15



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

минут, ежедневно, на курс 10-15 процедур, низкочастотная магнитотерапия бегущим непрерывным МП области головы от аппарата Диамаг (Алмаг-03), 10 мТл, 15-20 минут, курсом 10-15 процедур).

Все испытуемые были оценены по тестам и шкалам на старте исследования и через 3 недели. Участники исследования заполняли опросник качества жизни (EQ-5D), опросник Освестри и госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), болевой синдром оценивали по шкале боли ВАШ.

Результаты и обсуждение. У всех участников на старте исследования выявлены нарушения здоровья в виде депрессивных переживаний и тревожности (92,1%), внутреннего напряжения, острых вспышек страха, паники или агрессии, вызванных воспоминаниями о травме (89,9%), нарушений сна (бессонница, ночные кошмары, сомнамбулизм, сноговорение, галлюцинации, расстройства дыхания во сне) (81,5%), нарушений памяти (68,1%), вздрагиваний, вскакиваний, вскрикиваний или «застывания» (51,0%), иногда с вегетативными проявлениями (повышение артериального давления, тахикардия и пр) (44,7%), психогенной амнезии (34,3%). Симптомы возникали в течение 6 месяцев после травматического события. Между действием стрессора и возникновением клинических проявлений иногда наблюдался латентный период. При первичном анкетировании у всех были выявлены изменения по опроснику качества жизни EQ-5D и сдвиги показателей психоэмоционального статуса по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS. У пациентов при первичном осмотре были выявлены дорсалгии и артралгии вследствие физических перегрузок, ношения бронезилетов и тяжестей в анамнезе.

К концу исследования выявлены достоверные позитивные изменения оценочного психологического тестирования по шкалам EQ-5D и HADS, исчезли бессонница, чувство страха, паника или агрессия у пациентов основной группы при однонаправленных незначительных их сдвигах в группе сравнения. Через 3 недели в основной группе отмечался регресс болевого синдрома (артралгии, дорсалгии), а динамика снижения уровня боли по шкале ВАШ в покое и движении составила соответственно 88,2% ($p < 0,05$) и 71,3% ($p < 0,05$) от исходных величин, тогда как в группе сравнения достоверное уменьшение болевого синдрома отмечалось только в покое. После курсового лечения наблюдалась позитивная динамика функциональных показателей исследуемых согласно опросника Освестри: на 59,4% ($p < 0,05$) от исходных данных в основной группе при незначимых однонаправленных изменениях в группе сравнения. К концу курса в основной группе наиболее выраженные позитивные изменения были достигнуты в разделах интенсивность боли (на 61,9%, $p < 0,05$), самообслуживание (на 58,1%, $p < 0,05$) и ходьба (на 33,2%, $p < 0,05$).



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Выводы. 1. Программы комплексной реабилитации оказывают позитивное влияние на психоэмоциональный статус участников специальной военной операции с посттравматическими стрессовыми расстройствами. 2. Комплексная реабилитация способствуют значимому купированию болевого синдрома (артралгии и дорсалгии), увеличивая их двигательную активность и улучшая возможность самообслуживания пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством. 3. В результате комплексной реабилитации достоверно значимо улучшается качество жизни лиц с ПТСР после СВО.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО ПРОФИЛЮ «ОНКОЛОГИЯ» В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Гильмутдинова Л.Т.¹, Фаизова Э.Р.¹, Байназаров Р.Р.², Степков А.И.²

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России,

г. Уфа,

²ООО Санаторий «Юматово»,

г. Юматово

Актуальность. Современная онкореконструкция – это комплекс мероприятий для разрешения функциональных ограничений в повседневной жизни, вызванных онкологическим заболеванием. Успехи онкологии последних лет способствуют развитию реабилитации онкологических больных с тенденцией к более широкому использованию физических факторов.

Цель исследования. Анализ эффективности медицинской реабилитации по профилю «онкология» в Республике Башкортостан.

Материалы и методы. Исследование проводилось в 2020-2022 гг. в отделении онкологической реабилитации, развернутом в 2020 г. на базе санатория «Юматово». За исследуемый период выписано 716 пациенток с раком молочной железы. При этом наблюдался ежегодный неуклонный прирост количества реабилитированных по профилю «онкология». Большинство пациенток онко-реабилитационного отделения санатория «Юматово» предварительно перенесли оперативное вмешательство по поводу злокачественного новообразования (ЗНО) молочной железы (73%) в ГБУЗ РБ РКОД (г. Уфа), а остальные равномерно распределились по группам после химиотерапии и лучевой терапии.

Результаты и обсуждение. Реабилитация осуществлялась силами мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК), в состав которой входили: врач-реабилитолог, врач-физиотерапевт, врач-онколог/хирург, врач-невролог, врач-терапевт, врач-диетолог, врач-психотерапевт, инструктор-методист ЛФК, медицинские сестры. Программы реабилитации после специфического онкологического лечения включали: быструю активизацию пациенток, регулярные занятия ЛФК, психотерапию, диетотерапию, аппаратную физиотерапию, бальнеотерапию, медикаментозную поддержку и вовлечение в активный образ жизни. Аэробные нагрузки низкой интенсивности с постепенным увеличением нагрузки умеренной интенсивности по 15-30 минут 3-5 раз в день включали ЛФК и лечебную гимнастику в бассейне. При лимфостазе верхней конечности на стороне оперативного лечения применяли ручной лимфодренажный массаж, перемежающуюся дозированную пневмокомпрессию, компрессионный трикотаж, комплексы ЛФК, уход за кожей, электроте-



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

рапию синусоидальными токами на аппарате «Лимфовижн» и низкоинтенсивную магнитотерапию. Из методов аппаратной физиотерапии в комплексных программах онкореконвалитации использовали низкоинтенсивную лазеротерапию, электротерапию, глубокую осцилляцию, низкочастотную магнитотерапию в сочетании с противоопухолевой терапией и медицинским массажем. Бальнеотерапия была представлена вихревыми, ручными, суховоздушными ваннами и лечебным душем. Нутритивная поддержка включала диетотерапию, кумысолечение, питье минеральной воды и фитотерапию. У всех пациенток к концу санаторной реконвалитации отмечались улучшение психоэмоционального состояния (по шкале HADS), регресс лимфедемы верхней конечности, отсутствие болевого синдрома в послеоперационной области (по шкале ВАШ) с восстановлением чувствительности, повышение тонуса и силы мышц верхней конечности, увеличение объема активных и пассивных движений в плечевом суставе, рост общей физической активности, позитивная динамика полинейропатии, прекращение выпадения волос с последующим ускорением их роста после химиотерапии, улучшение качества жизни (по опроснику EQ-5D) и восстановление работоспособности.

Выводы. Медицинская онкореконвалитация в условиях санатория позволяет вернуть в социум ранее «обреченных» пациенток с ЗНО молочной железы, улучшив показатели здоровья и качество их жизни.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПОДБОРА КРЕСЛА-КОЛЯСКИ

Головина Ю.А., Севастьянов М.А.

ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России,
Санкт-Петербург

Актуальность. Группа хронических непрогрессирующих симптомо-комплексов двигательных нарушений, вторичных по отношению к поражениям или аномалиям головного мозга, возникающим в перинатальном периоде, объединяется в понятие «детский церебральный паралич» (ДЦП). В России данные о распространении ДЦП варьируются от 2,2 до 3,3 случаев на 1000 новорожденных. В группе детей, родившихся с массой тела ниже 1500 г, частота ДЦП в 70 раз выше по сравнению с группой детей с массой тела более 2500 г при рождении. По данным Росстата в России в 2021 году родилось 5490 детей с массой тела 500-999 г, 8569 детей с массой тела 1000-1490 г, 17163 ребенка с массой тела 1500-1999 г, 51266 детей с массой тела 2000-2499 г. В связи с этим, актуальна разработка определенного алгоритма комплексной реабилитации и социализации детей с данной патологией, в том числе с использованием кресла-коляски.

Современная модель реабилитации ориентирована на Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – МКФ (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF), принятую ВОЗ в 2001 году. С помощью МКФ возможно обеспечить составление подробного протокола нарушений функций и структур организма, ограничений активности и участия, оценить факторы окружающей среды и личностные факторы. Это позволяет обеспечить индивидуальный, ориентированный на результат подход в подборе технических средств реабилитации.

Кресло-коляска – это вспомогательное средство для осуществления деятельности, связанной с личной (персональной) мобильностью, оснащенное системой опоры тела и предназначенное для персонального передвижения одного человека (пользователя) с ограниченной подвижностью. Кресло-коляска с дополнительными характеристиками вполне может заменить опору для сидения, наиболее полно компенсируя нарушенные функции.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Согласно Приказу Минтруда и социальной защиты Российской Федерации от 27.04.2023г №342н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации», кресла-коляски для детей с ДЦП подбираются индивидуально, исходя их комплексной оценки ограничений жизнедеятельности, и в зависимости от характера инвалидизирующей патологии, определяется вид сиденья (с регулируемым углом наклона, жесткое), вид спинки (с регулируемым углом наклона, откидная, жесткая), вид подлокотников (регулируемые по высоте), вид подножки (регулирующаяся по высоте, с регулируемым углом наклона, с регулируемой опорой стопы), а также приспособления (подголовник, боковые опоры для головы, боковые опоры для тела, поясничный валик, валик или ремень для сохранения зазора между ногами, держатели для ног, ремень для пятки, нагрудный ремень, поясной ремень).

Цель исследования. Оценка клинико-функциональных особенностей детей с выраженными и значительно выраженными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций с использованием доменов МКФ для правильного подбора кресла-коляски, а также оценка качества и уровня обеспеченности детей данным видом ТСР.

Материалы и методы. Обследованы 50 детей в возрасте от 3 до 18 лет (18 девочек и 32 мальчика), находящиеся в стационарном учреждении социального обслуживания. Проведен анализ медицинской документации и анамнестических сведений. Для оценки нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций использовались: система классификаций больших моторных функций (GMFCS, GMFCS 88, MACS); модифицированная шкала Эшворта; определение характеристики силы мышц в баллах; гониометрия. Оценка ограничений активности и участия, барьеров и облегчающих факторов осуществлялась при помощи анкетирования по специально разработанным вопросам.

Результаты и обсуждение. Анализ медицинской документации и анамнестических сведений показал, что 78% (39 детей) родились недоношенными (с массой тела 780-2100 г). Беременность осложнялась: угрозой прерывания в 1 и 2 триместре; хронической соматической патологией; длительным безводным периодом с перинатальным поражением ЦНС; хронической интоксикацией (никотиновой, алкогольной, амфетаминовой). При оценке результатов МРТ головного мозга у половины детей выявлены признаки перивентрикулярной лейкомаляции различной степени выраженности в сочетании с гипоплазией мозолистого тела. У 8 детей (16%) имелись признаки внутрижелудочкового кровоизлияния (s1108.2). На электроэнцефалограмме (ЭЭГ) у 8 детей (16%) регистрировалась эпилептиформная активность в височной (s11001.2) и теменной долях (s11002.2), без клинических проявлений и необходимости противосудорожной терапии, 6 детей (12%) имели диагноз фокальная структурная эпилепсия и получали соответствующее лечение. Компенсированный гидроцефальный синдром (s1101.2) диагностирован в 4 случаях (8%).



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Вне зависимости от клинического диагноза и преобладающих нарушений структур, у обследованных имелись однотипные нарушения функций в виде тетрапареза с нарушениями самообслуживания (поднятие и перенос объектов - d430.2, d430.3, d430.4; мытье тела – d510.4; одевание – d540.4, прием пищи – d550.4, питье – d560.4) и передвижения (ходьба – d450.3, d450.4; изменение позы тела – d410.3, d410.4; поддержание положения тела – d415.3, d415.4; перемещение тела – d420.3, d420.4).

Кроме этого, у всех детей имеются интеллектуальные и когнитивные нарушения (функции ориентированности – b114.3, b114.4; функции внимания – b140.2, b140.3, b140.4; функции памяти b144.2, b144.3, b144.4; функции мышления - b160.3, b160.4), нарушения коммуникации (умственные функции речи – b167.3, b176.4), нарушение поведения (d7202.2, d7202.3), сенсорные нарушения (функции зрения – b210.2; функции слуха – b230.2).

С использованием диагностических шкал выраженные нарушения статодинамических функций диагностированы у 32% детей (16 детей) – GMFCS IV, MACS IV, у остальных детей (68% – 34 ребенка) – значительно выраженные нарушения статодинамических функций, GMFCS V, MACS V. Спастичность мышц определена по шкале Эшворта. У 8 детей (16%) 2 балла (b735.2), у 33 детей (66%) 3 балла (b735.3), у 9 детей (18%) 4 балла (b735.4).

Лишь 10% (5 детей) могут самостоятельно использовать кресло-коляску с ручным приводом. Остальные дети нуждаются в постоянном уходе и обслуживании персоналом, что является отражением наличия у них тяжелых и абсолютных нарушений структур и функций организма, активности и участия.

У всех детей выявлены вторичные осложнения в виде деформирующих дорсопатий (позиционный кифоз грудного отдела позвоночника (s4302.2, s4302.3), усиленный лордоз, сколиотическая деформация 3-4 степени (s7600.3, s7600.4), патология стоп (s750.2, s750.3), в виде множественных контрактур суставов верхних и нижних конечностей (b710.3, b710.4, b760.3, b760.4), патологии тазобедренных суставов (вывих, подвывих – s740.2, s740.3). Эти нарушения преимущественно обусловлены отсутствием своевременно начатых реабилитационных мероприятий (вертикализация, ортезирование, ботулинотерапия, лекарственная антиспастическая терапия и т.д.), длительным пребыванием ребенка в кресле-коляске без дополнительных характеристик, в неудобной для него позе.

По данным анкетирования, которое включало в себя вопросы по удовлетворенности качеством, характеристиками, габаритами, сроком получения кресел-колясок для передвижения детей, установлено, что лишь 28% (14) детей имеют кресла-коляски с индивидуально подобранными характеристиками. Соответственно, они же и имеют наиболее эргономичную посадку в кресле-коляске, что обеспечивает более комфортное и длительное пребывание в ней. Наиболее часто в используемых изделиях отсутствуют такие дополнительные



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

характеристики, как: регулировка угла наклона спинки, сиденья, регулировка угла наклона и высоты подножки, регулировка опоры стопы, валик или ремень для сохранения зазора между ногами, поясничный валик, подголовник.

Одним из барьеров в домене e575.3 (служба административной системы и политики общей социальной поддержки) длительный период исполнения рекомендаций индивидуальной программы реабилитации и абилитации при получении кресла-коляски. Однако, ситуация значительно улучшается в связи с появлением облегчающего фактора: возможности получения технических средств реабилитации при помощи электронного сертификата.

Активность и участие детей-инвалидов существенно ограничивается доступностью среды. Качеством дорожного покрытия, доступностью придомовой территории и внутридомовым устройством мест общего пользования для передвижения в кресле-коляске удовлетворены 80% пользователей, остальные разочарованы.

Выводы. Комплексная оценка состояния здоровья ребенка, с четким определением нарушенных структур и функций позволяют более профессионально и качественно провести подбор кресла-коляски с индивидуальными параметрами, для комфортного использования данного вида технического средства реабилитации, правильного позиционирования, а также профилактики осложнений двигательных нарушений. Для этого необходимо повышать уровень информационного обеспечения специалистов системы здравоохранения, реабилитологов, специалистов медико-социальной экспертизы, членов семьи и персонала по уходу за детьми-инвалидами. В случае более позднего обращения для подбора кресла-коляски, необходимо уделять особое внимание к выбору дополнительных характеристик, обеспечивающих разгрузку точек максимального давления в положении сидя, профилактику пролежней и предотвращение усугубления имеющихся деформаций.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

БОДИБАР КАК ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ ТРЕНАЖЕР ДЛЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ЗАНЯТИЯХ ЛФК

Гращенкова А.Н.¹, Гращенко Д.Е.²

¹ЦВМиР «Березовая роща» ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»,

²ГБОУ «Первый Московский кадетский корпус»,
Москва

Актуальность. Эффективная физическая медицинская реабилитация, включая кардиореабилитацию, имеет важное прогностическое значение в первичной и вторичной профилактике. При помощи различных тренажеров и правильного подхода, физическая реабилитация становится более востребованной в сравнении с другими методами лечения.

Цель исследования. Анализ эффективности применения тренажера Бодибар и качества ЛФК для физической реабилитации.

Материалы и методы. Бодибар (body bar, англ., «body» – «тело», «bar» – «стержень»), гимнастическая отягощенная палка – это тренажер, с которым можно заниматься как дома, так и на свежем воздухе. Его длина составляет 90-120 см. Своеобразный гибрид между гантелями и штангой, чтобы во время тренировки с ним руки не скользили.

Имеет следующие преимущества перед гантелями, штангами:

1. удобнее и легче держать – тренировка будет проходить гораздо эффективнее;
2. имеет неизменный вес и в отличие от гантелей и штанг с «блинами» на концах, бодибар не такой громоздкий и занимает мало места, также снижается риск случайных травм;

В качестве критериев реабилитационного и оздоровительного эффекта с бодибаром оценивали коэффициент выносливости. Женщина А. 1961 г.р. мастер спорта по спортивной гимнастике, профессионально спортом занималась до 1981 года, после продолжала минимально 2 раза в неделю бег по 5-6 км, разминка в течение 15 минут. В настоящее время занимается ежедневно бегом 5-6 км и силовыми упражнениями с увеличением количество раз. В ЦВМиР «Березовая роща» МСЧ МВД по г. Москве была выполнена физическая реабилитация – ЛФК с бодибаром, механотерапия полный комплекс, так же физиотерапия подводный автоматический массаж «Каракалла» – 20 минут (8 процедур), прессотерапия «Лимфамат» – 15 минут (8 процедур), парафинотерапия – 40 минут (8 процедур). ЧСС 83 уд/мин, SpO2 98, АД 120/80, рост 162 см, вес 58 кг. Inbody: ИМТ – 21.9 кг/м², МСМ (масса скелетных мышц) – 26.9, ЖИР – 9.3, ИТБ (индекс соотношения талия/бедра) – 0.88. Постоянного медикаментозного лечения нет. ЛФК проходило в течение 60 минут аэробной нагрузки с применением бодибаром различных упражнений.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Результаты и обсуждение. Определяли коэффициент выносливости (КВ). Этот параметр определяется по формуле Кваса, он характеризует функциональное состояние сердечно-сосудистой системы. Определяет переутомление, перегрузку, перетренированность. $KB = (10 \times ЧСС) / Pd$, где ЧСС до нагрузки 76 уд/мин, ЧСС после нагрузки 102 уд/мин, Pd – это (АДс – АДд), до нагрузки Pd – 35, после нагрузки – 31.

Коэффициент выносливости (КВ) характеризует функциональное состояние ССС. В норме он составляет 16-20. Повышение коэффициента указывает на ослабление сердечной деятельности, снижение данного показателя говорит об обратном. В покое КВ=22, после нагрузки КВ=29, КВ_{среднее} арифметическое=25.5. Данный случай является исключением, поскольку при проведении физической реабилитации, хоть КВ выше представленной нормы, но у пациента не наблюдалось никаких отклонений.

Вывод. В результате проведенного анализа влияния нагрузки на данную пациентку можно предположить, что бег на средние дистанции или ходьба 5-6 км и занятия силовыми видами спорта в дальнейшем принесут хороший эффект. У пациентки в 61 год есть резерв кардиореспираторной системы, наблюдается тенденция к росту уровня выносливости.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДОМЕНЫ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ФУНКЦИИ И СТРУКТУРЫ ОРГАНИЗМА МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ДЛЯ КОДИРОВАНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ И ВЫЯВЛЕНИЯ АССОЦИАТИВНЫХ СВЯЗЕЙ С РАННИМИ НАРУШЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Гуткевич Е.А.¹, Гуткевич Е.В.²

¹Томский НИИКиФ ФФГБУ ФНКЦ МРиК ФМБА России,

²Научно-исследовательский институт психического здоровья –
Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН,
г. Томск

Актуальность применения схемы кодирования доменов здоровья Международной классификации функционирования (МКФ) заключается в обеспечении научных основ поиска, изучения и понимания новых составляющих здоровья. Роль микробиоты кишечника в предрасположенности к нарушениям здоровья наиболее понятна с биологической точки зрения, рассматривающей организм человека как экосистему не только с индивидуальным генотипом хозяина, но и с экзогенным генотипом микробиоты. Дополнительные домены составляющей Функции и структуры организма позволяют регистрировать специфические индивидуальные нарушения функционирования и устанавливать статистически значимые взаимосвязи бактериального состояния микробиоты кишечника с нарушениями здоровья инфекционной и неинфекционной природы.

Цель исследования. Цель заключалась в разработке дополнительных доменов составляющей Функции и структуры организма, включающих второй определитель и систему градации бактериального состояния кишечной микробиоты с учетом потенциальной возможности (капацитета) и реализации.

Материалы и методы. В работе были использованы 565 протоколов исследований микрофлоры кала на дисбактериоз случайной сплошной выборки. Состояние кишечной микробиоты оценивали по показателям качественного и количественного состава микрофлоры толстого кишечника у практически здоровых людей разного возраста «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника» (ОСТ 91500.11.0004–2003). Классификацию состояний кишечной микробиоты проводили с применением алгоритма классификации (Субботин А.Л., Абушенко В.Л. и др., 2018). В качестве таксономических единиц принимали минимальные значения нормы для следующих групп микроорганизмов: нормальная микрофлора; условно-патогенная микрофлора; патогенной микрофлора.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Результаты и обсуждение. Классифицировали восемь концевых таксонов, характеризующих разные бактериальные состояния кишечной микробиоты (чувствительность – 43%, специфичность – 83%). Выявили следующие нарушения микробиологической структуры микробиоты:

А) аномалию (присутствие патогенных штаммов микроорганизмов, в количестве превышающим нормальные значения);

В) дефект присутствие условно-патогенных штаммов микроорганизмов в количестве, превышающим нормальные значения);

С) утрату (отсутствии или количественное снижение основных штаммов нормальной микрофлоры).

Установили микробиологические аномалии, дефекты и утраты, встречающиеся в различных сочетаниях. Выявленные бактериальные состояния кишечной микробиоты регистрировались в домене 2-го уровня МКФ (b435, Функции иммунной системы), в дополнительных доменах 3-го и 4-го уровней МКФ (b435014, «Бактериальное состояние кишечной микробиоты», качественный показатель, дополнительный определитель, капаситет от «0» до «4») и в дополнительных доменах 3-го и 4-го уровней МКФ (b435015, «Суммарное отклонение бактериальных показателей от нормы (СУМОН)», количественный показатель, дополнительный определитель, капаситет LogN(КОЕ) от «0» до «20 и >»). Восемь групп бактериальных состояний кишечной микробиоты, классифицированных по таксономическим единицам, были объединены в четыре группы, по тяжести микробиологических нарушений: Здоровая микробиота (ЗД) – без микробиологических аномалий, дефектов и утрат (домен b435014, значение «1» дополнительного определителя с негативной шкалой), домен b435015, значение «1» дополнительного определителя с негативной шкалой (СУМОН от 0 до 1); Микроэкологические нарушения (МЭН) – без микробиологических аномалий и дефекта, на фоне микробиологических утрат (домен b435014, значение «2» дополнительного определителя), домен b435015, значение «2» дополнительного определителя (СУМОН от 1 до 8); Нарушения колонизационной резистентности (НКР) – без микробиологических аномалий, на фоне микробиологического дефекта с микробиологической утратой или без таковой (домен b435014, значение «3» дополнительного определителя), домен b435015, значение «3» дополнительного определителя (СУМОН от 8 до 15); Латентная бактериальная инфекция (ЛБИ) – наличие микробиологических аномалий и (или) микробиологического дефекта, на фоне микробиологических утрат или без таковых (домен b435014, значение «4» дополнительного определителя), домен b435015, значение «4» дополнительного определителя (СУМОН от 15 до 20 и >).



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Выводы. Разработанные дополнительные домены МКФ и система градации дополнительного определителя с учетом бактериального состояния кишечной микробиоты расширяет возможности классификации биологических основ нарушений здоровья до клеточного и молекулярного уровня. Учет бактериальных нарушений кишечной микробиоты позволяет прогнозировать регистрацию новых клинико-лабораторных показателей, ассоциированных с состоянием кишечной микробиоты, а также планировать разработку технологии бактериальной реконструкции кишечной микробиоты для раннего выявления и помощи при нарушениях здоровья инфекционной и неинфекционной природы.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ НА ЗАНЯТИЯХ ПО АФК С ДЕТЬМИ С РАС ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Гущихина В.Д.

ГБСУ СО ОРЦДИ «Надежда»,

г. Волгоград

Введение. С самого рождения дети развиваются только при условии постоянной стимуляции ощущениями от собственного тела и окружающей среды. Многие проблемы обучения и поведения детей с РАС (расстройства аутистического спектра) являются результатом искажения процесса восприятия сенсорной информации. Дисфункция сенсорной интеграции, по мнению Л.А. Хоекмана вызвана двумя основными причинами: повышенной чувствительностью к сенсорным стимулам или же снижением чувствительности к сенсорным раздражителям.

Принцип построения коррекционных программ специалистами центра состоит в упорядочении внешних ощущений с помощью специального оборудования, которое воздействует на звуковое, зрительное, кинестетическое и вестибулярное восприятие таких детей. Сенсорная интеграция для детей с РАС на занятиях по адаптивной физкультуре имеет два направления: формирование в среде, привычной для ребенка, особых условий, которые облегчат восприятие и обеспечат продуктивное взаимодействие с педагогами и полисенсорное воспитание детей с аутизмом с помощью развития зрительных, слуховых и тактильных навыков.

Метод сенсорной интеграции базируется на следующих важных принципах: индивидуального подхода, при дозировании сенсорной активности; создания условий с целью повышения мотивации занятий; дифференциального подбора методов и материалов для занятия; мониторинга сопровождения сенсорного развития.

Цель. Нормализация работы сенсорных систем ребенка и формирование адекватной реакции ребенка на внешние раздражители сенсорных систем.

Методы и материалы. В основу планирования коррекционной работы легли результаты диагностики сенсорной дисфункции методом наблюдения и оценки динамического и пространственного праксисов, тактильных проб, результаты экспертной оценки функционирования сенсорных систем родителями и педагогами у детей с РАС. С учетом индивидуальных потребностей каждого ребенка были составлены индивидуальные сенсорные кейсы развития детей с РАС. Система занятий была построена на основе метода пошагового обучения и с учетом индивидуальных сенсорных возможностей детей с РАС. С целью реализации данных программ в зале АФК был смонтирован и



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

использовался сенсорно-динамический комплекс «Сова», с помощью которого производилась работа по стимуляции вестибулярной системы, восстановлению вестибулярной функции, ощущения состояния равновесия, адаптации к вестибулярным раздражителям. Акцент в рамках системы занятий делается на интеграции вестибулярных, проприоцептивных и тактильных ощущений, а не только на моторных реакциях.

Рассмотрим ряд упражнений, которые используются специалистами для сенсорной интеграции детей с РАС. Для формирования навыка социального взаимодействия, который «страдает» у детей с РАС используются игры в сенсорном гамаке. Раскачивание на качелях – это одно из любимых упражнений детей с РАС, для того чтобы у них эффективнее развивалась вестибулярная система и чувство равновесия мы используем усложнения в процессе раскачивания (просим ребенка встать или лечь). Для развития тактильной, чувствительной, проприоцептивной и вестибулярной системы эффективно использовать заворачивания в различные ткани, сенсорные дорожки и утяжеленные одеяла. Пролезание в ограниченное пространство и преодоление препятствий направленно на развитие координации и моторного планирования. Для развития дыхательной системы и коммуникативных навыков можно использовать игры с мыльными пузырями. Для стимулирования различных функций мозга, у детей с выраженными сенсорными дисфункциями применялись упражнения, стоя на балансирах в утяжеленном жилете. В данном упражнении можно использовать мячи разного диаметра, что способствует не только улучшению моторной координации, но и улучшению координации «глаз-рука».

Выводы. В ходе реализации системы занятий по АФК с использованием элементов сенсорной интеграции у детей с РАС улучшились реакции на сенсорные раздражители, повысилась способность к адаптации к различным сенсорным стимулам, сбалансировались пороги чувствительности различных систем, повысилась их обучаемость, снизилась тревожность, развились коммуникативные навыки.

Заключение. Таким образом, благодаря реализации системе индивидуальных сенсорных кейсов, у детей с РАС частично стабилизировалась работа сенсорных систем, что способствовало более качественной переработке сенсорной информации. У них сократилась частота проявления отдельных форм нежелательного поведения: снизилось количество эпизодов самостимуляции, аутоагрессии и др., что косвенно повлияло на расширение социальных контактов семьи в целом и навыков социального взаимодействия у детей с РАС.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Джаныбекова И.А.

Академический консорциум «Международный Университет Кыргызстана»,
г. Бишкек, Киргизия

Актуальность. Реабилитация детей с ювенильным ревматоидным артритом представляет несомненную важность для избежания возможности инвалидизации.

Цель исследования. Оценка, изучение влияния различных видов реабилитации детей с ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА)

Материалы и методы. Обследовано и проведено наблюдение 15 детей в возрасте от 7 до 16 лет (6 девочек и 9 мальчиков) в динамике течения ЮРА в поликлиниках г. Бишкек. Оценивалась двигательная способность пораженных суставов до и после реабилитационного лечения и субъективные симптомы пациентов. Реабилитация детей с ЮРА проводилась различными методами: озокеритовые, грязевые аппликации, радон, электролечение, рефлексотерапия. Все эти методы являются традиционными и нетрадиционными, а в комплексе инновационными.

Результаты и обсуждение. Озокеритовые, грязевые аппликации дают быстрый реабилитационный эффект. Электролечение имеет пролонгированное действие. Радоновые процедуры отличаются большей эффективностью и, по данным литературы, всегда показаны при ЮРА в любом возрасте. Все эти виды физиотерапевтического лечения повторяются обычно ежегодно для профилактики обострения и сохранения двигательной активности пораженных суставов. Рефлексотерапия как альтернатива вышеперечисленным методам также широко используется в мировой практике, особенно в странах, где широко практикуется восточная медицина. В наших случаях она также имела положительные результаты. Пациенты проходили по 5-7 процедур с повторением через месяц и 2-3 месяца, таким образом, закрепляя полученные сдвиги в сторону улучшения. Основное базисное лечение все пациенты проходили по схемам с применением нестероидных противовоспалительных препаратов в обычных дозировках.

Выводы. Комплексное применение различных реабилитационных методик дает лучший результат, позволяя разнообразить спектр воздействия.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПРЕПАРАТ ЛЕГОЧНОГО СУРФАКТАНТА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ФЕНОТИПОМ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Дудченко Л.Ш., Беляева С.Н., Соловьева Е.А., Андреева Г.Н.

ГБУЗ РК «Академический научно-исследовательский институт

физических методов лечения, медицинской климатологии

и реабилитации им. И.М. Сеченова»,

г. Ялта

Актуальность. По прошествии достаточно длительного периода времени после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19 сохраняется категория пациентов с жалобами на различные проявления дыхательной недостаточности: одышку, малопродуктивный кашель, сниженную толерантность к физической нагрузке, сниженную физическую активность и работоспособность. С позиции фенотипирования крайне разнообразных проявлений постковидного синдрома вышеуказанная симптоматика свойственна респираторному фенотипу. При объективном обследовании на компьютерной томографии органов дыхания у таких пациентов выявляются остаточные интерстициальные изменения в легких в виде фиброзных наложений, консолидации, матового стекла, при функциональном обследовании обнаруживаются сниженные показатели диффузионной способности легких, шестиминутного шагового теста, десатурация на физическую нагрузку.

Цель исследования. Оценить эффективность применения ингаляций препарата Сурфактант-БЛ в программе санаторно-курортного этапа медицинской реабилитации у больных с респираторным вариантом постковидного синдрома.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 28 больных, находящихся на санаторно-курортном этапе медицинской реабилитации с респираторным вариантом постковидного синдрома. Больным проведено обследование и программа санаторно-курортной реабилитации с включением климатотерапии в условиях климатического пульмонологического курорта Южного берега Крыма, респираторной терапии, массажа, лечебной дыхательной гимнастики, физиотерапевтических процедур при необходимости. 14 пациентов получили дополнительно курс ингаляций препарата Сурфактант-БЛ, 25 мг на ингаляцию, первую неделю – ежедневно, вторую неделю – через день, курс составлял 8 ингаляций. Перед применением сурфактанта проводилась ингаляция бронхолитика, а также тщательная санация трахеобронхиального дерева (вибромассаж, постуральная терапия, дыхательная гимнастика) с последующим откашливанием бронхиального секрета. Проведен статистический анализ материала.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Результаты и обсуждение. Средний возраст в группе составил $58,0 \pm 8,2$ лет. Большая часть пациентов (19 человек – 67,9%) – женщины. Из анамнеза известно, что степень поражения легких была в группе следующей: КТ-1 у 3 (10,7%), КТ-2 у 1 (3,5%), КТ-3 у 7 (25%), КТ-4 у 13 (46,4%) и 4 человека (14,3%) не проходили рентгенологическое обследование, поэтому не представлялось возможным определить объем поражения. Пациенты были разделены на группы, сопоставимые по возрастно-половому составу, исходным клиническим данным. Переносимость процедур, в том числе ингаляций Сурфактанта-БЛ, была хорошей, побочных реакций не зарегистрировано. Проанализированы результаты санаторно-курортного этапа медицинской реабилитации. В обеих группах наблюдения статистически значимо улучшились показатели самочувствия, уменьшилась одышка, утомляемость, повысилась физическая активность. В группе пациентов, получающих ингаляции Сурфактанта статистически значимо, по сравнению с группой сравнения, уменьшилась выраженность кашля, повысились значения некоторых показателей спирографии (форсированной жизненной емкости легких, пиковой объемной скорости и максимальной объемной скорости на уровне крупных бронхов), повысилась сатурация. В основной группе статистически значимо возросли значения ряда опросников, характеризующих одышку пациентов – диаграммы цены кислорода и индекс одышки VDI/TDI, что характеризовало положительную динамику. Увеличилась длина дистанции, пройденной за 6 минут при выполнении теста, в основной группе на $25,6 \pm 24,2$ метров (с $475,12 \pm 124,29$ до $501,00 \pm 136,08$, $p < 0,001$), в группе сравнения на $17,7 \pm 23,1$ метров (с $459,56 \pm 92,36$ до $487,11 \pm 96,25$, $p < 0,05$). Психологическое тестирование подтвердило положительный эффект – статистически значимые положительные изменения выявлены по шкале тревоги и депрессии HADS и по опроснику качества жизни EQ-5D в основной группе.

Выводы. Включение в комплексную медицинскую реабилитацию пациентов с респираторным фенотипом постковидного синдрома на санаторно-курортном этапе ингаляций препарата Сурфактант-БЛ способствовало эффективному восстановлению функции дыхания, уменьшению клинических проявлений дыхательной недостаточности, улучшению ряда показателей спирограммы и функциональных тестов, снижению уровня тревожности и депрессии, вызванной сохраняющимися симптомами перенесенной инфекции COVID-19.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЕНИЯ КЛИМАТА В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ КРЫМА

Евстафьева Е.В.¹, Дудченко Л.Ш.¹, Беляева С.Н.¹, Лапченко В.Н.²,
Прокопенко Н.А.¹, Губин Ю.Л.¹, Шуляк И.В.¹

¹ГБУЗ РК «Академический научно-исследовательский институт
физических методов лечения, медицинской климатологии
и реабилитации им. И.М. Сеченова»,
г. Ялта,

²Карадагская научная станция им. Т.И. Вяземского –
природный заповедник РАН – филиал ФГБУН ФИЦ
«Институт биологии южных морей им. А.О. Ковалевского РАН»,
г. Александровка

Актуальность. Проблема климатических изменений имеет глобальный характер, но особое значение она приобретает на курортно-рекреационных территориях, лечебный потенциал которых претерпевает модификацию или приобретает новые свойства. Их нужно учитывать в медицинской климатологии. С этой целью в ГБУЗ РК «АНИИ им. И.М. Сеченова» начаты исследования по изучению влияния ранее не учитываемых экологических факторов или факторов, трансформирующихся в условиях изменения климата. К их числу относится приземный озон (ПО), – парниковый газ, концентрация которого прогрессивно увеличивается на протяжении последних десятилетий. Несмотря на важность проблемы и накапливающиеся за рубежом сведения о его негативном влиянии на дыхательную и сердечно-сосудистую систему человека, в отечественной научной литературе имеются только единичные публикации. Особенно важно учитывать влияние приземного озона как фактора риска в отношении пульмонологических и кардиологических больных, тем более, тех из них, кто традиционно проходит реабилитацию в санаторно-курортных учреждениях Южного берега Крыма.

Цель. Оценить влияние ПО на обострение и инициацию неотложных состояний больных.

Материалы и методы. С целью определения возможного влияния ПО на обострение и инициацию неотложных состояний больных бронхиальной астмой (БА), гипертонической болезнью (ГБ), ишемической болезнью сердца (ИБС), с острой недостаточностью мозгового кровообращения (ОНМК), вегето-сосудистой дистонией (ВСД) и острым инфарктом миокарда (ОИМ) исследовали связь числа вызовов скорой медицинской помощи г. Ялты с концентрациями ПО (средние, максимальные, минимальные и амплитуда колебаний в сутки). Регистрация озона производилась на станции фоново-



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

го экологического мониторинга на Карадаге оптическим методом с помощью автоматического газоанализатора АРОА 370 (HORIBA). Корреляционным анализом по Спирмену оценивали их взаимосвязь в течение пятилетнего периода с 2010 по 2014 гг.

Результаты и их обсуждение. Зависимость неотложных состояний была выражена в разной степени в разные сезоны года, а также отличалась в разные годы, когда имел место разный характер изменений уровней ПО, прежде всего, в сочетании с температурой атмосферного воздуха и, по всей видимости, с другими неучтенными, в том числе, антропогенными, факторами. Характер зависимости в ряде случаев свидетельствовал о некотором запаздывании эффекта. Чаще корреляции обнаруживались для неотложных состояний сердечно-сосудистой системы, особенно в отношении ГБ и ИБС, возможно, в связи с лучшим контролем течения БА.

Выводы. Для определения безопасных уровней ПО необходимо дальнейшее исследование и использование разных подходов, позволяющих получить достоверную информацию.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ БАЛЬНЕОПРОЦЕДУР С НАТУРАЛЬНЫМИ ГИДРОЛАТАМИ

Ежов В.В., Григорьев П.Е., Тонковцева В.В.

ГБУЗ РК «Академический научно-исследовательский институт
физических методов лечения, медицинской климатологии
и реабилитации им. И.М. Сеченова»,
г. Ялта

Актуальность. К базовым методам санаторно-курортного лечения кожных, неврологических и других заболеваний, относятся бальнеотерапевтические процедуры. Перспективным, но малоизученным, является применение ванн с натуральными гидролатами, содержащими комплекс биологически активных веществ растительного происхождения.

Цель исследования. Изучение влияния курса жемчужных ванн с натуральным гидролатом лаванды узколистной разной концентрации на психоэмоциональный статус и состояние кожи пациентов.

Материалы и методы. Жемчужные ванны с гидролатом лаванды узколистной (6 процедур) назначались в сочетании с общепринятыми процедурами санаторно-курортной реабилитации. Исследование проводилось на базе санатория «Родина» (Южный берег Крыма).

Контрольную группу (КГ) составили 23 пациента, принимавших жемчужные ванны: объем ванны – 200 л, длительность процедуры – 10 мин, температура воды – 36-37°C, курс – 6 процедур. Опытные группы составили пациенты, принимавшие в том же режиме жемчужные ванны с добавлением с гидролата лаванды узколистной в концентрации 0,05% (100 мл гидролата на 200 л воды) – опытная группа 1 (ОГ1; n=23) или 0,1% (200 мл гидролата на 200 л воды) – опытная группа 2 (ОГ2, n=26). До и после курса с помощью шкалы HADS измерялись уровни тревоги и депрессии. С помощью анкеты и клинико-anamnestических данных оценивалось состояние кожи до и после курса ванн.

Результаты и обсуждение. В результате курса ванн в ОГ1 и ОГ2 статистически значимо уменьшилась тревога: на $-2,48 \pm 0,55$ у.е., $p=0,00019$ и $-2,27 \pm 0,59$ у.е., $p=0,00078$ соответственно. Сдвиги для КГ статистически не значимы: $-0,54 \pm 0,48$, $p=0,27$. Схожие результаты наблюдаются по депрессии: в ОГ1 и ОГ2 соответственно $-1,35 \pm 0,57$ у.е., $p=0,028$, и $-0,81 \pm 0,37$ у.е., $p=0,040$. В КГ сдвиги статистически не значимы ($-0,58 \pm 0,46$ у.е., $p=0,22$).

Также в результате проведения курса ванн в ОГ1 на 21,7% выросло число лиц с нормальной кожей, на 13,0% снизилось число лиц с комбинированной, на 4,3% – с жирной, на 4,3% – с сухой кожей. В ОГ2 на 15,4% увеличилось число лиц с нормальной кожей, на 3,8% снизилось с комбинированной, на 11,5% – с сухой, на 7,7% – с чувствительной кожей. Состояние кожи в КГ не изменилось.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

В ОГ1 число лиц с угревой сыпью уменьшилось на 8,7%; с воспалениями – на 4,3%; с аллергическим дерматитом – на 8,7%; с покраснениями – на 4,3%; с пигментациями – на 4,3%. В ОГ2 число лиц с угревой сыпью снизилось на 7,7%; с воспалениями – на 15,4%; с аллергическим дерматитом – на 7,7%; с покраснениями – на 3,8%; с пигментациями – на 7,7%. В КГ также уменьшалась частота некоторых проблем с кожей, однако по меньшему числу параметров: угревая сыпь – на 11,5%; аллергический дерматит – на 3,8%.

Выводы. Курс применения ванн с натуральным гидролатом лаванды узколистной снижает тревогу и депрессию, улучшает состояние кожи. Применение натурального гидролата лаванды узколистной, представляет собой эффективный метод бальнеотерапии.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭЛЕКТРОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ АЛТАЙ В 2022 Г.

Еркинова Е.В., Штанаков М.В., Дмитриева Н.А.
ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Алтай» Минтруда России,
г. Горно-Алтайск

Актуальность. Взаимодействие между учреждением медико-социальной экспертизы и медицинскими организациями осуществляется в соответствии с приказом Минтруда России Минздрава России №80н/131н от 27.02.2020 г. «Об утверждении Порядка информационного взаимодействия в целях проведения медико-социальной экспертизы между медицинскими организациями и бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах». Принятый в 2020 году Порядок определяет правила информационного взаимодействия между медицинскими организациями и учреждениями медико-социальной экспертизы по обмену направлениями на медико-социальную экспертизу в форме электронных документов.

Информационное взаимодействие осуществляется между медицинской информационной системой медицинских организаций (в Республике Алтай «РМИС»), федеральным реестром электронных медицинских документов, являющимся подсистемой единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (РЭМД ЕГИСЗ), федеральной государственной информационной системой «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы» (ФГИС ЕАВИИАС) через систему межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ).

Цель исследования. Анализ организации взаимодействия бюро медико-социальной экспертизы и медицинских организаций Республики Алтай в части передачи направлений на медико-социальную экспертизу в электронном виде.

Материалы и методы. Метод исследования аналитический. Использовались данные информационной системы медико-социальной экспертизы ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Алтай» Минтруда России.

Результаты и обсуждение. В 2022 году был достигнут целевой показатель (100%) по охвату медицинских организаций, осуществляющих электронное взаимодействие с бюро медико-социальной экспертизы. Были получены электронные формы направления из всех 15-ти медицинских организаций, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Алтай в Перечне медицинских организаций, осуществляющих электронное взаимодействие с бюро медико-социальной экспертизы.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

В информационную систему ЕАВИИАС МСЭ за 2022 год поступили 2900 электронных направлений, что составляет 74% от общего числа поступивших за год направлений на медико-социальную экспертизу.

Показатель по переходу на электронное взаимодействие с медицинскими организациями к августу 2022 года удалось довести до уровня выше 90% (август – 93%, сентябрь – 97%, октябрь – 99%, ноябрь – 100%, декабрь – 99%). С января по июль 2022 года это значение в среднем составляло 33%. по причине низкой пропускной способности РЭМД ЕГИСЗ (зона ответственности Министерства здравоохранения РФ), технические возможности которого не позволили всем документам достигать целевой информационной системы в полной мере и в установленные сроки. Министерство здравоохранения Республики Алтай причиной снижения поступления электронных форм в первом полугодии обозначало технические проблемы в работе РЭМД ЕГИСЗ. В целях недопущения нарушения прав граждан и для снижения социального напряжения в регионе учреждением организовано в таких случаях предоставление услуги по проведению медико-социальной экспертизы гражданам по ф088/у на бумажном носителе.

Доля электронных направлений на медико-социальную экспертизу за 2022 год в других регионах (среднее по Российской Федерации 70%) и в Республике Алтай (74%).

За 2022 год было проведено 37 совещаний в формате видео-селектора с участием членов врачебных комиссий медицинских организаций, специалистов ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Алтай» Минтруда России. В еженедельном режиме обсуждались вопросы качества оформления направлений и статистика поступления электронных форм в бюро МСЭ.

В свою очередь из информационной системы «ЕАВИИАС МСЭ» через систему межведомственного электронного взаимодействия в РЭМД ЕГИСЗ (реестр электронных медицинских документов ЕГИСЗ) выгружается сформированный структурированный электронный медицинский документ «Сведения о результатах МСЭ» по освидетельствованиям, проведенным на основании электронных направлений. Дальнейшее движение документа из этого реестра предполагается в информационную систему медицинских организаций.

Таким же образом в электронный документооборот включается документ «Возврат направления в медицинскую организацию». В настоящий момент этот документ также формируется в системе ЕАВИИАС МСЭ и направляется через СМЭВ в РЭМД ЕГИСЗ, а медицинским информационным системам региона предстоит доработка в части приема этих документов.

За 2022 год в РЭМД ЕГИСЗ было успешно выгружено 1718 документов «Сведения о результатах» и 159 документов «Возврат направления на МСЭ». Документы, не имеющие отметку «Успешно» как правило, выгружены в РЭМД ЕГИСЗ, но не получен ответ из РЭМД ЕГИСЗ, обусловлено высокой загруженностью работы ЕГИСЗ.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Выводы. Таким образом, в регионе организовано полное электронное взаимодействие между медицинскими организациями и бюро медико-социальной экспертизы в части получения направлений на МСЭ. А после доработки медицинской информационной системы в 2023 г. в части приемов результатов МСЭ и возврата направления будет функционировать полное электронное взаимодействие.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИК НЕЙРОГИМНАСТИКИ ПРИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Иванов И.В.^{1,2}, Сырникова Б.А.³, Гладкова Т.В.³, Стороженко Д.В.³

¹ГНИИИ военной медицины Минобороны России,

²ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет),

³ГБУ «Научно-практический реабилитационный центр»

Департамента труда и соцзащиты г. Москвы,
Москва

Актуальность. На важность использования нейропсихологических и психофизиологических знаний в деятельности в образовании впервые обратили внимание отечественные нейропсихологи А.Р. Лурия и Л.С. Цветкова в 60-х годах XX столетия. Американский психолог Пол Деннисон более 40 лет назад разработал основы нейрогимнастики. В начале 90-х годов XX столетия им была предложена программа «Гимнастика Мозга», которая посвящена способам активации созданных природой механизмов работы головного мозга человека путем физических движений. В тот же период Т.П. Хризман выделила нейропедагогику, учитывающую возрастную динамику психофизиологических особенностей детей в процессе развития. В настоящее время разновидности этого обширного направления активно развиваются как нейропедагогика, нейропсихология, нейрогимнастика, нейробика, гимнастика мозга, фитнес мозга и другие. Важными для практиков в настоящее время являются «Методические рекомендации по организации занятий нейробикой с реабилитантами в ГБУ НПЦ МСР имени Л.И. Швецевой. Нейробика – фитнес для мозга / Департамент труда и социальной защиты населения города Москвы, ГБУ «Научно-практический центр медико-социальной реабилитации инвалидов имени Л.И. Швецевой» – Москва, ГКУ НПЦ МСР им. Л.И. Швецевой, 2023.

Проблема коррекции центральной регуляции интегративных функций головного мозга и восстановления нейромоторики крайне актуальна в настоящее время и должна шире использоваться для реабилитации участников военных конфликтов, перенесших длительные нервно-эмоциональные напряжения, пострадавших после черепно-мозговых травм и посттравматическом стрессовом расстройстве.

Цель исследования. Проанализировать и обобщить методики нейрогимнастики для использования в процессе восстановительного лечения и психологической реабилитации в реабилитационном центре и санаторном учреждении.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Материалы и методы. Систематизированы направления и методики нейрогимнастики, использованные в процессе медико-социальной реабилитации 320 инвалидов (мужчин и женщин в возрасте от 24 до 76 лет) в ГБУ «Научно-практический реабилитационный центр» Департамента труда и соцзащиты г.Москвы, проходивших данные тренинги в сочетании с другими лечебными процедурами (физио- и бальнеолечение, массаж, лечебная физкультура, гимнастика в бассейне и др.).

Результаты и обсуждение. При анализе методик нейрогимнастики проведено их структурирование по основным направлениям коррекции функций центральной нервной системы:

- координация движений (мелкая моторика пальцев и кистей рук);
- логическое мышление (арифметический счет, операции с числами, решение простых математических примеров, ребусов, зеркальных загадок);
- образное и абстрактное мышление (целостность восприятия картины при распознавании предметов и объектов среди сложных конструкций, составление анаграмм);
- распределение и переключение внимания, тренировка сенсорных реакций (таблицы Шульте, красно-черные таблицы Платонова,);
- концентрация (устойчивость) внимания, тренировка кратковременной памяти (тест Струпа, запутанные линии, поиск отличий в заданиях с цифровой, словесной, образной информацией);
- развитие слухового внимания (задания с рифмами, 4-й лишний);
- развитие зрительной памяти (запоминание предметов и слов);
- пространственное воображение, сообразительность и находчивость (головоломка Пифагора);
- лингвистические навыки (подбор слов по предлагаемому слогу, с перестановкой букв, филворды-головоломки по поиску слов среди букв);
- подвижность регуляции лево-и правополушарных функций головного мозга, поддержание обоих полушарий мозга в согласии (рисование попеременно двумя руками, смена руки при выполнении заданий).

Методика проведения нейрогимнастики предполагает по назначению врача серию из 6-8 групповых занятия по 45-60 минут. Структура занятия включает вводную часть (знакомство и разминку, подготовка интеллекта к занятию), основную часть 6-8 заданий по основным направлениям с учетом времени выполнения задания и включая компоненты эмоциональной разрядки) и заключительную часть (подведение итогов и домашнее задание). Занятие проводит инструктор-психолог или специалист по социальной реабилитации. После выполнения каждого упражнения инструктор использует формы обсуждения, направленные на снятие эмоционального напряжения, что способствует улучшению социального самочувствия и формируют положительный эмоциональный фон реабилитации, повышает уверенность в себе, своих силах и возможностях.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Занятия нейрогимнастикой могут использоваться в период краткосрочной (10-15 суток) медико-психологической реабилитации военнослужащих после выполнения сложных служебных заданий, а также при санаторно-курортном лечении (18-20 суток) участников военных конфликтов-комбатантов.

Выводы. Использование методик нейрогимнастики в дополнение к стандартному комплексу лечебно-профилактических мероприятий позволяет более эффективно восстанавливать нарушения когнитивных функций и психоэмоционального состояния после возвращений со сложных служебных заданий, на этапе восстановления после черепно-мозговых травм и посттравматического стрессового расстройства в период санаторно-курортного лечения и комплексной реабилитации участников военных конфликтов.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПРОФИЛЬ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ****Карпатенкова О.В.**

ЦВСНПГУ МВД России,

Санкт-Петербург

Актуальность. Проблемы подростковой преступности охраняют актуальность в течение десятилетий. Комплексная оценка состояния здоровья и жизнедеятельности несовершеннолетних правонарушителей с использованием МКФ позволяет определить основные направления и индивидуальную траекторию медико-социальной реабилитации таких детей.

Цель исследования. Определить категориальный профиль несовершеннолетних правонарушителей.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе Центра временного содержания несовершеннолетних правонарушителей при ГУ МВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области. Мультидисциплинарной командой в составе врача педиатра, медицинских сестер, психолога, воспитателя, врача-психиатра произведена оценка 70 несовершеннолетних правонарушителей от 14 до 18 лет, помещенных в ЦВСНП, в рамках выборочных категорий МКФ. обобранных на основании анализа личных дел подростков за период 2015-2021 гг.

Результаты и обсуждение. Наиболее распространенными структурными нарушениями являются разрушение зубов (34,1%) – s320; кожи, за счет шрамов и татуировок (27,2%) – s810; костей нижних (29,8%) – s750 и верхних (17,0%) – s730 конечностей, структур носа (11,4%) – s3101 и глазного яблока (34,1%) – s 220.

Распространены нарушения волевых функций (78,4%) – b130; темперамента и личностных функций (62,8%) – b126; функции сна (59,8%) – b134; внимания (57,0%) – b140; эмоций (54,1%) – b152. Реже встречались нарушения восприятия (15,6%) – b156; познавательных функций высокого уровня (29,8%) – b164; интеллектуальных функций (32,8%) – b117; функций зрения (25,6%) – b210; жевания (22,7%) – b510. Чаще всего подростки жаловались на умеренные боли различной локализации (85,6%) – b280. Наиболее распространенными ограничениями активности и участия являлись ограничения способности к преодолению стресса (100,0%) – d240, решению проблем (72,7%) – d175, принятию решений (81,8%) – d177, заботе о своем здоровье (72,7%) – d570 и проведению досуга (100,0%) – d920, поддержанию распорядка дня (54,5%) – d230, были также затруднены семейные отношения (81,8%) – d760. Менее распространенными оказались ограничения способности к восприятию устной (36,3%) – d310 – и жестовой (27,7%) – d315 – речи, экспрессивной речи (27,7%) – d330, ограничения в формальных (27,2%) – d740, неформальных (27,2%) – d750 отношениях.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

К позитивным факторам внешней среды относились продукты питания (69,6%) – е110; дизайн здания ЦВСНП (100,0%) – е150; семья – е310: мать (78,3%), отец (39,0%), бабушки (21,8%); медики (100,0%) – е355; домашние животные (47,8%)– е350. Барьерами реабилитации являлись вещества для персонального потребления – е110: алкоголь (34,8%) и наркотики (39,2%); семья – е310: мать (26,0%), отец (30,4%), сибсы (13,0%; друзья (е320 – 82,6%); инд.установки семьи (56,2%) – е410.

Выводы. Считаю необходимым проведение оценки состояния каждого ребенка, помещенного в ЦВСНП, по категориям МКФ согласно сформированному категориальному профилю а по ее результатам – построение индивидуальной программы медико-психологической и социальной реабилитации.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПРИМЕНЕНИЕ СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКОЙ ПЛАТФОРМЫ И СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ УПРАЖНЕНИЙ ФРЕНКЕЛЯ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА ПАДЕНИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Кагаев П.В., Жадан О.Н., Бондарович К.А., Заруба Т.С., Литош А.Е.

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт –
Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского»
Минздрава Краснодарского края,
г. Краснодар

Актуальность. Благодаря достижениям современной медицины ожидаемая продолжительность жизни увеличивается. Ежегодно пожилые люди становятся большей частью населения планеты и, в скором времени, медицина будет все чаще сталкиваться со специфическими возрастными расстройствами, и их осложнениями, одними из которых являются падения. Травмы, переломы, связанная с ними длительная иммобилизация, страх падений с возрастом приводят к снижению физической активности у пожилых. Помимо возраста, к возрастанию риска падений приводят различные коморбидные состояния – нарушение зрения, слуха, полипрагмазия, вестибулярная, вертебробазиллярная недостаточность, последствия инсультов. Профилактика падений включает в себя силовые упражнения, упражнения на выносливость, применение стабилOMETРИЧЕСКОЙ платформы, и специальные программы упражнений. Для эффективной профилактики падений требуется не менее 10 занятий.

Цель исследования. Оценить и сравнить эффективность использования стабилOMETРИЧЕСКОЙ платформы и упражнений Френкеля для снижения риска падений у пожилых людей.

Материалы и методы. 40 пациентов (18 женщин и 22 мужчины), разделенных на 2 группы по 20 человек в возрасте 76-84 лет с инсультом в анамнезе, 3 баллами по шкале реабилитационной маршрутизации, передвигающиеся без опоры прошли двухнедельное лечение в отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции ЦНС «НИИ – ККБ №1 им. проф. С.В. Очаповского». С целью профилактики падений в первой группе использовалась стабилOMETРИЧЕСКАЯ платформа, во второй – упражнения Френкеля. Оценка эффективности проводилась по шкале Тиннети (до и после курса), где максимальные 28 баллов складываются из 16 за равновесие и 12 за ходьбу. 23 и выше балла – низкий риск падений, 19-23 балла – умеренный риск падений, 19 и менее баллов – высокий риск падений. Курс составлял 12 ежедневных занятий по 20 минут. Первая группа выполняла упражнения по системе Френкеля, включавшие присаживания и вставания с использованием различных предметов повседневного обихода (стулья, кровати) и схем, нарисованных на



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

полу. Для второй экспериментальной группы проводились занятия на стабилметрической платформе с использованием биологической обратной связи (по установленному производителем плану тренировки).

Результаты и обсуждение. До курса реабилитации 87,5% пациентов имели высокий риск падений (0-18 баллов по шкале Тиннети). Остальные 12,5% набрали от 19 до 23 баллов (умеренный риск). Никто из пациентов не набрал выше 23 баллов. Среди женщин высокий риск падений имели 76,5%, среди мужчин – 95,7%.

После прохождения курса в группе с использованием стабилметрической платформы у всех пациентов риск падений стал низким (23 и более баллов). В группе с использованием упражнений Френкеля риск стал умеренным (19-23 балла) у 90% пациентов. Медиана улучшения результатов теста Тиннети в первой группе составила 10 баллов, а таковая во второй группе – 5.

Выводы. Использование стабилметрической платформы и комплекса упражнений Френкеля является эффективным подходом в улучшении равновесия и снижении риска падений у пожилых. В группе с использованием стабилметрической платформы результаты теста Тиннети были выше. Упражнения на платформе улучшают симметричность нагрузки на нижние конечности, что снижает риск падений за счет улучшения походки. В сравнении с классическими упражнениями этот метод является более интересной формой реабилитации, а возможность отслеживать свои результаты увеличивает мотивацию пациентов. Однако, упражнения на стабилметрической платформе не должны использоваться как единственный метод реабилитации.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ЗНАЧЕНИЕ КОПИНГА В ИСХОДАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЛИЦЕВЫМ ПАРАЛИЧЕМ В НЕЙРООНКОЛОГИИ

Каурова Т.А., Гуляев Д.А.

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России,
Санкт-Петербург

Актуальность. Хирургическое удаление опухолей задней черепной ямки и латерального отдела основания черепа не редко сопровождается тяжелой дисфункцией лицевого нерва. Для восстановления пациентов важно выполнение реконструктивных операций. На конечные результаты реабилитации большое влияние оказывает выбор хирургической технологии, особенности течения основного заболевания, состояние соматического, неврологического статуса, когнитивных функций, наличие эмоционально-аффективных нарушений, способы реагирования пациента на стресс и его преодоление, социальные факторы. Копинговые стратегии – это действия, различные виды активности, предпринимаемые индивидом для преодоления стресса, его отрицательного воздействия или когнитивные, эмоциональные и поведенческие реакции человека в тяжелой жизненной ситуации, направленные на ее преодоление, преобразование и разрешение в обыденной жизни.

Цель исследования. Оценить влияние копинга на исходы хирургического лечения пациентов с прозоплегией.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов комплексного обследования и хирургического лечения 50 пациентов с прозоплегией, развившейся после удаления опухолей задней черепной ямки, латерального отдела основания черепа, околоушно-жевательной области, которым далее выполнялись реконструктивные вмешательства на лицевом нерве. Возраст пациентов колебался от 23 до 72 лет, преобладали женщины – 32 (64%), мужчины – 18 (36%), во всех случаях имелась тяжелая степень дисфункции лицевого нерва (VI степень по шкале House-Brackmann (Н.-В.), 0-20 баллов по шкале SFGS). По данным ЭНМГ во всех случаях было зарегистрировано отсутствие М-ответа с парализованной мимической мускулатуры и спонтанная активность в виде потенциалов фибрилляции различной степени выраженности. До реконструктивной операции осуществлялся опрос больных по валидизированным в Российской Федерации шкалам: опросник совладания со стрессом (ОСС), способы совладающего поведения (версия Лазаруса, ССП), индикатор копинг-стратегий (ИКС), шкала чувства связности (SOC). Все исследуемые пациенты были оперированы в сроки от 1 до 18 месяцев после повреждения. Результаты лечения оценивались по шкалам функциональной активности мимической мускулатуры Н.-В., SFGS через 18 месяцев после операции. Оценку исходов лечения проводили по субъективной шкале «Оценка удовлетворенности хирургическим лечением» Johnny Chuieng-Yi Lu.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Результаты и обсуждение. Больные оперированы с применением хирургических технологий реиннервации лицевого нерва жевательным или добавочным нервами. Всем больным в послеоперационном периоде назначались занятия ЛФК, физиотерапевтическое воздействие, медикаментозная поддержка. На момент выписки все пациенты получили краткие методические рекомендации по самореабилитации. У всех больных в сроки от 6 до 10 месяцев после операции отмечались признаки восстановления движений в парализованных мышцах, что доказывает корректность и эффективность проведенного хирургического лечения. У подавляющего большинства больных (88%, n=44) имелось клиническое улучшение – восстановление симметрии лица в покое и при мимических движениях III степени по шкале Н.-В. и 45-80 баллов по шкале SGFS. Результат операции устраивал полностью или требовал незначительной коррекции по субъективной оценке пациента. В 12% случаев (n=6) не отмечено выраженной положительной динамики ни по шкалам Н.-В. (IV степень) и SGFS (20-40 баллов), ни по шкале субъективной оценки хирургического лечения Johnny Chuieng-Yi Lu, что соответствовало неудовлетворительным результатам лечения. Отмечено, что такие больные значительно чаще прерывали курсы реабилитации, не проходили их вовсе или не выполняли рекомендации по самореабилитации. В ходе работы стало очевидным, что на исход операции оказывают влияние характерологические особенности больного. При статистической обработке полученных результатов достоверно выше оказалось преобладание дезадаптивных копинговых стратегий, вычисленных по опросникам ССП (дистанцирование, избегание, конфронтация), ОСС (поведенческий уход от проблемы, отрицание), ИКС (избегание) у пациентов с неудовлетворительными исходами операции. Адаптивные стратегии совладания были достоверно лучше развиты у пациентов с благоприятным исходом лечения.

Выводы. Системная комплексная реабилитация, самореабилитация имеют значимое влияние на исходы лечения. С другой стороны, прозоплегия приводит к нарушению мимической и эмоциональной экспрессии, обуславливая социальную дезадаптацию и депрессивные расстройства. Последние в сочетании с негативными копинговыми стратегиями минимизируют эффекты реиннервации лицевого нерва.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТОПЕРАЦИОННЫХ РУБЦОВ С УЧЕТОМ ИХ ВЛИЯНИЯ НА РАЗВИТИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ ПОЗВОНОЧНИКА

Кинзерская Н.А.¹, Сумная Д.Б.², Кинзерский А.А.¹

¹ООО «ЦНС»,
²ООО «СОНАР»,
г. Челябинск

Актуальность. Рубцевание в результате хирургических вмешательств может вызывать серьезные опасения у пациентов даже в тех областях тела, которые трудно увидеть другим людям. Аномальные рубцы – распространенная проблема, ежегодно затрагивающая более 100 миллионов человек. И часто это представляет не только эстетическую проблему.

Мягкие ткани следят за каждым движением костей и суставов. Их свободное движение важно для нормального функционирования двигательной системы. Постоперационные рубцы образуются в основном в мягких тканях, и если они будут ненормальны или «активны», они также могут мешать работе двигательной системы.

Натяжение и стянутость покровных тканей после повреждения, повлекшего за собой рубцевание, может приводить к формированию видимых деформаций, а также к невидимым компенсаторным изменениям во всем организме.

Цель исследования. Разработать комплекс реабилитации пациентов с постоперационными рубцами с учетом их клинической значимости и влияния на развитие функциональной асимметрии позвоночника

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 45 женщин с болью в нижней части спины, имеющих в анамнезе оперативное вмешательство – кесарево сечение, повлекшее за собой образование патологических клинически значимых рубцов.

Для оценки внешнего вида рубца применялась шкала POSAS (2004). Функциональную асимметрию позвоночника выявляли в результате тестирования на подвесной системе Redcord. Выполнение тестов на данной подвесной системе позволяет определить функцию позвоночника в закрытой кинематической цепи.

Оценка боли в нижней части спины оценивалась по ВАШ.

Группа А получала инъекционную терапию ботулиническим токсином типа А; группа Б получала только мануальную терапию и кинезиотейпирование; группа В получала мануальную терапию с последующим кинезиотейпированием и внутрирубцовым введением ботулиническим токсином типа А.

Критериями включения пациента в реабилитацию служила оценка рубца по шкале POSAS, по меньшей мере, на 20 баллов, и самостоятельная оценка



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

пациента, по меньшей мере, на 10 баллов, количественная оценка интенсивности боли по визуально аналоговой шкале (ВАШ), по-меньшей мере 1балл и результаты тестирования пациента на подвесной системе Redcord, свидетельствующие о наличии асимметрии по сторонам, оцененные менее чем на 3 балла в одном из тестов.

Оценка эффективности реабилитации осуществляется через 3 недели после выполнения курса реабилитации.

Результаты и их обсуждение. Была обоснована необходимость мультидисциплинарного подхода при составлении программы реабилитации патологических рубцов, доказана необходимость коррекции рубцов с косметической и функциональной целью с учетом их клинической значимости. Разработана реабилитационная программа коррекции болевого синдрома, вызванного клинически значимыми рубцами. Функциональная асимметрия по сторонам тела, выявленная при тестировании на подвесной системе, значительно уменьшилась после комплексной реабилитации с использованием мануальной терапии с последующим кинезиотейпированием и внутривнутрирубцовым введением ботулинического токсина типа А.

Выводы. 1. При составлении программы реабилитации пациентов с послеоперационными патологическими рубцами необходим мультидисциплинарный подход. Участие в составлении программы реабилитации данных пациентов не только косметолога, но и мануального терапевта позволит учитывать не только косметические изменения, но и влияние патологических рубцов на развитие болевого синдрома и функциональную асимметрию позвоночника, что позволит повысить эффективность реабилитации. 2. Применение ботулинического токсина в комплексе реабилитации устраняет натяжение и стянутость покровных тканей в зоне послеоперационного рубца, приводит к устранению видимых деформаций, а также невидимых компенсаторных изменений во всем организме, в том числе, способствующих возникновению болей в нижней части спины. 3. Оценка и лечение активных рубцов должны быть частью терапии опорно-двигательного аппарата и лечения асимметрии позвоночника. 4. Предложенная схема обследования и реабилитации пациентов с послеоперационными рубцами может быть широко использована в амбулаторных условиях, она улучшает качество жизни, повышает качество и сокращает сроки реабилитации пациентов, что имеет большое практическое значение.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТКОВИДНЫХ ПНЕВМОНИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Коваль И.П., Сулова Г.А., Булина О.В.
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России,
Санкт-Петербург

Введение. Дальнейшее изучение клинических и лабораторных особенностей коронавирусной инфекции COVID-19 в остром периоде и после перенесенной инфекции, а также поиск наиболее эффективных реабилитационных мероприятий пациентов с постковидным синдромом, не теряет своей актуальности. Постковидный синдром представляет собой долгосрочные патологические проявления, сохраняющиеся в течение трех и более месяцев после новой коронавирусной инфекции. Основными признаками постковидного синдрома являются: тяжесть в грудной клетке, выраженная слабость, ощущение неполного вдоха, головные, суставные и мышечные боли. Наиболее распространенным осложнением являются поражения органов дыхания. По литературным данным, через 3 мес после перенесенного COVID-19 у больных на КТ органов дыхания были зарегистрированы изменения по типу «матового стекла» – 45,7%, по типу паренхиматозных полос – 25,7%, смешанные изменения в виде паренхиматозных полос и «матового стекла» – 17,2%, бронхоэктазов – 17,2%, утолщения междольковых перегородок – 11,4%. В связи с этим представляет повышенный интерес изучение наиболее эффективных протоколов и методик для лечения постковидных пневмоний. Комплексное лечение данной категории пациентов включает обязательные режимные моменты, симптоматическую фармакотерапию, а также реабилитационные мероприятия: ЛФК с элементами дыхательной гимнастики, физиотерапию, массаж.

Цель исследования. Провести анализ медицинской литературы, связанной с лечением и реабилитацией постковидных пневмоний в современных условиях. Подобрать наиболее эффективные на сегодняшний день физиотерапевтические методики лечения, направленные на снижение воспалительного процесса, купирование легочного фиброза, улучшение микроциркуляции крови.

Материалы и методы. Для выполнения поставленных задач были рассмотрены методические пособия и статьи, изданные не позднее 2021 года. При изучении научных источников был сделан анализ физиотерапевтических методов и выбраны наиболее эффективные, по данным авторов, физиотерапевтические методики.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Результаты. Анализ литературы показал, что наиболее эффективными методиками лечения постковидных пневмоний являются следующие:

– магнитотерапия области проекции легких (пульсирующее магнитное поле с магнитной индукцией до 30мТл), 10 процедур, ежедневно;

– электрофорез корней легких с лидазой (+) и эуфиллином (-), (сила тока 10-15 мА), 10 процедур, ежедневно;

– электрофорез по 4-электродной методике проф. В.В. Кирьяновой (два катода (-) располагают со стороны спины в подлопаточной области, два анода (+) помещают в подключичных областях, 10 мл 2% раствора сернокислого цинка вводят с анода и 10 мл 3% раствора йодида калия – с катода,) сила тока от 5-15 мА, 10-15 процедур, ежедневно; по 3-электродной методике проф. В.В. Кирьяновой (раздвоенный анод (+) располагают на проекцию печени от края реберной дуги вверх и на проекцию поджелудочной железы, катод помещают в межлопаточной области, используют 10 мл 2% раствора сернокислого цинка с анода, с катода – 10 мл 3% раствора тиосульфата натрия), сила тока от 5-15 мА, 10-15 процедур, ежедневно;

– низкоинтенсивное лазерное излучение (контактно зеркально, стабильно на проекцию очагов повреждения легких и паравертебрально, по два поля справа и слева), с интенсивностью в импульсе 2-4 Вт, частотой 80 Гц, 5-7 процедур, ежедневно.

Кроме того, в литературе описаны положительные эффекты ингаляционной терапии; галотерапии, нормоксической гипокситерапии; озонотерапии, в частности, внутривенного введения озонированного физиологического раствора; БАГТО-большой аутогемотерапии с озоно-кислородной смесью; квантовой (лазерной) терапии с лазерным излучением различной длины волны; лазерного облучения крови с применением красного излучения с длиной волны 0,63 мкм, как наружно, так и методом внутрисосудистого облучения; инфракрасного лазерного излучения длиной волны 0,89-1,2 мкм; баролазеротерапии; абдоминальной декомпрессии, аэроионотерапии. В детской практике заслуживают внимание УВЧ-индуктотермия (на проекцию очагов поражения в дозе 10-15 Вт, время процедуры 8-10 мин, на курс до 5 процедур); ингаляционная терапия муколитиками и бронхолитиками; низкочастотная магнитотерапия; лекарственный электрофорез с йодом, медью, эуфиллином, никотиновой кислотой и СМТ-форез с цинком по 4-х-электродной методике; фотохромотерапия с использованием синего света; низкоинтенсивное лазерное излучение; ДМВ-терапия; ультразвуковая терапия; аэроионотерапия; аромафитотерапия; гидро- и бальнеотерапия. Выбор методики осуществляется строго индивидуально при дифференцированном подходе к каждому пациенту, с учетом анамнеза.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Выводы. В связи с большим количеством полиморбидных пациентов физиотерапевтические методики в настоящее время уделяется большое внимание в лечении постковидных пневмоний у больных различных возрастов. При этом вышеизложенные методики являются, на сегодняшний день, по данным научной литературы, наиболее эффективными, хорошо переносятся и могут быть рекомендованы к предпочтительному назначению в практическом здравоохранении с учетом индивидуальных особенностей пациентов.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИНАМИЧЕСКИ МЕНЯЮЩЕГОСЯ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ ОБРАЩЕНИЮ ПЕРСОНАЛЬНЫМИ ДАННЫМИ В РАМКАХ РАЗВИТИЯ ИНФРАСТРУКТУРЫ «ЦИФРОВОГО ПРОФИЛЯ»

Козырев А.А., Карасаева Л.А.

ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России,
Санкт-Петербург

Актуальность. персональные данные представляют собой любую информацию, относящуюся к прямо или косвенно определенному или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных). Медицинские организации, получая персональные данные от пациента (субъекта персональных данных), например, при его первоначальном поступлении или заключении договора на оказание медицинских услуг, а также в процессе лечения, приобретает статус оператора. У нее возникают определенные обязанности в части работы с полученными персональными данными.

С утечками информации в 2022 году столкнулось 20% организаций из сферы здравоохранения. Чаще всего «утекали» персональные данные (45%) и информация о клиентах и сделках (64%).

Кроме того, медицинские учреждения часто фиксировали рискованное поведение (например, кража медицинского оборудования или распространение негативной информации) со стороны сотрудников (64%) и стороннюю занятость персонала (24%). По сравнению с 2021 годом снизилось число инцидентов, когда уволенные работники пытаются вредить организации. В 2022 году о таких случаях заявило 17% респондентов против 34% в 2021 году.

Цель работы. Оценить актуальный этико-правовой статус медицинского персонала в сфере электронного документооборота и определить оптимальные корректировки образовательных программ по вопросам обработки персональных данных.

Материалы и методы. Методом аналитического познания проведен анализ правовой системы Российской Федерации и литературных данных по вопросу обращения с персональными данными в перспективе появления инфраструктуры для «Цифрового профиля».

Результаты. Увеличение доли граждан до 100 млн. чел., к 2030 году воспользовавшихся услугами (сервисами) в Личном кабинете пациента «Мое здоровье» на Едином портале государственных услуг, и достижения функций уровня «цифровой зрелости» ключевых отраслей экономики и социальной



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

сферы, в том числе здравоохранения и образования, а также государственного управления приблизится к 100 процентам. Необходимо отметить, что информация о состоянии здоровья пациента относится к специальным категориям персональных данных, обработка которых не допускается, за исключением случаев, когда:

- пациент дал согласие в письменной форме на обработку своих персональных данных;
- пациент сам сделал персональные данные общедоступными;
- обработка персональных данных необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов пациента либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия пациента невозможно;
- обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Информация, являющаяся врачебной тайной, – это отдельный подвид персональных данных. Она представляет собой сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. Ее разглашение не допускается.

Согласие на обработку персональных данных может быть получено в электронной либо в письменной форме. При этом согласие на обработку биометрических данных необходимо получить от пациента именно в письменной форме, так как они представляют собой сведения, характеризующие физиологические и биологические особенности, на основании которых можно установить личность.

Заключение. Повышение юридической грамотности врачей и развитие законодательства Российской Федерации смогут оптимизировать вопросы охраны здоровья и ответственности всех участников отношений электронного документооборота.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЛОКИЗУМАБОМ (ОКЗ) ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (РА) И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Комаров В.Т., Хичина Н.С., Григорьева О.Г., Лавренова М.А.,
Филатова М.А., Лаврентьева Е.Д.

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Бурденко»,
г. Пенза

Актуальность. Использование генно-инженерной биологической терапии в парадигму лечения РА, а также медицинская реабилитация, значительно повысило эффективность терапии этого тяжелого заболевания.

Цель исследования. Оценить эффективность применения ОКЗ в комплексном реабилитационном лечении у пациентов при РА.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 10 больных с РА серопозитивных преимущественно 2-3 степени активности, из них: развернутая стадия – 4, поздняя стадия 6, (1 мужчина и 9 женщин, средний возраст 55,9 лет), получавших в отделение ревматологии ОКЗ. Осложнениями РА являлись: вторичный системный остеопороз, амилоидоз почек. Сопутствующие заболевания включали в себя: деформирующий остеоартроз - 4, гипотиреоз, дорсопатия, ИБС, атеросклеротический кардиосклероз. Продолжительность болезни составила 10,4 года, у всех пациентов отмечалась высокая активность болезни (DAS28=5,3). 2 пациентов в течение года без эффекта получали лечение другими ГИБП: один – цетрелизумаб пегол 400 мг подкожно один раз в месяц, другая – ритуксимаб 1000 мг внутривенно капельно один раз в 6 месяцев. Перед началом лечения больным проводились лабораторные исследования: С-реактивный белок (СРБ), ревматоидный фактор (РФ), антитела к цитрулинированным пептидам (АЦЦП), рентгенография кистей, стоп и костей таза. Для оценки эффективности терапии определялись динамика индекса DAS28, число болезненных суставов (ЧБС), число припухших суставов (ЧПС), СОЭ крови, СРБ, РФ, АЦЦП, показатели визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) через 24 недели. Основным показанием для назначения ОКЗ явились: высокая активность болезни по DAS28=5,3, высокие значения РФ (123 ед/л) и недостаточная эффективность предшествующей базисной терапии. До начала терапии ОКЗ 8 пациентов получали базисную терапию метотрексатом 15 мг в неделю в сочетании с фолиевой кислотой, 2 пациента – лефлюномидом 20 мг в сутки. Всем пациентам назначался ОКЗ по схеме в дозе 162 мг подкожно один раз в месяц вместе с метотрексатом в 15 мг/неделю и 2 пациентам с лефлюномидом 20 мг в сутки в течение 24 недель. Для реабилитации пациентов параллельно им назначалась ЛФК, массаж мышц, физиолечение микроволновой и лазерной терапией, парафинотерапией в течение 2 недель.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Результаты и обсуждение. Достоверное снижение индекса DAS-28 отмечено через 24 недели 5,3 до 3,9, уровня АЦЦП 120 до 20 ед/л и к этому времени у 3 больных была достигнута низкая степень активности. Лечение ОКЗ через 24 недель привело к уменьшению ЧБС с 9,7 до 6,0, ЧПС снизилось с 4,0 до 1,6. Интенсивность болей при ходьбе по ВАШ на 24 неделе снизилась по оценке пациента в среднем с 66 до 45,7 мм, а по оценке врачом с 60 до 35 мм соответственно. В результате 24 недельного лечения ОКЗ СОЭ крови снизилось с 32,2 до 10 мм/час, уровень СРБ с 26,7 до 2,3 мг/л, РФ уменьшился с 123,3 до 54,1 ед/л. Переносимость препарата была хорошей, побочных действий не отмечалось, латентной туберкулезной инфекции не было выявлено.

Выводы. Таким образом, использование ОКЗ вместе с метотрексатом и лефлюномидом в комплексном реабилитационном лечении свидетельствует о высокой эффективности комбинированной терапии у больных РА с высокой степени активности, не отвечающих на предшествующую базисную терапию.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

АССИСТИВНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ КРЕСЛО-КОЛЯСКОЙ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Коновалова Н.Г., Дробышева Е.Г.

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

Актуальность. Далеко не все пациенты с грубой патологией центральной нервной системы способны восстановить вертикальную позу и ходьбу. Кресло-коляска – альтернативный способ восстановления мобильности.

Современные модели кресла-коляски открывают пользователям большой спектр возможностей от перемещения по квартире до подъема и спуска по лестницам, пандусам, пересеченной местности, занятий спортом и танцами. Для реализации всех этих возможностей нужна силовая выносливость мышц рук, плечевого пояса, аксиальной мускулатуры, равновесие и координация движений.

Не все пациенты с патологией центральной нервной системы легко осваивают управление креслом-коляской. Ассистивные средства способны облегчить этот процесс и быть полезными в дальнейшей эксплуатации.

Цель работы. Анализ ассистивных средств, облегчающих управление креслом-коляской пациентов с патологией центральной нервной системы.

Разделим все средства по задачам:

1. средства для удобной фиксации пользователя в кресле-коляске;
2. средства для облегчения управления креслом-коляской;
3. средства для облегчения перемещения в кресло-коляску;
4. средства для размещения дополнительных предметов в кресле-коляске.

Средства для удобной фиксации включают страховочные ремни, которые фиксируют тело к спинке и сиденью кресла-коляски. Они нужны пациентам со слабой мускулатурой туловища, тазового пояса, либо с выраженным спастическим синдромом. Абдуктор – валик с мягкой обшивкой, закрепленный на краю сиденья нужен пациентам, у которых повышен тонус приводящих мышц бедер. Валик для поясницы снижает нагрузку на весь позвоночник, способствует сохранению физиологических изгибов. Это – полезное приспособление для пациентов, которые много времени проводят в кресле-коляске. Людям с нарушенной трофикой показаны противопролежневые подушки на сиденье, мягкие накладки на подлокотники и подставки для ног.

Из средств, облегчающих управление креслом-коляской, отметим силиконовые накладки на ободы колеса. Контакт с такими накладками предохраняет от травм мягкие ткани кистей и пальцев. Польза их заметна для пациентов



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

со сниженной трюфкой кистей, слабостью захватов. Они облегчают езду по дорогам со сложным рельефом, где требуются большие усилия для прокручивания колес. Более экономичный вариант – перчатки. Они тоже дают дополнительное сцепление с ободом колеса и спасают руки от потертостей. Перчатки полезны пользователям с гемиплегией, пациентам с тетраплегией, использующим плоскостной захват для вращения колес, они необходимы.

Для пациентов с активной жизненной позицией существуют внедорожные колеса, предназначенные специально для езды по пересеченной местности. Для прогулок зимой промышленность выпускает мини-лыжи, которые крепятся поверх маленьких передних колес кресла-коляски и не дают ей проваливаться в снег. Коляска с лыжами может относительно просто преодолевать глубокий снег. Для передвижения по лестницам и преодоления порогов существует телескопический переносной пандус, изготовленный из алюминиевого сплава. При небольшом весе он способен выдерживать значительные нагрузки, устойчив к механическим повреждениям. Для преодоления невысоких порогов, бордюров, других препятствий в доме и на улице используют перекатные пандусы.

Для облегчения перемещения в кресло-коляску промышленность предлагает только доску, которая может иметь различную форму и размеры. Будучи уложена между кроватью и сиденьем коляски, доска помогает переместить пользователя при условии, что кровать и иная поверхность выставлена примерно на один уровень с сиденьем кресла-коляски.

Средства для размещения дополнительных предметов в кресле-коляске представлены большой группой приспособлений. Боковые сумки крепятся к подлокотнику кресла-коляски со стороны неактивной руки. В них хранят часто используемые вещи: смартфон, лекарства, гигиенические салфетки и т.д. Задние сумки крепятся сзади на спинку кресла-коляски. Они значительно больше по объему, чем боковые, доступ к ним не столь удобен. В этих сумках хранятся: одежда, вода, продукты питания. В этом качестве может выступать небольшой рюкзак.

Складной столик – компактная, легкая конструкция с быстросъемными креплениями к раме коляски. Предназначен для облегчения питания, пользования предметами обихода. Может быть использован для рукоделия, рисования, работы за ноутбуком. Держатель для напитков подходит для различных бутылок, небольших термосов и т.д.

Вывод. Индивидуальный набор дополнительных вспомогательных средств для каждого пользователя определяется его состоянием здоровья, бытовыми условиями, спектром интересов и образом жизни.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПОКАЗАТЕЛИ ТЯЖЕСТИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Копыток А.В., Воронец О.А., Луцинская С.И., Зуева А.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»,

г. Минск, Беларусь

Актуальность. На современном этапе охрана, укрепление здоровья населения и профилактика инвалидности являются приоритетными направлениями государственной социальной политики. Сегодня инвалидность рассматривается как сложное социальное явление, которое является интегральным показателем здоровья населения, условий жизни, труда, быта и среды существования. В Республике Беларусь люди с ограниченными возможностями в настоящее время составляют 6,0% в структуре населения, ежегодно «армия инвалидов» возрастает на 50-55 тыс. человек. При этом в контингенте, как накопленной инвалидности, так и первичной, значительную часть составляют инвалиды в возрасте 18 лет и старше (более 90%).

Цель исследования. Изучение показателей тяжести первичной инвалидности (ПИ) взрослого населения в Республике Беларусь.

Материалы и методы. Объектом исследования являлась ПИ взрослого населения в Республике Беларусь. При проведении исследования анализировались данные информационной системы «Инвалидность» за 2013 г., Республиканской информационно-аналитической системы по медэкспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь за период 2014-2023 гг., функционирующих на базе РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации. Рассчитывались абсолютные, экстенсивные и средние величины.

Результаты и их обсуждение. В Республике Беларусь за период с 2013 г. по 2022 г. первично было признано инвалидами среди взрослого населения 526360 чел. в среднем ежегодно инвалидами становилось 52636 чел.

В возрастной структуре ПИ взрослого населения превалирует инвалидизация лиц пенсионного возраста. По среднегодовым данным удельный вес инвалидов пенсионного возраста составил 60,9%, трудоспособного возраста – 39,1%.

В структуре тяжести ПИ взрослого населения в Республике Беларусь на протяжении всего анализируемого периода преобладали инвалиды II группы – 42,2% (22203 чел.). Инвалиды I группы в общей структуре составляли 26,4% (13892 чел.). III группа инвалидности в среднем ежегодно устанавливалась у 16 542 чел., что составляло 31,4%.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

В течение исследуемого периода отмечен практически ежегодный рост удельного веса инвалидов наиболее тяжелой I группы (с 23,6% в 2013 г. до 28,4% в 2022 г.) и наиболее легкой III группы (с 29,3% в 2013 г. до 32,7% в 2022 г.), при снижении доли инвалидов II группы (с 47,1% в 2013 г. до 38,9% в 2022 г.).

Среди лиц пенсионного возраста преобладали также инвалиды II группы – 45,0% (14423 чел.). Инвалидами I группы в среднем в год признавалось 11749 чел., что составляло 36,7%. III группа инвалидности устанавливалась реже – в 18,3% случаев (5872 чел.).

Отмечена тенденция к росту удельного веса инвалидов наиболее тяжелой I группы (с 32,2% в 2013 г. до 41,5% в 2022 г.) при снижении доли инвалидов II группы (с 50,6% в 2013 г. до 41,4% в 2022 г.). Удельный вес инвалидов III группы на протяжении исследуемого периода находился в диапазоне от минимального показателя 16,7% в 2021 г. до максимального 19,5% в 2019 г. без четкой динамики.

ПИ населения трудоспособного возраста характеризуется более низкой тяжестью. Инвалиды самой тяжелой I группы составляли 10,4% (2143 чел.), II группы – 37,8% (7780 чел.). Третья группа инвалидности среди лиц трудоспособного возраста устанавливалась чаще других – в 51,8% (10670 чел.).

В исследуемый период отмечена тенденция к снижению удельного веса инвалидов II группы – с 41,7% в 2013 г. до 35,6% в 2022 г. и соответственно к росту доли инвалидов III группы – с 48,1% в 2013 г. до 53,3% в 2022 г. Удельный вес инвалидов I группы на протяжении исследуемого периода находился в диапазоне от минимального показателя 9,8% в 2017 г. до максимального 11,1% в 2013 г.

Тяжесть ПИ взрослого населения (суммарный удельный вес инвалидов I и II группы) в среднем за 10 лет составила 68,6%. При этом отмечалась тенденция к снижению тяжести ПИ (с 70,7% в 2013 до 67,3%, в 2022 г. $p < 0,001$), которое было обусловлено снижением показателя тяжести среди населения трудоспособного возраста – с 51,9% в 2013 г. до 46,7% в 2022 г. ($p < 0,001$), при среднегодовом – 48,2%. Показатель тяжести ПИ населения пенсионного возраста составил 81,7%, при этом существенной динамики данного показателя в анализируемом периоде не отмечено.

Выводы. В структуре тяжести ПИ взрослого населения и лиц пенсионного возраста, на протяжении анализируемого периода, преобладали инвалиды II группы – 42,2% и 45,0%, соответственно. Среди лиц трудоспособного возраста наибольший удельный вес составляли инвалиды III группы – 57,8%.

Тяжесть ПИ среди взрослого населения в среднем за 10 лет составила 68,6%, среди трудоспособного населения – 48,2%, среди пенсионного населения – 81,7%.

Отмечена тенденция к снижению тяжести ПИ взрослого населения (с 70,7% в 2013 до 67,3% в 2022 г., $p < 0,001$), за счет снижения показателя тяжести среди населения трудоспособного возраста (с 51,9% в 2013 г. до 46,7% в 2022 г., $p < 0,001$).

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Корчуганова О.В., Жадан О.Н., Хаверко В.А.

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт –

Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского»

Минздрава Краснодарского края,

г. Краснодар

Введение. На сегодняшний день инсульт является одной из острых медико-социальных проблем. Обладая высокой летальностью и являясь одной из основных причин смертности населения (по данным ВОЗ), это заболевание имеет для больных серьезные последствия, ограничивающие в большей или меньшей степени их жизнедеятельность. У многих перенесших инсульт пациентов наблюдаются двигательные расстройства, расстройства чувствительности, нарушения речи, поведенческие и эмоциональные нарушения. Аффективные нарушения не только снижают качество жизни больного, но могут значительно затруднить процесс реабилитации. Эмоциональные нарушения у больных после инсульта могут принимать различные формы. Наиболее часто встречаются депрессия (Шкала депрессии HADS) (37%) и тревожные расстройства (18-25%), агрессивные реакции (17-35%). До 60% больных инсультом испытывают страх падения и различные насильственные эмоциональные реакции. В 30-40% случаев отмечаются посттравматические реакции, которые являются чрезвычайно опасными в связи с риском развития выраженной психопатологической симптоматики в будущем. Кроме того, многие пациенты переживают страх перед повторным инсультом, боятся не достичь желаемых результатов восстановления, навсегда утратить возможность вести привычный образ жизни.

Профилактика и преодоление аффективных нарушений важный аспект реабилитации постинсультных пациентов, в который включены такие методы как: медикаментозная терапия, арт-терапия, аутогенная тренировка, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). В настоящее время КПТ является одним из ведущих направлений в психотерапии.

Цель исследования. Оценить и сравнить эффективность использования когнитивно-поведенческой терапии в комплексе мер по преодолению и профилактики эмоциональных нарушений у больных после инсульта.

Материалы и методы. 36 пациентов (24 женщины и 12 мужчин), разделенных на две группы по 18 человек в возрасте 42-65 лет с инсультом в анамнезе, 3 баллами по шкале реабилитационной маршрутизации, прошли двухнедельное лечение в отделении медицинской реабилитации с нарушением функции ЦНС. С целью преодоления и профилактики аффективных расстройств в первой группе



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

применялась стандартизированная коррекционная программа и аутотренинг, во второй группе помимо стандартной коррекционной программы и аутотренинга применялись сессии КПТ (в среднем выходило по 7-12 сессий на человека). Оценка эффективности проводилась по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), где максимальное значение 0-7 – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8-10 – «субклинически выраженная тревога/депрессия»; 11 и выше – «клинически выраженная тревога/депрессия»; по шкале выявления актуальной самооценки пациента Дембо-Рубинштейн; и «Визуальная шкала», является экспресс-методом, отражающим мнение больного о динамике реабилитации, ее темпах (в целом метод «визуальной шкалы» является одним из способов объективизации состояния пациента).

Результаты и обсуждение. До курса реабилитации 94% пациентов имели высокий балл по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) от 8 до 12 баллов, у всех пациентов наблюдалось снижение самооценки, что косвенно подтверждает высокий риск развития депрессивного состояния, и высокий процент (от 100-92%) на «визуальной шкале» выраженности расстройства (болезни) на сегодняшний день. Среди женщин процент качественных характеристик аффективных расстройств выше (в среднем по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) 11 баллов, на «визуальной шкале» выраженности расстройства (болезни) на сегодняшний день 96%). У мужчин такой процент ниже ((в среднем по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) 9 баллов, на «визуальной шкале» выраженности расстройства (болезни) на сегодняшний день 78%). По шкале самооценки у 100% пациентов наблюдалось снижение самооценки: 63% сниженная самооценка и 37% резко сниженная самооценка.

После прохождения курса реабилитации у всех пациентов улучшились показатели: снизились аффективные проявления. В первой группе снижение депрессивных и тревожных проявлений по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) снизилось с клинических проявлений на субклинические в 60% случаев, 32% вышли на норму (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии) и 8% достоверно не улучшили своих показателей. По шкале самооценки у пациентов первой группы наблюдалось повышение самооценки: в 76% случаях. На «визуальной шкале» выраженности расстройства (болезни) субъективно пациентами наблюдается снижение проявления болезни у 72% пациентов.

Во второй группе снижение по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) с клинических проявлений и субклинических проявлений на норму в 87% случаев, 13% пациенты остались в рамках субклинических проявлений, улучшив свои показатели внутри шкалы (с 10 баллов на 8 баллов); По шкале самооценки у пациентов второй группы наблюдалось повышение самооценки: в 95% случаях. На «визуальной шкале» выраженности расстройства (болезни) субъективно пациентами наблюдается снижение проявления болезни у 92% пациентов.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Когнитивно поведенческая терапия относится к краткосрочным методам психотерапии. Она интегрирует когнитивные, поведенческие и эмоциональные стратегии для изменений личности; подчеркивает влияние когниций и поведения на эмоциональную сферу и функционирование организма в широком социальном контексте.

Выводы. Использование сессий когнитивно-поведенческой терапии позволило значительно повысить качество эмоционального состояния пациентов, относительно группы пациентов, где не проводились подобные сессии, при этом данный метод не предполагает завершения терапии по окончании курса реабилитации в медицинском учреждении, копинг-стратегии, которые пациент получил в результате завершения терапии будут помогать ему и дальше применять адаптивные стратегии поведения, что позволит уменьшить аффективные проявления, повысить мотивацию к реабилитации. Однако, КПТ не следует рассматривать как единственный метод, он хорошо себя проявляет в комплексе реабилитационных мероприятий.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ЦИФРОВОЙ ДОСТУПНОСТИ ОФИЦИАЛЬНЫХ ВЕБ-САЙТОВ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Косова Е.А.¹, Редкокош К.И.²

¹ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,
г. Симферополь,

²ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России,
Санкт-Петербург

Актуальность. В соответствии с Конвенцией о правах инвалидов (2006) право на доступ к цифровым технологиям и ресурсам сети Интернет относится к основным правам человека. В свете новейших тенденций к цифровизации государственных сервисов, возрастает актуальность обеспечения цифровой доступности веб-ресурсов органов власти для всех граждан Российской Федерации (РФ). Под цифровой доступностью понимают инклюзивную практику проектирования цифровых ресурсов, при которой контент ресурса доступен (воспринимается, понятен, управляем и надежен) для всех пользователей, включая лиц с инвалидностью и ограничениями жизнедеятельности. Согласно статистическим данным 2022 года в Российской Федерации проживали более 10 млн. лиц с инвалидностью и 69 млн. лиц пожилого возраста, стариков и долгожителей. Указанные категории граждан относятся к самым незащищенным группам населения с точки зрения цифровой доступности и могут столкнуться с барьерами доступа к государственным веб-сервисам. В связи с этим оценка уровня цифровой доступности веб-сайтов органов власти Российской Федерации представляется актуальной задачей.

Цель исследования. Анализ цифровой доступности официальных веб-сайтов органов исполнительной власти на примере четырех субъектов Российской Федерации.

Материалы и методы. Исследование выполнялось в 2022-2023 гг. Процедура экспертизы разработана на основе Методологии оценки соответствия доступности веб-сайтов (WCAG-EM 1.0). Оценка цифровой доступности производилась в соответствии с Руководящими принципами доступности веб-контента (Web Content Accessibility Guidelines, WCAG 2.1) в два этапа – с помощью автоматических методов и методов экспертного анализа (мануально, визуального, аудиального).

Автоматическая оценка цифровой доступности выполнялась с использованием онлайн-инструмента WAVE. Для экспертной оценки применялись: веб-браузеры, онлайн-инструменты для оценки контрастности (Color Contrast Checker), программы экранного доступа (Chrome Vox, «Прочесть вслух»,



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

«Экранный диктор», NVDA), инструменты разработчика (Web-Developer). Экспертная оценка выполнялась согласно чек-листу WebAIM (108 проверяемых признаков, соответствующих 78 критериям успеха WCAG 2.1) по бинарной шкале.

Для проведения экспертизы были отобраны 36 веб-сайтов органов исполнительной власти Московской области, Мурманской области, Республики Башкортостан и Хабаровского края (по 9 сайтов для каждого субъекта).

Для накопления, обработки и анализа результатов экспертизы использована программа Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. В результате автоматической оценки обнаружено, что все исследованные веб-сайты имели ошибки цифровой доступности. Всего зарегистрировано от 30 до 1887 ошибок на каждом сайте. Зафиксировано 13 типов ошибок, соответствующих 9 критериям успеха 7 руководящих принципов WCAG 2.1. Наиболее частыми ошибками являются: низкая контрастность между фоном и передним планом (93,8% от всех проанализированных веб-страниц), некорректное оформление гиперссылок (89,5%), отсутствие текстовых меток к формам для ввода данных (87,0%). В целом, автоматическая оценка показала, что нарушения цифровой доступности имеют массовый характер; наименее доступны веб-сайты Московской области (56,6% от всех обнаруженных ошибок).

В результате экспертной оценки подтверждены данные о низкой цифровой доступности веб-сайтов выборочной совокупности. Так, для каждого сайта зарегистрировано от 29 до 56 невыполненных признаков по чек-листу WebAIM (в среднем не выполнены 42,6% признаков). Нарушения зафиксированы для всех 13 руководящих принципов WCAG 2.1, при этом 6 принципов (1.1. Текстовые альтернативы, 1.3. Адаптируемость, 1.4. Различимость, 2.1. Доступность с клавиатуры, 2.4. Навигация, 4.1. Совместимость) нарушены на всех сайтах.

Согласно результатам автоматической и экспертной оценок наибольшие проблемы доступности возникнут у лиц с нарушением функции зрения и когнитивными ограничениями, в меньшей степени – с нарушением функций слуха и опорно-двигательного аппарата. Кроме того, все обнаруженные ошибки могут стать барьерами для использования веб-ресурсов лицами, имеющими ограничения здоровья вследствие старения.

Выводы. По итогам выполненной экспертизы можно констатировать низкую цифровую доступность веб-сайтов органов исполнительной власти Российской Федерации. Полученные результаты свидетельствуют о том, что некоторые пользователи с ограничениями жизнедеятельности будут иметь сложности (иногда непреодолимые) с восприятием и пониманием контента, управлением веб-страницей, использованием ассистивных технологий. С целью исправления и недопущения в дальнейшем нарушений цифровой доступности на веб-сайтах органов исполнительной власти Российской Федерации необходимо предусмотреть комплекс мер, среди которых: обучение авторов



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

и разработчиков веб-сайтов технологиям обеспечения цифровой доступности; постановка технических заданий на разработку изначально доступных веб-сайтов; совершенствование нормативной базы Российской Федерации с включением обязательных требований по соблюдению регламентов цифровой доступности при разработке веб-сайтов органов исполнительной власти.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

КОНТРОЛИРУЕМЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Котелкина О.С.¹, Мамедова С.И.¹, Николаев К.Ю.², Урванцева И.А.¹

¹БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»,

г. Сургут,

²«Научно-исследовательский институт

терапии и профилактической медицины», филиал ФГБНУ

«Федеральный исследовательский центр

Институт цитологии и генетики СО РАН»,

г. Новосибирск

Актуальность. В современной медицине повышается роль полиморбидных патологических процессов в связи с увеличением больных с несколькими заболеваниями. Сочетание нескольких заболеваний, таких как сахарный диабет 2 типа (СД) и сердечно-сосудистые заболевания обуславливает развитие серьезных микро-и макрососудистых осложнений. Риск развития ИБС у больных СД 2 типа в 2-4 раза выше, чем в общей популяции. СД повышает частоту и ИБС, риск развития ИМ в 6-10 раз.

Умеренно интенсивные физические тренировки, ввиду своей доступности и простоты, входят в программы комплексной кардиологической реабилитации на амбулаторно-поликлиническом этапе с целью профилактики сердечно-сосудистых рисков и неблагоприятных исходов.

Цель. Изучить показатели физической реабилитации у пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с СД 2 типа на амбулаторно-поликлиническом этапе кардиологической реабилитации

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 50 пациентов с ИБС и перенесенной плановой операцией коронарного шунтирования давностью 4-12 недель к моменту исследования, проходивших амбулаторную программу реабилитации с циклом контролируемых физических тренировок в амбулаторном отделении медицинской реабилитации. Все пациенты были рандомизированы на 2 группы: в 1-ю группу вошли пациенты с ИБС (n=29, средний возраст $57,2,3 \pm 0,76$ лет; 18 мужчин (62%), 11 женщин (38%)), во 2-ю группу – пациенты с ИБС и СД 2 типа (n=21, средний возраст $59,0 \pm 0,54$ лет; 11 мужчин (52%), 10 женщин (48%)). В каждой группе проводилась оценка толерантности к физической нагрузке с помощью теста шестиминутной ходьбы (ТШХ), оценка индивидуального восприятия нагрузки (шкала Борга). Контролируемые физические тренировки проводились ежедневно, 6 дней в неделю, на тредмиле (GE CardioSoft



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

T21100) по протоколу модифицированный Bruce. Критерием прекращения тренировки считалось достижение предела частоты сердечных сокращений (ЧСС) 60-70% от максимально прогнозируемой ЧСС (автоматически рассчитанной в соответствии с полом, возрастом, ростом и весом пациента), развитие ишемических изменений по ЭКГ или их эквивалентов, гипертензивная реакция АД, предельная утомляемость пациента, отказ пациента. Оценивали длительность нагрузки (минуты), интенсивность физической нагрузки (METs), двойное произведение. Среднее количество физических тренировок на одного пациента составило $12 \pm 2,9$ дней. ЧСС и систолическое АД (САД), диастолическое АД (ДАД) фиксировали исходно, на каждой ступени нагрузки и в восстановительном периоде. Длительность каждой ступени нагрузки составляла в среднем $3,0 \pm 0,5$ минуты. Все пациенты получали стандартную медикаментозную терапию и к моменту включения в исследование находились на уровне достигнутой нормотензии и эугликемии.

Результаты. Сравнительный анализ дистанции ТШХ до и после проведения программы реабилитации показал, что в обеих группах достоверно увеличилась пройденная дистанция: прирост ТШХ составил $63 \pm 12,4$ м и $37 \pm 8,1$ м ($p < 0,05$) в обеих группах соответственно. У пациентов 1-й группы данные изменения сопровождались достоверным уменьшением количества баллов по шкале Борг (исходно 13, при завершении программы – 11, $p < 0,05$), что не было показано во 2-й группе (исходно 14, при завершении программы – 13, $p > 0,05$).

Анализ показателей физических тренировок на тредмиле выявил следующее. Общее время тренировочной нагрузки в обеих группах составило $25 \pm 2,1$ мин и $23 \pm 1,8$ мин. Исходно ЧСС до начала программы тренировок у пациентов 1-й группы составила $71,7 \pm 3,2$ ударов в мин, у пациентов 2-й группы – $72,2 \pm 3,4$ ударов в минуту ($p > 0,05$). ЧСС, а высоте нагрузки составляла $99 \pm 7,1$ ударов в мин, у пациентов 2-й группы – $108 \pm 4,7$ ударов в мин ($p < 0,001$). Показатели АД до начала тренировок: САД в 1-й группе – $120 \pm 8,1$ мм рт ст., ДАД – $77 \pm 5,2$ мм рт ст., во 2-й группе – САД $122 \pm 9,3$ мм рт ст., ДАД – $80 \pm 7,5$ мм рт ст. Среднее САД на высоте нагрузки в 1-й группе составляло $150 \pm 5,6$ мм рт ст., ДАД – $90 \pm 5,2$ мм рт ст.; во 2-й группе – САД $156 \pm 6,3$ мм рт ст., ДАД – $93 \pm 5,1$ мм рт ст. ($p < 0,01$, $p < 0,05$ для САД и ДАД соответственно). Максимальная мощность выполненной нагрузки в метаболическом эквиваленте при завершении программы тренировок в 1-й группе составила $6,3 \pm 0,38$ METs, во 2-й группе – $5,1 \pm 0,24$ METs ($p < 0,05$). Двойное произведение в начале программы тренировок в 1-й группе составило $107 \pm 10,3$, во 2-й группе – $99 \pm 8,3$; на пике нагрузки – $128 \pm 8,4$ и 117 ± 10 в 1-й и 2-й группах соответственно ($p < 0,05$).



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Заключение. В процессе проведения амбулаторно-поликлинической программы физических тренировок у пациентов с ИБС в сочетании с СД 2 типа наблюдалось улучшение переносимости физических нагрузок у пациентов в обеих группах. Максимальная мощность выполненной нагрузки была достоверно выше в группе пациентов с ИБС без сопутствующего СД 2 типа. Оценка двойного произведения, отражающего потребление миокардом кислорода, выявила значимое увеличение в группе пациентов с ИБС без СД 2 типа.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ВЛИЯНИЕ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НА СОН У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Кудряч А.И.¹, Леонова Е.В.², Филипович Е.К.³,

Редуто В.А.⁴, Бурнель К.А.²

¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

²УЗ «Республиканская детская больница медицинской реабилитации»,

³УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

⁴ГУ «Республиканский научно-практический центр отоларингологии»,
г. Минск, Беларусь

Актуальность. Сон является незаменимой физиологической потребностью нашего организма. Недостаток сна и его плохое качество негативно влияют на психическое и физическое здоровье человека. Наиболее частыми параметрами сна, которые могут нарушаться у пациентов детского возраста, являются следующие: время засыпания, частота ночных пробуждений, сноговорение, чуткость сна, бруксизм. Коррекция нарушений сна с помощью биоакустической коррекции (далее – БАК) может применяться с данной целью.

Цель исследования. Оценить влияние биоакустической коррекции на параметры сна у пациентов детского возраста.

Материалы и методы. Ретроспективно исследованы некоторые параметры сна у 13 пациентов детского возраста с различными психоневрологическими нарушениями до проведения 10 сеансов биоакустической коррекции и после. Среди нозологических форм у детей встречались следующие: нарушения развития речи у детей (ОНР 2,3 уровней речевого развития, дизартрия, расстройство экспрессивной и рецептивной речи, задержка речевого развития), хронические генерализованные моторные и вокальные тики в сочетании с СДВГ и тахилалией, детский аутизм с легкой умственной отсталостью, последствия раннего органического поражения ЦНС с расстройством аутистического спектра в сочетании с ночным энурезом, страхи, простые моторные тики, заикание, ночной энурез. Возраст пациентов составлял от 3 до 13 лет. Каждому пациенту было проведено 10 сеансов БАК продолжительностью 20 минут через день. В ходе исследования дети не получали медикаментозного лечения, но некоторые пациенты сочетали БАК с занятиями дефектолога, психолога. Проведен анализ исследуемых параметров на основании отзывов родителей, которые оценивали их по степени выраженности нарушения по 10 балльной шкале, где 0 – признак не выражен, а 10 – максимально выражен.

Результаты и обсуждение. В результате лечения частота ночных пробуждений со среднего балла 3,6 уменьшилась до 2,2. Сноговорение уменьшилось на 1,4 балла, а чуткость сна на 1,6 балла. До курса биоакустической коррекции средний балл по показателю бруксизм составлял 0,6 баллов, а после лечения уменьшился до 0,2 балла. Проведено сопоставление полученных дан-



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ных при помощи критерия Манна-Уитни БАК оказала значимое ($p < 0,05$) влияние на время засыпания ($U=44$). Установлено отсутствие значимого ($p > 0,05$) влияния БАК на следующие параметры сна: частоту ночных пробуждений ($U=63$), сногворение ($U=63,5$), чуткость сна ($U=56$) и бруксизм ($U=71$).

Выводы. Полученные данные по применению БАК у детей свидетельствуют о том, что она избирательно влияет на различные параметры сна. Это необходимо учитывать при дифференцированном назначении БАК у детей с различными нарушениями.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

К ВОПРОСУ О ПРЕВЕНТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Кулемзина Т.В., Красножен С.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет
им. М. Горького» Минздрава РФ,
г. Донецк

Актуальность. Реабилитации отводится важная роль как в системе здравоохранения в целом, так в медицинском обеспечении ведомственных структур.

В современных реалиях проблема реабилитации участников боевых действий актуальна, поскольку в социальной структуре общества увеличивается количество военнослужащих.

Стратегически важным аспектом является поддержание и повышение исходных (физических и психологических) показателей деятельности организма профессионала, выполняющего свои функциональные обязанности в экстремальных условиях. Особенно актуальным является применение превентивных реабилитационных мероприятий к лицам, не имеющим специальной военной подготовки и ранее не участвовавшим в боевых действиях.

Цель. Анализ опыта применения методов интегративной и восстановительной медицины в превентивной (донозологической) реабилитации военнослужащих в условиях локального военного конфликта.

Методы исследования. В период с 2015-го года и по настоящее время на клинической базе кафедры интегративной и восстановительной медицины (ИВМ) прошли курс превентивной (донозологической) реабилитации 630 военнослужащих региона (комбатантов), в т.ч. 310 (49,2%) в анамнезе с ранениями в ходе участия в боевых действиях. Индивидуальный подход к каждому пациенту был реализован путем разработки персонифицированной программы реабилитации, базирующейся на конституциональном подходе. В ходе исследования проведены 1-6 курсов превентивно-восстановительных мероприятий с целью коррекции исходного состояния на этапах отбора и допуска к военной службе, а также последующих профилактических медицинских осмотров. Программа включала рефлексотерапию (инвазивные и неинвазивные методики), мануальную терапию (мягкие техники и массажные технологии, классическую гомео- и антигоммотоксическую терапию). Общее время наблюдения за пациентами составило 3 года.

Результаты и их обсуждения. При составлении персонифицированных схем реабилитации (в частности, превентивной направленности) учитывались не только фенотипические врожденные способности, но и такие факторы, как психическое состояние, реакция на стресс и последующие нарушения процессов адаптации, отношение к болезни и лечению, условия проживания, уровень



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

жизни и социально-профессиональной реализованности, взаимоотношения в семье и коллективе, мотивации к военной службе и т.д., так как индивидуальные особенности в значительной степени способны повысить риск возникновения и развития психосоматических расстройств.

Пациентам отпускалось 10-12 сеансов рефлексотерапии, 5-10 сеансов мягких техник мануальной терапии и массажных технологий, назначалось 3-5 конституциональных препаратов классической гомеопатии, изготовленной в аптечных условиях, 5-10 сеансов фармакопунктуры антигемотоксическими препаратами. Порядок выполняемых процедур, их кратность, время сеанса определялись индивидуально.

Выводы. Применение вышеуказанных подходов и программ с использованием методов ИВМ позволило с иных позиций подойти к аспектам восстановления (в т.ч. и превентивного) комбатантов. В процессе исследования были выделены в рамках преморбидных состояний ряд симптомокомплексов, отнесенных как к проявлениям конституции (конституциональная симптоматика), так и к проявлениям активности саногенетических и патогенетических механизмов, что и регламентировало выбор и персонификацию программ превентивной реабилитации военнослужащих. Отдаленные результаты исследования продемонстрировали повышение эффективности восстановления (в случаях болезней либо ранений) данной категории пациентов в сравнении с лицами, не получавшими курс превентивной реабилитации на этапах отбора и допуска к военной службе.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ДЛИННЫЙ COVID-19: РАННЯЯ И ПОЗДНЯЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАТОЛОГИЙ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Лахтин В.М., Лахтин М.В., Новикова Л.И., Мелихова А.В.,
Давыдкин В.Ю., Комбарова С.Ю.

ФБУН МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского Роспотребнадзора,
Москва

Актуальность. При COVID-19 поражаются все органы и ткани, в первую очередь, эндотелий кровеносных и лимфатических сосудов. У пациентов с длинным ковидом (ДК) (long COVID-19) развивается постковидный синдром (ПС). До сих пор ПС остается недостаточно исследованным, особенно у пожилых пациентов (ПП), болевших COVID-19 бессимптомно и имеющих сопутствующие хронические заболевания.

Цель. Анализ результатов реабилитации (Рб) пациентов при рассмотрении ПС у ПП 70+ на примерах патологий у них в течение последних 3,5 лет (с ноября 2019 по июнь 2023).

Материалы и методы. Наблюдение динамики патологий ДК у ПП до и после двухступенчатой вакцинации от COVID-19 (декабрь 2019 – январь 2020) и ревакцинации (ноябрь 2020 г.). Использование собственных данных опубликованных результатов.

Результаты и обсуждение. Наблюдались полная и частичная, ранняя и отсроченная Рб патологий кожи, коррелирующая с волнами COVID-19 (Рб – импульсивная, динамичная, с периодическими затуханием), остаточная симптоматика ДК. При этом наблюдаемая Рб классифицировалась как ранняя (дни, недели), поздняя или пролонгированная (месяцы, до двух лет) и продолжающаяся/неоконченная (более двух лет). Полная Рб нарушений кожи. 1. Ранняя Рб. 1.1. Наблюдалось раннее появление (1-2-я волны пандемии COVID-19) и быстрое исчезновение (10-14 суток) небольших серий (3-7 единиц) варьирующей локализации близко расположенных к друг другу эритем – красных кругов и пятен диаметром 1-2 см, в том числе с наложением друг на друга и общим диаметром до 2,5 см. Отсутствие в более поздние волны пандемии появления такого рода кругов и пятен. 1.2. Зафиксирован случай быстрой элиминации (недели) небольшой хронической паховой подкожной атеромы (1-я волна). 2. Поздняя Рб. Пациент-1: фурункулоподобные (плоские, без гнойного воспаления и выпячивания) красные примыкающие друг к другу 2 эллиптических образования на переходе шея-плечо с общим диаметром 3 см (1-2-я волны – максимальный вред, в том числе из-за непредсказуемости направления дальнейших негативных событий). В. Полный цикл патологических изменений кожи и их Рб у пациента-1 включал этапы развития: а) сформированные первичные образования с отдельными центрами боли



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

(эллипс – к плечу) и расчеса (преимущественный эллипс – к шее); б) плотный вторичный рост сети мелких прыщей (на фоне локализованной вне образований сети прыщей плеча и примыкающей груди со стороны сердца) в виде градиентов на территориях обоих образований с сохранением центров боли и расчеса; в) длительная консервация образовавшейся смешанной сыпи; г) 1-я фаза инволюции (градиентное сужение красного поля в образовании до внутреннего асимметричного поля с максимальным диаметром до 1 см, с частичными уменьшением числа и размера прыщей, с сохранением центров боли и расчеса); д) превращение обоих образований в «нейроны-похожий» профиль с извилистыми коричневыми нитевидными ответвлениями 1-1,5 см длиной в кожных складках; е) сужение образований до небольших шрамов со слабо выраженным центром расчеса (конец 5-й волны). У пациента-2 устранился хронический цистит (6-я волна, лидерство «омикрона»). Остаточные патологии ДК (6-я волна, 7-я волна – январь 2023 г., майская вспышка COVID-19 2023 г. и позднее). 1. Прогрессирующие: ставшее устойчивым (необратимым) сильное покраснение слизистой оболочки глаз с периодическими резами и ощущением сухости в глазах; усиление расчесов волос головы на фоне слабого выпадения волос. 2. Новые: варианты асимметричного (патологического) распределения (левая-правая стороны тела) редко разбросанных прыщей одного типа; модифицирование (в развитии) когнитивных нарушений (например, при компьютерном тесте смена отставания удара клавиши при набивке текста на опережение – проявление развития асимметричной реакции мозга) (2023 г.); попеременные глазные боли (левый, правый глаз) (2023 г.). 3. Прежние: сильный сухой (без отделения мокроты) горловой звонкий кашель (характерный для штамма «омикрон» и его мутантов), серийное чихание, связанная с першением в горле заложенность носа, ощущение жжения кожи (горячей кожи без температуры), артериальная гипертензия, головные боли с изменением места расположения; боли в нижней части спины, мышцах ног и области тазобедренных суставов; ослабление слуха, кратковременная память.

Выводы. 1. Кожа и слизистая могут служить высокочувствительными индикаторами динамики ДК, сенсорами инициации и развития патологий ПС, что упрощает планирование Рб пациента. 2. При ДК ряд патологий способен сохраняться и видоизменяться, возможны модуляция патологий и появление или проявление новых, что усложняет контроль Рб пациента. 3. Знание о ранних, последовательных и преемственных сцепленных в сеть патологий ПС имеет важное значение для разработки курса Рб пациента. 4. ДК является важной характеристикой ПС, необходимой для оценки персонифицированности/ уникальности ПС пациента. Возможно построение уникального древа пациента с указанием патологий и их развития для планирования эффективной системной Рб пациента.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПОДХОДЫ К СИСТЕМНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ: ОЦЕНКА СОПУТСТВУЮЩИХ ПАТОЛОГИЙ ДЛИННОГО КОВИДА ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ И РЕАЛИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Лахтин В.М., Лахтин М.В., Новикова Л.И., Мелихова А.В.,
Давыдкин В.Ю., Комбарова С.Ю.

ФБУН МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского Роспотребнадзора,
Москва

Актуальность. При COVID-19 поражаются все органы и ткани, в первую очередь, эндотелий кровеносных и лимфатических сосудов. У пациентов с длинным ковидом (ДК) (long COVID-19) развивается постковидный синдром (ПС). До сих пор ПС остается недостаточно исследованным, особенно у пожилых пациентов (ПП), болевших COVID-19 бессимптомно и имеющих сопутствующие хронические заболевания.

Цель. Исследовать реабилитацию (Рб) пациентов при рассмотрении ПС у ПП 70+ на примерах патологий у них в течение последних 3,5 лет (с ноября 2019 по июнь 2023).

Материалы и методы. Наблюдение динамики патологий ДК у ПП до и после двухступенчатой вакцинации от COVID-19 (декабрь 2019 – январь 2020) и ревакцинации (ноябрь 2020 г.). Использование собственных данных опубликованных результатов.

Результаты и обсуждение. Наблюдались полная и частичная, ранняя и отсроченная Рб патологий кожи, коррелирующая с волнами COVID-19 (Рб – импульсивная, динамичная, с периодическими затуханием), остаточная симптоматика ДК. При этом наблюдаемая Рб классифицировалась как ранняя (дни, недели), поздняя или пролонгированная (месяцы, до двух лет) и продолжающаяся/ неоконченная (более двух лет). Полная Рб нарушений кожи. 1. Ранняя Рб. 1.1. Наблюдалось раннее появление (1-2-я волны пандемии COVID-19) и быстрое исчезновение (10-14 суток) небольших серий (3-7 единиц) варьирующей локализации близко расположенных к друг другу эритем – красных кругов и пятен диаметром 1-2 см, в том числе с наложением друг на друга и общим диаметром до 2,5 см. Отсутствие в более поздние волны пандемии появления такого рода кругов и пятен. 1.2. Зафиксирован случай быстрой элиминации (недели) небольшой хронической паховой подкожной атеромы (1-я волна). 2. Поздняя Рб. Пациент-1: фурункулоподобные (плоские, без гнойного воспаления и выпячивания) красные примыкающие друг к другу 2 эллиптических образования на переходе шея-плечо с общим диаметром 3 см (1-2-я волны – максимальный вред, в том числе из-за непредсказуемости направления дальнейших негативных событий). В. Полный



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

цикл патологических изменений кожи и их Рб у пациента-1 включал этапы развития: а) сформированные первичные образования с отдельными центрами боли (эллипс – к плечу) и расчеса (преимущественный эллипс – к шее); б) плотный вторичный рост сети мелких прыщей (на фоне локализованной вне образований сети прыщей плеча и примыкающей груди со стороны сердца) в виде градиентов на территориях обоих образований с сохранением центров боли и расчеса; в) длительная консервация образовавшейся смешанной сыпи; г) 1-я фаза инволюции (градиентное сужение красного поля в образовании до внутреннего асимметричного поля с максимальным диаметром до 1 см, с частичными уменьшением числа и размера прыщей, с сохранением центров боли и расчеса); д) превращение обоих образований в «нейроны-похожий» профиль с извилистыми коричневыми нитевидными ответвлениями 1-1,5 см длиной в кожных складках; е) сужение образований до небольших шрамов со слабо выраженным центром расчеса (конец 5-й волны). У пациента-2 устранился хронический цистит (6-я волна, лидерство «омикрона»). Остаточные патологии ДК (6-я волна, 7-я волна – январь 2023 г., майская вспышка COVID-19 2023 г. и позднее). 1. Прогрессирующие: ставшее устойчивым (необратимым) сильное покраснение слизистой оболочки глаз с периодическими резами и ощущением сухости в глазах; усиление расчесов волос головы на фоне слабого выпадения волос. 2. Новые: варианты асимметричного (патологического) распределения (левая-правая стороны тела) редко разбросанных прыщей одного типа; модифицирование (в развитии) когнитивных нарушений (например, при компьютерном тесте смена отставания удара клавиши при набивке текста на опережение – проявление развития асимметричной реакции мозга) (2023 г.); попеременные глазные боли (левый, правый глаз) (2023 г.). 3. Прежние: сильный сухой (без отделения мокроты) горловой звонкий кашель (зараженный для штамма «омикрон» и его мутантов), серийное чихание, связанная с першением в горле заложенность носа, ощущение жжения кожи (горячей кожи без температуры), артериальная гипертензия, головные боли с изменением места расположения; боли в нижней части спины, мышцах ног и области тазобедренных суставов; ослабление слуха, кратковременная память.

Выводы. 1. Кожа и слизистая могут служить высокочувствительными индикаторами динамики сопутствующих патологий ДК, инициации и развития сцепленных патологий ПС, что упрощает планирование Рб пациента. 2. Ряд патологий ДК способен сохраняться и видоизменяться, модулироваться, приводить к появлению новых, что усиливает требования к планированию Рб пациента. 3. Знание ранних, последовательных и преемственных сцепленных в сети патологий ПС важно для разработки оптимального курса Рб пациента. 4. Детализированный ДК является важной составляющей ПС, помогает в оценке уникальности персонифицированного ПС пациента. Возможно построение уникальной сети появления и развития сцепленных патологий пациента, облегчающей планирование эффективной и системной Рб пациента.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ) ДЛЯ ОЦЕНКИ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА С МЕРОЗИН-НЕГАТИВНОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИЕЙ

Лебедева Н.В.¹, Колчева Ю.А.¹, Медведева В.И.¹,
Романенко Е.В.², Адрианов А.В.¹

¹ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России,

²СПб ГБУЗ «Детская городская больница №22»,
Санкт-Петербург

Актуальность. Мерозин-дефицитная форма врожденной мышечной дистрофии (ВМД), обусловленная полным отсутствием $\alpha 2$ -цепи ламинина в базальной мембране мышечного волокна, вызванным мутациями в гене LAMA2, наиболее тяжелая и часто встречающаяся форма заболевания. Дети с данной патологией нуждаются в динамическом наблюдении, комплексной терапии с участием врачей специалистов разного профиля. Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ), как признанный во всем мире метод, позволяет наиболее четко описывать все составляющие здоровья пациента с ВМД, осуществлять анализ эффективности проводимых реабилитационных мероприятий будучи унифицированным инструментом для специалистов мультидисциплинарной бригады.

Цель исследования. Определить наиболее значимые категории МКФ, дающие объективную информацию о биопсихосоциальном статусе пациентов, с мерозин-негативной дистрофией для постановки задач, целей и выбора ведущих и наиболее эффективных методов реабилитации.

Результаты. Приводим наблюдение клинического случая мерозин-негативной мышечной дистрофии у мальчика 7 лет. В стационарных условиях проводился детальный объективный, неврологический осмотр, консультация ортопеда, врача физической и реабилитационной медицины, физического терапевта, психолога, подробные лабораторные и инструментальные исследования. Для всесторонней оценки биопсихосоциального статуса ребенка с мерозин-негативной мышечной дистрофией, использовались различные категории МКФ. Для оценки ограничений активности и участия и влияния факторов окружающей среды использовался метод наблюдения, проводились функциональные пробы и беседа с родителями с использованием опросника для оценки активности и участия.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

При поступлении в стационар обращало на себя внимание: мышечная слабость, больше в проксимальных отделах, дефицит моторных навыков (самостоятельно не стоит (только в вертикализаторе), может продолжительно сидеть самостоятельно без поддержки с наклоном таза назад), выраженное нарушение речи и когнитивных функций, контрактуры верхних и нижних конечностей, двусторонние вывихи тазобедренных суставов.

Известно, что мальчик рожден от здоровых родителей, интранатально наблюдалось позднее шевеление плода, в перинатальном периоде отмечались двусторонние кефалогематомы теменных областей, гипербилирубинемия, находился на ИВЛ. С рождения ребенок наблюдался у невролога с диагнозом «синдром вялого ребенка», в дальнейшем миопатия недифференцированная. В 2 года после генетического исследования был установлен диагноз мерозин негативная миодистрофия. При этом моторное развитие со значительным отставанием, контроль головы с 1 года 2 месяцев, сам не садится, не встает. В неврологическом статусе обращало на себя внимание выраженные когнитивные нарушения, тихий немодулированный голос, глотание с периодическим поперхиванием, диффузная мышечная слабость, более выраженная в проксимальных отделах конечностей, повсеместное снижение глубоких рефлексов, множественные контрактуры верхних и нижних конечностей, отсутствие контроля за тазовыми функциями. Перед началом реабилитационных мероприятий ребенку был составлен категориальный профиль МКФ, который включал в себя такие домены как: функции ориентированности b114, контроль произвольных двигательных функций b760, функция мышечного тонуса b7356, подвижность нескольких суставов b7101, голосообразование, функция фонации b3100, функции артикуляции b320, умственные функции речи b167, глотание b5105, дыхание b 440, речь d330, восприятие устных сообщений при общении d310, ходьба d450, передвижение в пределах жилища d4600, передвижение в различных местах d4609, физиологические отправления d530, влияние семьи и ближайших родственников e310, медицинского персонала, осуществляющего уход и помощь e340. В доменах, посвященному активности и участию пациента, наиболее значимые на данном этапе нарушения, определяемые клиническим состоянием пациента, определялись в разделах мобильность (d4), самообслуживание (d5), общение (d3). Нарушения носили характер абсолютных, и требовали постоянного участия окружающих лиц для помощи пациенту. Среди двигательных расстройств выявлялись умеренные нарушения моторно-рефлекторных функций, также выраженные нарушения умственных функций, умеренные голоса и речи, глотания. При этом дыхание не страдало. В дальнейшем пациенту был подобран курс комплексной терапии с учетом слабых и сильных сторон ребенка, проводилось сопоставление категориальных МКФ профилей для динамической оценки проведенной терапии.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Выводы. Таким образом, были подобраны наиболее значимые домены МКФ для ребенка с ВМД. Комплексная оценка состояния здоровья таких детей должна быть направлена, в первую очередь, на оценку способностей ребенка в повседневной деятельности с учетом нарушений функций организма и влияния социального окружения. Всесторонняя оценка ребенка с помощью МКФ способствует наиболее точной постановке задач, целей и выбора ведущих и наиболее эффективных методов реабилитации.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ ДЛЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В КОНТЕКСТЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Лебедева С.С., Платонова Ю.Ю.

СПбГАОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный институт
психологии и социальной работы»,
Санкт-Петербург

Актуальность. Необходимое совершенствование качества реабилитационного процесса детей-инвалидов обостряет задачу подготовки кадров для социально-реабилитационных центров. В связи с тем, что такие центры должны выступать как экосистема, комплексно учитывающая возможности развития всех участников реабилитационного процесса: детей-инвалидов, кадров, обслуживающих получателей социальных услуг, родителей, представителей общественности, управление этим учреждением должно предусматривать систему повышения квалификации кадров, опирающуюся на экологический подход.

Цель исследования. Анализ экологического подхода в совершенствовании кадров социально-реабилитационных центров для детей-инвалидов.

Материалы и методы. Наблюдения за профессиональной деятельностью социальных работников на протяжении ряда лет, контент-анализ статей, подготовленных и опубликованных в печати работниками социально-реабилитационных центров.

Результаты и обсуждение. Изучение опыта работы реабилитационных центров, а также содержание публикаций социальных работников по результатам проведения научно-практических конференций позволили перейти к следующим выводам. Профессиональное совершенствование специалистов по социальной работе требует использования экологического подхода, который строится на ряде актуальных научных и практических позиций.

Прежде всего целесообразно учитывать современное состояние общества – общества культурной сложности. Вызовы современного мира, актуализирующие повышение интегрирующей роли экологии, не допущение дискриминационных проявлений, выдвигают приоритеты, связанные с предвидением социальных рисков и возможностью управления психоэмоциональными нагрузками. Использование принципа культурологического полицентризма позволяет при организации деятельности опираться в большей степени не на биологический подход, а использовать потенциал взаимодействия и взаимообогащения в управлении социоприродными системами.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

В связи с тем, что социально-реабилитационные центры тесно взаимодействуют в аспекте межотраслевого подхода с окружающим социумом, растет значимость их содержательных связей со школами, в которых имеются коррекционные классы, посещаемые детьми-инвалидами, необходимо опираться на принцип синергетического взаимодействия социальных и образовательных систем. Возникает возможность, когда в ситуации неопределенности будет получен непредвиденный результат, который связан с многофакторными, многовариантными путями развития общества и образования. Понимание конкретной ситуации дает возможность ориентировать на позитивные решения проблем для группы детей-инвалидов или отдельного ребенка.

Экологический подход при организации инновационной деятельности социально-реабилитационного центра предполагает акцентировать внимание на формировании положительной и даже активной роли родителей в создании и реализации проектов по реабилитации детей-инвалидов. Особое внимание целесообразно обратить на проекты инклюзивного образования. Механизмы привлечения родителей как субъектов деятельности в области реабилитации к участию в этих проектах должны учитывать ряд обстоятельств: типы отношений родителей к болезни ребенка; интерес к новому опыту к реабилитации ребенка; умение видеть личностный ресурс ребенка и его оптимально использовать в педагогических целях (формирование навыка преодоления отчуждения, новые возможности для индивидуального развития ребенка, механизмы включения родителей в практику взаимодействия с детьми, сначала в малых группах, а потом в группах, увеличивающихся по количеству участников и сложности содержания деятельности); формирование гуманистических ценностей и на этой основе наращивание и транслирование нового опыта; организация общения детей и родителей на основе гуманистических ценностей в расширяющемся социуме.

Исследование, проведенное Н.Б. Морозовой среди родителей, имеющих детей инвалидов, и включенных в инклюзивный проект, выявило, что 91% родителей отчетливо видит положительное влияние на их детей участие в инклюзивных проектах, 75% родителей отмечают усиление адаптированности детей в социуме, повышение их ответственности, а также положительную динамику в эмоционально-личностном развитии ребенка.

Выводы. В настоящее время становится целесообразным использовать принцип допустимого порога преобразований. При создании нового социально-реабилитационного центра или совершенствования качества уже функционирующего, чрезвычайно важно использовать инновационный подход к профессиональной подготовке кадров с учетом высказанных позиций в аспекте экологического подхода.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ВЛИЯНИЕ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НА УСПЕХИ В УЧЕБЕ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Леонова Е.В.¹, Кудлач А.И.², Шалькевич Л.В.²,
Терещенко Ж.В.¹, Шиянова А.В.³

¹УЗ «Республиканская детская больница медицинской реабилитации»,

²ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

³УЗ «23-я городская детская поликлиника»,

г. Минск, Беларусь

Актуальность. Специалистами отмечается рост распространенности таких расстройств развития школьных навыков, как дисграфия, дискалькулия и дислексия. Это создает определенные трудности для детей в обучении и общении. Коррекция данных нарушений включает работу со многими специалистами и отнимает много времени. Биоакустическая коррекция (далее – БАК) наряду с традиционными методами активно применяется с этой целью.

Цель исследования. Оценить влияние биоакустической коррекции на успехи в учебе у пациентов детского возраста.

Материалы и методы. На базе государственного учреждения «Республиканская детская больница медицинской реабилитации» было проведено когортное ретроспективное исследование, в ходе которого у 11 детей с различными психоневрологическими диагнозами оценивались такие параметры речевого развития, как речевая активность, звукопроизношение, словарный запас, эхолалия и понимание речи. Среди нозологических форм встречались следующие: нарушения развития речи у детей (ОНР 3 уровня речевого развития, дизартрия, расстройство экспрессивной и рецептивной речи), хронические генерализованные моторные и вокальные тики в сочетании с СДВГ и тахилалией, последствия раннего органического поражения ЦНС с расстройством аутистического спектра в сочетании с ночным энурезом, страхи, простые моторные тики, заикание, ночной энурез. Возраст пациентов составлял от 6 до 13 лет. Каждому пациенту было проведено 10 сеансов БАК продолжительностью 20 минут через день. В ходе исследования дети не получали медикаментозного лечения, но некоторые пациенты сочетали БАК с занятиями дефектолога, психолога. Родителями проведена оценка анализируемых параметров до курса БАК и после его окончания по 10 балльной шкале, где 0 – признак не выражен, а 10 – максимально выражен.

Результаты и обсуждение. Проведено сопоставление полученных данных при помощи критерия Манна-Уитни. До курса биоакустической коррекции средний балл по показателю дисграфия составлял 3,2 балла, а после лечения проявления дисграфии уменьшились до 1,7 балла. Дислексия оценивалась



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

родителями в 2,7 балла до лечения и 1,3 балла после него. Дискалькулия после лечения уменьшилась на 0,6 балла. БАК оказала значимое ($p < 0,05$) влияние на дислексию ($U = 28,5$). Установлено отсутствие значимого ($p > 0,05$) влияния БАК на следующие параметры: дисграфия ($U = 39$), дискалькулия ($U = 47,5$).

Выводы. Полученные данные по применению БАК у детей свидетельствуют о том, что она избирательно влияет на различные параметры учебы. Это необходимо учитывать при дифференцированном назначении БАК у детей с различными нарушениями.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АРТИКУЛЯЦИОННОГО ТРЕНАЖЕРА В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

Логинова О.В., Можейко Е.Ю.

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России,
г. Красноярск

Актуальность. Острое нарушение мозгового кровообращения характеризуется различного типа нарушениями: двигательные, речевые, координаторные и другие. Нейрореабилитация предлагает совершенно различные методы восстановительного лечения, однако, в речевой реабилитации длительное время «золотым стандартом» реабилитации. Речевые нарушения делятся на дизартрию и афазию. Дизартрия – это расстройство речи, которое проявляется в затрудненном произношении или искажении некоторых звуков, слов за счет снижения точности движений, изменения тонуса мышц, слабости мышц речевого аппарата, различных патологических симптомов (гиперкинезы, фасцикуляции и т.д.). Выделяют следующие виды дизартрий по патогенетическому признаку: бульбарная, псевдобульбарная, экстрапирамидная и мозжечковая. По клинко-неврологической классификации выделяют превалирующие синдромы в речевом аппарате.

Цель исследования. Анализ эффективности «артикуляционного тренажера» для восстановления речи у пациентов с дизартрией после ОНМК в раннем восстановительном периоде.

Материалы и методы. Для основы «Артикуляционного тренажера» (АТ) был взят стоматологический ретрактор. В дополнение к нему использовались силиконовые метки по периметру рта для выполнения упражнений с использованием языка для коррекции точности и полноты движений. За счет ретрактора губы не смыкаются и, выполняя упражнение на выговаривание звуков, можно тренировать круговую мышцу рта. Также имеется набор упражнений для коррекции симметрии и силы мимических мышц нижней части лица, т.к. часто дизартрия может проявляться как сопутствующий симптом поражения лицевого нерва при альтернирующих синдромах.

Оценка проводилась между двумя группами: 1 группа использовала для реабилитации стандартное логопедическое сопровождение в течение 10 дней стационарного лечения по 45 минут в день; 2 группа получала логопедическое сопровождение 45 минут в день 10 дней, в течение которых проводилось занятие (10 минут) на «артикуляционном тренажере».



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Результаты и обсуждение. Проводилась первичная статистическая обработка среди малых групп (по 10 человек в каждой). Группы до начала лечения были сопоставимы по баллу по Шкале Вассермана (шкала дизартрии) до лечения, согласно критерию Манна-Уитни: 0,934. При оценке данных до и после стандартного логопедического сопровождения в группе контроля (группа 1) по критерию Вилкоксона получено значение 0,01, что говорит об эффективности лечения. При оценке данных до и после лечения с использованием дополнительно «артикуляционного тренажера» по критерию Вилкоксона получено значение 0,003, что свидетельствует также об эффективности лечения. При оценке различий эффективности между двумя группами по шкале Вассермана (шкале дизартрии) не получено статистически значимых различий согласно критерию Манна-Уитни (0,620). Вероятно, данный результат обусловлен малой численностью выборки.

Выводы. На момент статистической оценки полученных данных между двумя группами пациентов статистически значимой разницы не выявлено, однако, следует отметить положительные аспекты применения «артикуляционного тренажера», такие как улучшение координации движений, улучшение ритма речи, снижение смазанности речи за счет повышения тонуса мышц и повышения их выносливости. Также «артикуляционный тренажер» положительно влияет на пациентов с бульбарным синдромом – повышает тонус мышц лица, артикуляционных мышц и мышц языка. Необходимо продолжать работу по набору материала и дальнейшей его обработки.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ОЦЕНКА ВИДА ДИЗАРТРИИ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА НЕВРОЛОГИИ И ЛОГОПЕДИИ: ВНЕДРЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ШКАЛЫ

Логинова О.В., Можейко Е.Ю.

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России,
г. Красноярск

Актуальность. С каждым годом развиваются технологии предотвращения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, одним из которых является инсульт. Вместе с тем, мы получаем большое количество пациентов с неврологической симптоматикой. На первом месте стоят, конечно, двигательные нарушения, а на втором речевые – такие как афазии и дизартрии. Дизартрия является междисциплинарным заболеванием, которое стоит на стыке двух областей знания: логопедии и неврологии. Противоречие между ними кроется в организации помощи пациентам: качественная оценка дизартрических нарушений полностью находится в ответственности медицинского логопеда или логопеда-дефектолога, а лечением выявляемых синдромов (бульбарного, псевдобульбарного, мозжечкового и экстрапирамидного) медикаментозными методами занимается невролог. В этой связи, иногда мы встречаем недостаточно полное понимание специфики болезни со стороны этих специалистов. Как правило, неврологам не хватает базовых логопедических знаний, а логопедам-дефектологам – знаний неврологии.

Цель исследования. Создание диагностической шкалы, включающей в себя неврологические, логопедические симптомы, патологические симптомы и особенности каждого вида дизартрии, а также влияние медикаментозного лечения на течение того или иного синдрома (при смазанных формах при постоянном приеме препаратов или использование приема препарата как диагностического теста).

Материалы и методы. Всего оценивалось 88 человек с вынесенными диагнозами постинсультной дизартрии в период с 2021 по 2023 года на базе ФСНКЦ ФМБА России в г. Красноярск.

Критерии включения в тестирование:

- давность ОНМК менее 1 года (для сохранения достаточного уровня симптоматики);
- отсутствие когнитивных нарушений умеренного и выше уровней;
- отсутствие сопутствующих афатических нарушений;
- информированное согласие на участие в тестировании.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Результаты тестирования оценивались следующим образом: при получении 4 и более баллов по подшкалам (бульбарной, псевдобульбарной, мозжечковой и экстрапирамидной) данный синдром выносился в диагноз. Далее проводилось сравнение результатов осмотра медицинского логопеда и его заключения с предположительным диагнозом по шкале. Вычислялись статистические характеристики – чувствительность, специфичность, положительная прогностическая ценность и отрицательная прогностическая ценность.

Результаты и обсуждение. Данная шкала оценки вида дизартрии является вспомогательным инструментом для объективизации результата осмотра медицинского логопеда. Результаты свидетельствуют о том, что все подшкалы (бульбарная, псевдобульбарная, мозжечковая и экстрапирамидная) имеют высокую чувствительность (минимум 90%), высокую специфичность (минимум 85%).

Положительная позитивная ценность характеризуется по подшкалам бульбарного, псевдобульбарного и мозжечкового синдромов не высоким уровнем (54-56%) в виду гипердиагностики по шкале оценки вида дизартрии. По подшкале экстрапирамидного синдрома ППЦ равен 99%. Связан данный феномен с тем, что в большинстве случаев выявляются смешанные формы дизартрий с экстрапирамидным превалирующим синдромом.

По подшкалам бульбарного, псевдобульбарного, мозжечкового синдромов также определяется высокая отрицательная позитивная ценность (98%), но по подшкале экстрапирамидного синдрома ОПЦ на уровне 54%. Данный результат получен в виду высокой распространенности экстрапирамидной дизартрии среди пациентов после ОНМК, множества вариантов смешанных форм, а также спецификой работы медицинского логопеда.

Выводы. Внедрение данной диагностической шкалы позволит объективировать субъективное мнение логопеда-дефектолога, а также позволит врачу-неврологу с большей долей вероятности поставить верный диагноз. Кроме того, опираясь на опыт работы в реабилитационном отделении, можно выявить закономерность изменения ведущего синдрома при использовании медикаментозных и немедикаментозных методов лечения. Заполнение шкалы оценки вида дизартрии не занимает много времени и позволяет проводить ее несколько раз в течение лечения, тем самым корректируя план реабилитационных мероприятий в индивидуальном порядке.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДАМ ВСЛЕДСТВИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, ОСЛОЖНЕННОГО АМПУТАЦИЯМИ

Макарова О.В., Столов С.В., Родионова А.Ю., Полонская И.И.
ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России,
Санкт-Петербург

Введение. Сахарный диабет (СД) нередко осложняется тяжелым поражением органов-мишеней, приводит к недостаточности различных органов, в первую очередь, почек, глаз, сердца, сосудов и нервов.

Заболевание артерий нижних конечностей (ЗАНК) при СД встречается в 10-40%, а при наличии трофических язв нижних конечностей – в 50% случаев. При прогрессировании ЗАНК возможно развитие критической ишемии нижних конечностей (КИНК), что приводит к гипоксии мягких тканей и угрозе их жизнеспособности. КИНК является декомпенсацией хронической артериальной недостаточности конечности при СД и может привести к ампутации. Небольшая по объему ампутация (малая ампутация) проводится до уровня передней части стопы и приводит чаще к незначительному ограничению мобильности. Большая ампутация осуществляется при обширных некрозах и гангрене, всегда сопровождается ограничением способности к передвижению, необходимости использования технических средств реабилитации (ТСР).

Цель исследования. Провести анализ рекомендаций ТСР, назначаемых инвалидам после ампутаций вследствие СД 2 типа.

Материал и методы. Изучены медико-экспертные документы 35 больных сахарным диабетом 2 типа с ампутациями, освидетельствованных в бюро МСЭ различных регионов страны. Мужчин было 20, женщин – 15, в возрасте от 30 до 87 лет, в том числе: 30-49 лет – 3 человека, 50-64 лет – 19, 65-79 лет – 11 и старше 80 лет – 2 человека. Анамнез СД до ампутации составлял у 14,3% от 1 до 5 лет, у 22,9% – 5,1-10 и у 62,8% – более 10 лет. Все больные получали базовую терапию инсулином, 11,4% лечились нерегулярно. Избыточная масса тела отмечена у 42,9%, ожирение 1 и 2 степени – у 45,7% больных. Ампутации распределились следующим образом: 1-2-ух пальцев стопы – у 28,6%, 3-5-ти пальцев – у 14,3%, в том числе в одном случае – двусторонняя ампутация всех пальцев стопы; ампутация стопы проведена у 5,7%, до средней трети голени – у 20%; до средней трети бедра – у 31,4%, в том числе в двух случаях – двусторонняя. После оперативного лечения передвигаются без вспомогательных технических средств 11,4%, с помощью трости – 31,4%, подмышечных костылей – 17,2%, костылей под локоть – 5,7%, с использованием ходунков – 5,7%, кресла-коляски – 11,4%, не ходят совсем и находятся постоянно в кровати – 17,2%.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Результаты. При первичном освидетельствовании в бюро МСЭ установлена III группа инвалидности 13 больным, II группа – 7, I – одному и группа не была определена 14 больным. При повторном освидетельствовании III группа инвалидности установлена 8, II группа – 24 и I группа – 3 больным. При заполнении индивидуальной программы реабилитации/абилитации инвалида (ИПРА) рекомендованы следующие ТСР: трости опорные, регулируемые по высоте, с устройством противоскольжения (УПС) – 16; костыли с опорой под локоть с УПС – 2; костыли подмышечные с УПС – 14; опора в кровать веревочная – 4; ходунки на колесах – 1; поручни (перила) для самоподнимания прямые (линейные) – 3; кресла-коляски с ручным приводом комнатные – 16, кресла-коляски с ручным приводом прогулочные – 13; кресло-коляска активного типа – 1; протез голени для купания – 3; протез голени модульный – 6; протез бедра модульный – 5; протез бедра лечебно-тренировочный – 3; протез голени лечебно-тренировочный – 3; чехол на культю голени хлопчатобумажный – 4; чехол на культю голени шерстяной – 5; чехол на культю бедра хлопчатобумажный – 6; чехол на культю бедра шерстяной – 6; косметическая оболочка на протез нижней конечности – 1; ортопедическая обувь сложная без утепленной и с утепленной подкладкой – по 21, соответственно; ортопедическая обувь сложная на сохраненную конечность и обувь на протез без утепленной подкладки – 4; ортопедическая обувь на протезы при двусторонней ампутации нижних конечностей – 1; ортопедические брюки – 3; шерстяной чехол на культю бедра – 6; кресло-стул с санитарным оснащением (без колес) – 12.

Выводы. Проведенный анализ показал, что среди инвалидов с ампутациями, преобладают лица старше 55 лет, анамнезом заболевания более 10 лет, имеющие избыточную массу тела или ожирение.

При ампутации 1-2-ух пальцев стопы ограничения способности к самостоятельному передвижению чаще не требуют назначения ТСР.

Рекомендации бюро МСЭ нуждаются в развитии, требуется уточнить показания к назначению чехлов на культю, косметической оболочки на протез, ортопедических брюк, кресел-колясок активного типа и с электроприводом.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ВОПРОСАМ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Манучарян Ю.Г.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
Минздрава России,
г. Ярославль

Актуальность. В настоящее время посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) становятся реальностью для значительного количества людей и приобретают все большее значение в медицинском и социальном плане. Посттравматическое стрессовое расстройство развивается после воздействия экстремального угрожающего или ужасающего события, или серии событий, проявляется нарушением психики и являются отсроченной или затянувшейся реакцией на краткое или продолжительное стрессовое событие (6B40). Лечение и реабилитация ПТСР основывается на комплексной терапии с использованием медикаментозных и психотерапевтических методов с участием полипрофессиональных бригад специалистов: врача-психиатра, врача-психотерапевта, медицинского психолога.

Цель исследования. Анализ эффективности подготовки специалистов на циклах повышения квалификации в реализации реабилитационных мероприятий посттравматических стрессовых расстройств.

Результаты и обсуждение. Проведен анализ эффективности циклов повышения квалификации для врачей психиатров и психотерапевтов по вопросам, связанным с психопатологическими реакциями личности на стресс, особенностями терапии и реабилитации больных. Главной задачей циклов являлось дать слушателям такой объем знаний, чтобы они могли осуществлять холистический подход в терапии: целостное отношение к здоровью как состоянию физического, психического и социального благополучия, а также в практической работе использовать полученные знания в проводимых формах терапии и реабилитации. Программа данных циклов предусматривала комплексное изучение психопатологических и психофизиологических характеристик ПТСР, коморбидных депрессий, аддикций, генерализованных тревожных расстройств, панических расстройств, болезней зависимости, а также психологических и клинических методов исследования состояния комбатантов, диагностических критериев и основных методов экстренной психологической и психотерапевтической помощи с комбинацией психофармакотерапии и психотерапии. Показано, что для редукции аффективно-вегетативных расстройств может использоваться симптоматическая фармакотерапия, включающая адреноблокаторы, антидепрессанты, анксиолитики, снотворные и другие средства.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Воздействовать на угнетающие эмоции (страх, гнев) помогают также релаксационные психотерапевтические методики, такие как аутогенная тренировка, прогрессирующая нервно-мышечная релаксация. Методы когнитивно-поведенческой психотерапии направлены на коррекцию негативных и ошибочных убеждений, поддерживающих основную симптоматику и снижающих самооценку. При формировании посттравматического личностного расстройства (пограничного, диссоциативного, соматоформного) большое значение имеет психокоррекционная работа с личностью. В этом плане используются методы патогенетической личностно-ориентированной реконструктивной психотерапии в индивидуальной или групповой формах. Эти методы направлены на проработку травматического события, изучение индивидуальных особенностей личности, влияющих на формирование патологической реакции на стресс, а механизмы совладания (копинг-вмешательства) помогают восстанавливать психологическое равновесие и адаптацию. Изучение проблем стресса и травматического стресса, ранних и отсроченных последствий различных видов психической травматизации, посттравматических личностных изменений позволяет слушателям знать клинические особенности острых и хронических форм ПТСР и методы работы с различными их проявлениями. Полученные знания помогают оказывать медико-психологическую помощь при острых и отсроченных реакциях на стресс.

Выводы. Организация тематических циклов для врачей смежных специальностей свидетельствует об их эффективности, а совместное обучение специалистов на данных циклах способствует улучшению взаимодействия и преемственности в работе на разных этапах лечения и реабилитации больных ПТСР в структуре центров психосоциальной реабилитации, психотерапевтических центров, центров психического здоровья, кабинетов медико-психологической помощи.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ЛЕЧЕБНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА: НАУКОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДОКАЗАТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Марченкова М.И., Кулябина В.А.

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург

Актуальность. В настоящее время в связи с изменившимися условиями жизни (урбанизация, низкая двигательная активность, изменение режима и качества питания) ДДЗП диагностируется у 20-80% людей трудоспособного возраста. Данные исследования Всемирной организации здравоохранения «Глобальное бремя болезней» (2019 г.) свидетельствуют о том, что примерно 1,71 миллиарда человек в мире страдают от нарушений и болезней костно-мышечной системы. По данным Минздрава России заболеваемость населения болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани в 2021 году составила 3894 тыс. человек. Распространенность данной патологии увеличивается с возрастом. В среднем ДДЗП выявляется у пациентов начиная с 40-49 лет. Однако в последнее время патология опорно-двигательного аппарата диагностируется и у более молодых людей в возрасте от 18 до 25 лет, в годы их наибольшей экономической активности. При этом женщины в 1,5-2 раза чаще мужчин болеют ДДЗП.

Цель исследования. Наукометрический анализ доказательных исследований эффективности технологий ФРМ в реабилитации пациентов с ДДЗП.

Материалы и методы. Поиск материала осуществлялся в электронных базах данных (PEDro, eLIBRARY, PubMed) по ключевым словам: back pain, physical therapy, osteochondrosis. Оценка статей производилась по шкале PEDro от 1 до 10 баллов на основании ряда критериев: уровень выполнения исследования, доказательная и статистическая значимость. Статьи, включенные в наукометрический анализ, были опубликованы в период с 2017 по 2022 гг.

Результаты и обсуждение. Всего было найдено 2666 публикаций. Общее количество статей, соответствующих параметрам отбора, составило 240 (9%). Из них было проанализировано 20 статей (8%), которые включали в себя 16 РКИ (80%), 2 когортные исследования (10%), 1 метаанализ (5%), 1 аналитический обзор публикаций (5%). 2 когортные исследования (10%), 1 метаанализ (5%), 1 аналитический обзор публикаций (5%), не получившие оценки по шкале PEDro, были определены в категорию n/a. Самую высокую оценку (10 баллов) получили лишь 2 (12,5%) РКИ. Такая ситуация обусловлена сложностью выполнения слепого контроля при исследованиях, связанных с применением



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

технологий ФРМ. Анализ исследований по критериям балльной шкалы PEDro показал, что количество высококачественных исследований (не менее 5 баллов) составило 43,7%. Эти РКИ демонстрировали клиническую эффективность лечебных физических упражнений, магнитотерапии, лазеротерапии и ударно-волновой терапии у пациентов с ДДЗП.

В проанализированных исследованиях участвовал 501 пациент с ДДЗП среднего возраста (35-60 лет). Для коррекции клинических проявлений заболевания применяли лечебные физические упражнения (20%), лазеротерапию (20%), лекарственный электрофорез (5%), ультрафонофорез (10%), синусоидальные модулированные токи (10%), пассивную гидротерапию с элементами миофасциальной растяжки (15%), магнитотерапию (15%), экстракорпоральную ударно-волновую терапию (5%), массаж (15%). Наибольшее количество статей было посвящено лечебным физическим упражнениям и лазеротерапии (по 20%). Соотношение комплексного лечения, включающего лекарственную терапию, физиотерапию и физические упражнения, и отдельного использования физиотерапевтических методов составило 50% к 50%. Во всех исследованиях указанные методы терапии сравнивались с рекомендованными методами лечения. Данные анализа свидетельствуют о том, что технологии ФРМ уменьшают выраженность болевого и мышечно-тонического синдромов, оказывают положительное влияние на физическую функцию при ДДЗП по сравнению с терапией без назначения лечебных физических факторов.

Выводы. В настоящее время ДДЗП страдают от 20 до 80% людей, увеличилось число более молодых пациентов в возрасте от 18 до 25 лет. Анализ выбранных исследований, проведенных за последние 5 лет, продемонстрировал высокий уровень доказательств лечебных физических упражнений, магнитотерапии, лазеротерапии и ударно-волновой терапии в лечении пациентов с ДДЗП. Наукометрический анализ подтвердил клиническую эффективность технологий ФРМ, но данных результатов недостаточно для точной оценки качества применяемой терапии, необходимо продолжить практику анализа и проведения доказательных исследований по этой нозологии.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Махоткина Н.Н., Марченкова М.И., Парфенова А.О.

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург

Актуальность. В настоящее время статистических данных о частоте развития пролежней у пациентов реабилитационного профиля в медицинских учреждениях Российской Федерации мало. У пациентов группы риска вероятность появления этих патологий составляет более 60%. Проблема лечения уже имеющихся у пациента пролежней на этапах восстановительного лечения является актуальной проблемой. Наличие у больного обширных и/или глубоких пролежней значительно усложняет процесс медицинской реабилитации, так как требует оказание хирургической помощи в условиях реабилитационного отделения и может ограничивать применение различных реабилитационных технологий (например гидротерапии). Таким образом, определение наиболее эффективных методов физиотерапевтического лечения данной патологии представляется актуальной задачей физической и реабилитационной медицины.

Цель исследования. Проанализировать электронные базы научных публикаций для выявления наиболее эффективных методов физиотерапевтического лечения пролежней с позиции доказательной медицины.

Материалы и методы. Поиск материала осуществлялся в электронной базе данных PubMed по ключевым словам: physiotherapy for bedsores, electrostimulation for bedsores, electrotherapy for bedsores. Для оценки результатов исследований производился анализ полнотекстовых статей на сайтах научных изданий. Оценка осуществлялась на основании ряда критериев (шкала PEDro). К критериям включения относились – тип исследования, вид физического фактора, качество проведения исследования, его эффективность, доказательная ценность, площадь раневой поверхности, уменьшение болевого синдрома. К критериям невключения – повторяющийся текст, отсутствие аннотации, отсутствие описания физического фактора. Для анализа были отобраны 1508 зарубежных исследований, опубликованных в период с 2001 по 2022 года.

Результаты и обсуждение. Произведен анализ исследований, посвященных применению лечебных физических факторов в реабилитации пациентов с пролежнями с позиции доказательной медицины. Общее количество статей, посвященных физическим методам лечения, составило 455. Из них 44 (9,7%) исследования по этой патологии соответствовали заданной тематике и параме-



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

трам отбора. Для итогового анализа подошли всего 19 (4,2%) статей, остальные 25 (5,5%) соответствовали критериям невключения. Из 19 статей в 17 (89,4%) доказана эффективность воздействия физических методов лечения. Типы проводимых исследований в данной выборке: рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) – 9 (47,3%), метаанализ – 3 (15,7%), систематический обзор – 1 (5,3%), систематический обзор и метаанализ – 1 (5,3%), отчет о случае – 1 (5,3%), клинические испытания – 2 (10,5%), анализ, проверка гипотезы – 1 (5,3%), обзор – 1 (5,3%). Количество статей по распределению физических методов: электроакупунктура была представлена в 1 (5,2%) статье, микротоки – в 2 (10,5%), электростимуляция – в 6 (31,5%), гидротерапия – в 1 (5,2%), фотодинамическая терапия – в 1 (5,2%), фототерапия – в 1 (5,2%), лазеротерапия – в 2 (10,5%), ударно-волновая терапия – в 1 (5,2%), постоянный импульсный ток – в 2 (10,5%), комбинированная физиотерапия – в 2 (10,5%).

Физиотерапевтические методы являются важным звеном в лечении пролежней. Очень важен мультидисциплинарный подход и обеспечение комплексного лечения, данные методы имеют минимум противопоказаний и побочных эффектов, они могут быть применены в условиях гериатрических и реабилитационных отделений, высокоэффективны и улучшают качество жизни пациентов. Наукометрический анализ показал, что значительная часть рассмотренных методик доказывает свою высокую эффективность по основным критериям в виде уменьшения раневой поверхности и снижения болевого синдрома. Наиболее часто встречающимся физическим методом при лечении пролежней оказалась электротерапия (как непрерывным постоянным, так и низкочастотным электрическим током).

Выводы. Применение различных видов электротерапии, лазеротерапии и др. методов для лечения пролежней обоснованно с позиции доказательной медицины и может быть включено в клинические рекомендации. В статьях очень кратко описывается методика проведения процедуры и параметры лечебного физического фактора и не указывается аппаратура. Отсутствие этих данных затрудняет точное воспроизведение оцененной методики вне центров исследования.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ИСКУССТВЕННОГО МИКРОКЛИМАТА У ПОДРОСТКОВ

Мокин Е.Д.

Частное учреждение образовательная организация высшего образования
«Медицинский университет «Реавиз»,
г. Самара

Актуальность. Галотерапия и спелеотерапия издревле применявшиеся методы климатотерапии. Особое значение эти методы имеют при ХОБЛ и бронхиальной астме у разновозрастных категорий пациентов, как ведущий метод воздействия и как терапевтическое дополнение к аллопатическому лечению.

Цель. Провести анализ динамики респираторных показателей при воздействии искусственного микроклимата у подростков в условиях санатория.

Материалы и методы. Обследовано 177 пациентов в возрасте 11-17 лет ($11,94 \pm 0,8$ лет), в том числе 95 мужского пола и 82 женского пола, в рамках трехнедельного наблюдения, в период их пребывания в санатории, все эти пациенты, получали равнозначный набор процедур: ЛФК, терренкур, кислородный коктейль, четыре лечебные (жемчужные или солодковые) ванны, три сеанса теплолечения (кедровая здравница), электросон, массаж ручной, КУФ, УВЧ, КВЧ, грязелечение зональное, ингаляционная оксигенотерапия (ингаляции увлажненного кислорода), воздействие низкоинтенсивным лазером, светолечение. При этом в группах сравнения курс санаторного лечения был дополнен: спелеотерапией в сильвинитовой спелеокамере («пассивный» режим 30-минутного пребывания в условиях сильвинитовой камеры), – 104 чел. 2 (63 муж. и 43 жен.пола) и галотерапией в соляной камере (30 минут с активной генерацией респираторных микрочастиц солевого аэрозоля) – 69 чел. (41 муж и 28 жен.). Сравнение, в начале и в конце курса санаторного лечения, проводилось по таким параметрам, как: вариабельность ПСВ за неделю, ОФВ1, ФЖЕЛ, ОФВ1/ФЖЕЛ, МОС75-50-25, электронная аускультация, оценка показателей качества жизни (КЖ) на базе модифицированной русскоязычной версии вопросника SF-10 (физический, психический компонент здоровья, социальная активность).

Результаты. Проведенный анализ функциональных показателей выявил следующее. В целом, была свойственна лучшая динамика вариабельности ПСВ, за неделю, на фоне гало-терапии, с активной генерацией респираторных частиц, по сравнению с пассивной спелео-терапией (СПТ); уровень респираторных шумов, на электронной аускультации-ниже, отмечались, также, в группе получавшей гало-терапию (ГЛТ), при $p < 0.05$. Динамика снижения недельной



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

вариабельности ПСВ, при $p < 0.05$, на фоне дополнения лечения галотерапией, сохранялась и в гендерной декомпозиции, имея более выраженную тенденцию к снижению, у юношей. Наряду с этим, отмечался прирост значений ОФВ1, ФЖЕЛ, ОФВ1/ФЖЕЛ% и ОФВ1/ФЖЕЛ% от долж., МОС 25-75 и МОС50% от долж. у юношей на фоне ГЛТ. В целом, у обоих полов, что подтверждено родителями, отмечалось улучшение КЖ, при применении ГЛТ, с более выраженной динамикой, у юношей.

Заключение. Проведенный анализ динамики респираторных показателей при воздействии искусственного микроклимата у подростков в условиях санатория, показал, что юноши лучше реагировали на дополнительное воздействие ГЛТ в сравнении с СПТ, что подтверждалось достоверной положительной динамикой функциональных показателей и КЖ.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

РАЗВИТИЕ НАГЛЯДНО-ОБРАЗНОГО МЫШЛЕНИЯ КАК СРЕДСТВО СОЦИАЛЬНОЙ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОВЗ

Нарбут К.И.

ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России,
Санкт-Петербург

Актуальность. На сегодняшний день в мире присутствует тенденция на увеличение количества детей с ограниченными возможностями здоровья. У детей этой группы выявляются специфические особенности психического развития, которые связаны с различными причинами и механизмами нарушений. Эти особенности проявляются в замедлении процесса формирования высших психических функций и незрелости эмоционально-волевой и личностной сферы.

Мышление является одной из высших психических функций, которая позволяет функционировать сложным познавательным процессам, осуществлять сравнение, сопоставление и анализ данных, полученных от ощущений и восприятий. Одна из стадий развития мышления – наглядно-образное мышление – является следующей после наглядно-действенного, характеризует представление содержания мыслительной задачи в наглядной форме и неразрывно связано с реальными действиями и предметами. Вопрос наглядно-образного мышления рассматривается как один из важнейших аспектов психического развития ребенка. У детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) наблюдается отставание в развитии мыслительной деятельности и, соответственно, формирование и развитие наглядно-образного мышления, что представляет собой одну из важнейших задач в социальной абилитации.

Цель. Выявить особенности наглядно-образного мышления у детей с ОВЗ.

Материалы и методы. Было проведено обследование, в котором приняло участие 10 испытуемых в возрасте 5-6 лет. Была подобрана диагностическая программа, отвечающая логике и целям нашего исследования уровня развития наглядно-образного мышления детей с ОВЗ (Были использованы методики: «Составление целого из частей», «Последовательные картинки», «Определение времени года по картинкам», «Исключение неподходящей картинки», «Установление закономерностей»). В результате проведения экспериментального обследования были получены данные, характеризующие особенности наглядно-образного мышления детей с ОВЗ.

Результаты. В ходе экспериментального исследования были выявлены следующие особенности НОМ:



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Хаотичные действия детей: Дети проявляют стремление достигнуть результата, однако их действия остаются неорганизованными и хаотичными. Это может указывать на недостаточную структурированность и планирование их действий.

Отказ от выполнения заданий: иногда дети отказываются выполнять поставленные перед ними задания. Это может говорить о возможных проблемах мотивации, отсутствии интереса или непонимании задачи.

Необходимость дополнительного разъяснения задания: Большинство испытуемых нуждаются в дополнительном повторении инструкции и разъяснении задания. Это говорит о том, что дети могут испытывать сложности с пониманием инструкций или не усваивать информацию с первого раза.

Отсутствие необходимых умственных операций: у испытуемых явно недостаточно владения необходимыми умственными операциями. Это может указывать на недостаточное развитие когнитивных процессов, таких как анализ, сравнение, классификация и логическое мышление.

Недостаток общих представлений и понятий: Испытуемые не обладают достаточным запасом общих представлений и простейших понятий. Это может свидетельствовать о недостаточной базе знаний и понимании основных концептов.

Отсутствие интереса к результатам деятельности: после выполнения упражнений не все испытуемые проявляли интерес к результатам своей деятельности. Это может указывать на отсутствие мотивации и удовлетворения от выполненной работы.

В каждой из методик применяются оценка действий и присваиваются баллы, которые позволяют визуально оценить уровень развития наглядно-образного мышления детей с ограниченными возможностями здоровья и классифицировать их в группы (группа 1 – высокий уровень развития наглядно-образного мышления, группа 2 – средний уровень развития наглядно-образного мышления и группа 3 – низкий уровень развития наглядно-образного мышления).

В третью группу вошло трое испытуемых с балами от 8 до 11. Дети из этой группы проявляли некоторый интерес к выполнению заданий, однако требовали значительной помощи и направления. Дети могли иметь трудности в анализе своих результатов и не всегда проявляли достаточное участие в процессе обучения.

Четверо испытуемых с 12-15 баллами вошли во вторую группу, они активно принимали задания, но иногда нуждались в помощи взрослого.

Трое в первой группе набрали от 17 до 19 баллов. Они проявляли интерес и самостоятельно выполняли задания, иногда требуя минимальной помощи. Они анализировали свои результаты и были очень заинтересованы в своей деятельности.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Можно предположить, дети с высоким уровнем развития наглядно-образного мышления, которые попали в первую группу, скорее всего будут иметь лучшие возможности для социализации с другими детьми. Они смогут легче адаптироваться к новым ситуациям, лучше понимать невербальные сигналы и общаться со сверстниками. Детям же второй и третьей группы придется приложить больше усилий для социализации с помощью коррекционной программы.

Основное направление коррекции и диагностики с детьми с ОВЗ при работе с наглядно-образным мышлением – это визуализация всех занятий, сенсорные методы и принятие диагноза ребенка, а также осознание сложности работы с такими детьми.

Заключение. Развитие наглядно-образного мышления в процессе социальной абилитации детей с ОВЗ преследует главную цель – развить их способность рассматривать различные пути, планы и варианты достижения цели, а также разные способы решения возникающих задач в повседневной жизни. Это позволяет детям гибко мыслить, анализировать и принимать обоснованные решения. Развитие наглядно-образного мышления стимулирует их к творческому и гибкому мышлению, адаптивности и эффективности в решении повседневных задач, что, в свою очередь, является одним из важнейших аспектов социальной абилитации детей с ОВЗ.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

МЕСТО И ЗНАЧЕНИЕ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ НЕЙРОМОДУЛЯЦИИ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Нарышкин А.Г.^{1,2,3}, Горелик А.Л.^{1,2}, Скоромец Т.А.^{1,4},
Галанин И.В.¹, Орлов И.А.

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России,

²ФГБУ «Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова» РАН,

³ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России,

⁴ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России,
Санкт-Петербург

Введение. В 10-ые годы XXI века в медицинской литературе появился термин вестибулярная нейромодуляция (ВНМ). ВНМ – это искусственно вызванное изменение активности рецепторно-клеточного аппарата лабиринта и вестибулярного нерва с лечебной целью при патологии ЦНС.

Цели и задачи. На основании анализа собственных и литературных данных по применению методов ВНМ в неврологической и психиатрической практике объяснить широкий спектр показаний к их использованию в связи с современными представлениями о коннектомике мозга человека.

Материалы и методы. К методам ВНМ относятся: калорическая вестибулярная стимуляция – КВС (орошение наружного слухового протока холодной водой с температурой 0,4-10°C), гальваническая, как правило, анодная стимуляция – ГВС (анод накладывается на сосцевидный отросток, катод – удалено, сила тока 3-5 мА). Так как эти методы по своей физиологической сущности имеют тормозящий характер, то правильнее употреблять термин «нейромодуляция» (КВНМ и ГВНМ – соответственно). К методам ВНМ также относится химическая вестибулярная нейромодуляция – ХВНМ (введение в полость среднего уха антибиотика аминогликозидового ряда).

Результаты и их обсуждение. В литературе описано более 40 синдромов, заболеваний и состояний, при которых эффективна ВНМ. В неврологии показана эффективность ВНМ при последствиях нарушения мозгового кровообращения (спастический гемипарез, анозогнозия, афазия, неглект и др.), экстрапирамидной патологии (спастическая кривошея, паркинсонизм, торсионная дистония), в психиатрии при мании на фоне биполярного и шизоаффективного расстройства, при обсессивно-компульсивном расстройстве с тиками, амнестическом синдроме. Методы ВНМ эффективны при целом ряде болевых синдромов (фантомно-болевой синдром, таламические боли, боли при поражениях спинного мозга) (Steven M. Miller, 2016; Нарышкин А.Г., Галанин И.В., Горелик А.Л. и др., 2017). Метод эффективен также при поздней дискинезии (Naryshkin A.G., Galanin I.V., Skoromets T.A. et al, 2023).



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

В чем причина таких широких терапевтических возможностей ВНМ?

Вестибулярный нерв единственный нерв, который имеет постоянную тоническую активность. Причем эта тоническая активность возрастает в филогенезе при переходе из водной среды (гипогравитация) к сухопутному образу жизни, а на суше ее возрастание зависит от степени вертикализации животного.

Причину постоянной тонической активности вестибулярного нерва можно объяснить наклонным положением макулы (30 кзади) эллиптического мешочка и вертикальным расположением макулы сферического мешочка. Постоянное «соскальзывание» отолитовых мембран под действием их тяжести приводит к натяжению волосков сенсорных клеток и их постоянной активности.

В онтогенезе наиболее раннее развитие имеет отолитовый аппарат преддверия. Перепончатый лабиринт преддверия полностью сформирован на 4 неделе эмбрионального развития. К 7 неделе происходит формирование рецепторно-клеточного аппарата лабиринта, и начинает формироваться вестибулярная порция VIII черепного нерва. На 4 месяце эмбриогенеза вестибулярная порция VIII уже полностью миелинизирована, что свидетельствует о ее окончательном созревании. Следовательно, гравитационная чувствительность в онтогенезе является основой развития головного мозга и базовой по отношению к его функциям.

В настоящее время в коннектоме мозга человека выделено три сети:

1. сеть пассивного режима;
2. центральная исполнительная сеть;
3. сеть салиентности (значимости).

В современной интерпретации патологию головного мозга принято объяснять развитием коннектопатий (дисконнективность).

При сопоставлении данных функциональной магнитно-резонансной томографии (ф-МРТ) коннектома человека с результатами ф-МРТ, полученными при использовании ВНМ видно, что они практически тождественны. Особенно выраженные изменения наблюдаются в сети салиентности.

Вывод. Клиническая эффективность ВНМ при многих заболеваниях головного мозга определяется ее оптимизирующим влиянием на его коннектомику.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

РОЛЬ КОМПЛАЕНСА В КОНТРОЛЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Никитина В.В.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России,
Санкт-Петербург

Актуальность. Отягощенный наследственный анамнез по наличию дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника у родственников предрасполагает в 75% клинических случаев формирование дегенерации межпозвонковых дисков у пациентов. Дегенерация межпозвонковых дисков является причиной примерно половины всех случаев дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника у людей молодого возраста. Увеличение распространенности дегенерации структур позвоночника в популяции связано с чрезмерными или неравномерными механическими нагрузками, ожирением, генетическими заболеваниями соединительной ткани, питанием, травмами и полом.

Цель исследования. Улучшить комплаенс диагностики, терапии пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника.

Материалы и методы. Межпозвонковый диск является органом, обладающим иммунитетом. Дегенеративные разрушения в нем происходят, в основном, из-за продукции его клетками катаболических ферментов и цитокинов. Как формирование болевых синдромов вследствие дегенеративно-дистрофических изменений межпозвонковых дисков, позвоночника, так и дистрофические процессы по типу жировых перерождений в паравертебральных мышцах нужно исследовать клинически, с помощью нейровизуализационных методов и курировать у пациентов. Поражения концевых пластинок позвонков могут быть аналогичны субхондральному склерозу костей, наблюдаемому при остеоартрозе, и могут быть важной ассоциацией с дегенерацией межпозвонкового диска.

Результаты и их обсуждение. Дегенерация межпозвонкового диска способствует формированию болей в позвоночнике, корешковых, корешково-сосудистых синдромов у больных. Мезенхимальные стволовые клетки были предложены в качестве инструмента-кандидата стволовых клеток для регенерации структур межпозвонкового диска. В настоящее время для контроля дискогенной боли у больных легкой и умеренной степени рекомендуется консервативная терапия. Консервативная терапия включает немедикаментозное лечение и медикаментозную терапию. Когнитивная функциональная терапия была разработана как гибкий интегрированный поведенческий подход для



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

индивидуализации лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника. Использование богатой тромбоцитами плазмы пациента после центрифугирования – биологический способ терапии – широко используется для лечения скелетно-мышечной боли. Лечение этим методом уменьшает болевой, очаговые неврологические синдромы у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника. Для пациентов с постоянной и невыносимой болью, у которых консервативная терапия была не эффективна, рассматриваются хирургические процедуры, которые включают энуклеацию пульпозного ядра, нуклеолиз, нуклеопластику, чрескожную лазерную декомпрессию межпозвонкового диска, спондилодез. Хирургические методы лечения показали некоторые преимущества у большинства пациентов. В частности, наблюдаются признаки кратковременного улучшения боли, но у многих больных отсутствуют доказательства устойчивого эффекта и полной ремиссии. Аэробные упражнения – это физическая активность, которой занимаются больные с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника. Мы предполагаем, что для достижения успеха программы аэробных упражнений должны включать оптимальную периодизацию, предотвращать перетренированность и адаптироваться к межиндивидуальным различиям, включая факторы, связанные с развитием нервной системы и генетически обусловленные.

Заключение. Применение современных методов исследования позволяют обосновывать показания к лечению, контролировать его эффективность и прогнозировать дальнейшее течение дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника у пациентов.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ АРТРОПЛАСТИКА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Никич А-К.

ООО «Медицинский институт реабилитации и косметологии

им. З.М. Никифоровой»,

Москва

Актуальность. Лечение дегенеративных заболеваний коленного сустава становится все более сложной задачей для врачей и физиотерапевтов. Консервативное лечение не может предотвратить начало заболевания, а может лишь отсрочить его (физиотерапия, установка вискозиметров). Реабилитация после эндопротезирования коленного сустава имеет решающее значение для хорошего клинического исхода. В первое время отек и боль не позволяют пациенту свободно передвигаться и негативно влияют на его психическое состояние. Эффективная реабилитация требует также улучшения сенсорно-моторных навыков. Это связано с тем, что они оказывают существенное влияние на восстановление функции сустава и связанное с этим улучшение постуральной и двигательной функции. Поэтому продолжается постоянный поиск новых методик, способных оказать благоприятное воздействие на все перечисленные препятствия послеоперационной реабилитации. Одним из таких методов является кинезиологическое тейпирование (также известное как кинезиотейпирование), которое улучшает проприоцепцию и стабильность, уменьшает боль и отек.

Цель исследования. Оценить изменение проприоцепции и баланса у пациентов после артропластики коленного сустава, а также дать оценку влиянию кинезиотейпирования на проприоцепцию и стабильность в коленном суставе с учетом функциональных параметров пациента.

Материалы и методы. В исследование были включены 105 пациентов мужского и женского пола (средний возраст составил 65-70 лет), перенесших тотальное эндопротезирование коленного сустава. Пациенты были рандомизированы на две группы: экспериментальную (n=50) и контрольную (n=55). Обе группы получали 20 дней стандартной реабилитации. Кроме того, в экспериментальной группе использовался метод кинезиотейпирования. Результаты лечения оценивались по тестам на равновесие, ощущение положения суставов и функциональным параметрам походки, выполненным до и после лечения.

Результаты. По статистике, в экспериментальной группе наблюдалось значительное улучшение ($p < 0,005$) по всем оцениваемым параметрам. Контрольная группа также показала значительное улучшение ($p < 0,005$), но в процентном отношении экспериментальная группа была выше. Исключение составило лишь распределение нагрузки на правую и левую ноги, с соответствующим улучшением симметрии в обеих группах.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Выводы. 1. Пациенты после эндопротезирования коленного сустава имеют значительные нарушения проприоцепции, баланса тела и функциональной работоспособности, что повышает риск падений пациентов этой группы. 2. Использование комбинации стандартной физиотерапии и кинезиологического тейпирования у пациентов после эндопротезирования коленного сустава может значительно улучшить уровень проприоцепции, баланс тела и общую функциональную работоспособность. 3. Предложенный в данной работе метод кинезиотейпирования может оптимизировать стандартную физиотерапию для пациентов после артропластики коленного сустава и улучшить их клинические результаты.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПРОВЕДЕНИЕ ПИЛОТНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ИННОВАЦИОННОГО РЕШЕНИЯ – ГИДРОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ АППАРАТОВ

Новиков В.И.¹, Конева Е.С.², Канаева М.А.², Новиков И.В.¹

¹ООО «Протезно-ортопедическое малое предприятие «ОРТЕЗ»»,

²АО «Группа компаний «Медси»»,

Москва

Актуальность. Одним из компонентов комплексной медицинской реабилитации является гидрореабилитация, которая в последнее время занимает значительное место. Однако при выполнении различных двигательных действий больной осуществляет движения конечностями в плоскостях и с нерегулируемыми амплитудами, соответствующими не норме, а патологии, что снижает эффективность гидрореабилитации. Обеспечение необходимых амплитуд, направлений движений в суставах конечностей возможно осуществлять за счет применения инновационных запатентованных ортопедических аппаратов. Их влияние на процесс гидрореабилитации больных с поражениями опорно-двигательной системы различной этиологии является актуальной задачей.

Цель исследований. Анализ эффективности проведения гидрореабилитации в ортопедических аппаратах путем оценки диагностических критериев, а также повышение эффективности комплексной реабилитации при поражениях опорно-двигательной системы.

Материалы и методы. Выявление эффективности осуществлялось по следующей схеме: осуществление диагностики, проведение назначения инновационных ортопедических аппаратов для гидрореабилитации в соответствии с медицинскими показаниями, изготовление инновационных ортопедических аппаратов для гидрореабилитации, снабжение ими пациентов на период тестирования, проведение инструктажа по пользованию, как пациента, так и гидрореабилитолога, сопровождение пациента до бассейна и погружение в бассейн, проведение гидрореабилитации, в том числе с элементами плавания, выход из бассейна и оценка достижений воздействия гидрореабилитации на пациентов с использованием инновационных ортопедических аппаратов, оценка эффективности использования инновационного решения.

Были сформированы фокус-группы, среди критериев включения, в которых были: наличие у пациентов определенных диагнозов, ограничение объемов движений в суставах, наличие у пациентов сохранных, когнитивных способностей и других. Также учитывались критерии исключения, такие как нарушения целостности кожных покровов, наличие ран, острые патологии,



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

инфекционные заболевания, наличие декомпенсированных генерализованных судорожных приступов, наличие стойких костных контрактур, выраженных психических и когнитивных нарушений и некоторые другие.

Сформированы группы сравнения – основная в составе 30 человек, которым проводилась гидрореабилитация в инновационных ортопедических аппаратах и контрольная также в составе 30 человек, которым проводилась только гидрореабилитация. Пилотное тестирование проводилось в течение шести месяцев.

Проведена оценка медицинских и биомеханических характеристик у пациентов двух групп сравнения с фиксацией полученных данных до начала исследования и после. Оценивались амплитуды активных и пассивных движений в крупных суставах нижней(их) и (или) верхней(их) конечностей в зависимости от локализации ортопедических осложнений с помощью гониометрии, также проведена оценка уровня спастичности по модифицированной шкале Эшворта по пятибалльной системе. Кроме того, проведено поструральное исследование посредством стабилотметрии, что позволило провести диагностику способности пациента сохранять равновесие в статике и динамике.

Результаты и обсуждения. В результате пилотного тестирования выявлено увеличение амплитуды активных и пассивных движений в крупных суставах нижних и верхних конечностей в зависимости от локализации ортопедических осложнений с помощью гониометрии на 5-20 градусов у 53-80% пациентов основной группы сравнения, в то время как в контрольной группе этот показатель изменился в положительную сторону только у 30-40% пациентов и в меньшем диапазоне.

Снижение уровня спастичности на 1 балл по шкале Эшворта зафиксировано у 53,3% пациентов основной группы сравнения, в то время как в контрольной группе снижение уровня спастичности отмечено лишь у 43,3%.

Наиболее высокие результаты достигнуты по показателям симметричности – у 97% пациентов основной группы, в то время как в контрольной группе показатели симметричности увеличиваются на 79%. Кроме того, выявлены высокие эксплуатационные характеристики ортопедических аппаратов: отсутствовали поломки и снижение потребительских качеств в процессе пилотного тестирования. Дана положительная оценка возможности дальнейшего использования инновационного решения, рекомендации по его применению.

Вывод. Использование ортопедических аппаратов в процессе гидрореабилитации улучшило анатомо-функциональное состояние пациентов с поражениями опорно-двигательной системы, повысило эффективность их комплексной реабилитации и рекомендовано к широкому применению.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

МОДУЛЬНЫЙ РОБОТИЗИРОВАННЫЙ ОРТОПЕДИЧЕСКИЙ АППАРАТ С НЕЙРОУПРАВЛЯЕМЫМ КОЛЕННЫМ УЗЛОМ

Новиков В.И.¹, Муравьев С.А.², Муравьев А.Г.^{2,3}, Новиков И.В.¹

¹ООО «Протезно-ортопедическое малое предприятие «ОРТЕЗ»,
Москва,

²ООО «Техбионик»,

³ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет
им. Ярослава Мудрого»,
г. Великий Новгород

Актуальность. Одной из важнейших составляющих частей комплексной реабилитации является такой компонент ортопедии, как ортезирование ортопедическими аппаратами. Большое количество поражений нижних конечностей связано с недостаточным функционированием коленного сустава, причем патологии различны по этиологии.

Цель исследования. Анализ биомеханики нижних конечностей для формирования требований к конструкции модульного роботизированного ортопедического аппарата с нейроруправляемым коленным узлом и разработать данный аппарат.

Материалы и методы. Рассмотрены наиболее характерные с биомеханической точки зрения функции коленного сустава, обеспечивающие процесс локомоции.

Разработаны биомеханические схемы в различные фазы шага, функциональная схема и медико-технические требования к конструкции ортопедического аппарата, как компонента биотехнической системы «больной с ортопедической патологией коленного сустава-модульный роботизированный ортопедический аппарат с микропроцессорным управлением и внешним источником энергии», электрическая схема, программа управления.

Система управления обеспечивает зарессоренное предотвращение сгибания в коленном суставе более 15 градусов при недостаточности выполнения функции подкосоустойчивости в фазу опоры на пятку, так называемом передним толчком.

В фазу опоры на всю стопу в момент прохождения вертикального положения механизм аппарата разгибает коленное сочленение, тем самым поднимая общий центр масс системы на величину около 40 мм. Тем самым создается возможность баллистического движения всей системы как обратного маятника с большей высоты, что значительно снижает энерготраты системы.

Результаты и обсуждение. Изготовлен образец ортопедического аппарата с нейроруправляемым коленным узлом с микропроцессорным управлением и проведены предварительные испытания.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

При изготовлении ортопедического аппарата использовались композиционные материалы на основе углетканей и тканей из синтетических нитей «Русар», упругие полимерные шарниры различной конфигурации и жесткости, оригинальные коленные полицентрические шарниры, что также влияло на биомеханику движений.

Выводы. Результаты испытаний показали эффективность применения, разработанного роботизированного ортопедического аппарата, а также необходимость проведения более широкой его апробации.

Работа проводится при финансовой поддержке ФГБУ «Фонд содействия инновациям».

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ У ЛИЦ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ФАКТОРАМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Обрезан А.А.¹, Туктаров А.М.², Кантемирова Р.К.¹, Сотников М.В.¹

¹ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России,

²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
Санкт-Петербург

Актуальность. Повышенная жесткость артериальной стенки (ЖАС) является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их осложнений. ЖАС закономерно увеличивается с возрастом, а также достоверно возрастает при артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца. Золотым стандартом оценки ЖАС является измерение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ). Данный показатель может быть получен разными методами – осциллометрическим, доплеровским или магниторезонансным. На сегодняшний день в клинической практике наиболее широко применяется ультразвуковой способ определения СРПВ. Однако, для получения объективных результатов доплерографическое исследование СРПВ должно быть выполнено специалистом с достаточным опытом, при обеспечении ЭКГ-синхронизации и на максимальном расстоянии между двумя точками. Практические исследования показали хорошую сопоставимость СРПВ и показателей, характеризующих свойства пульсовой волны, измеренных методом электронной фотоплетизмографии (ФПГ). Наибольшую корреляцию с увеличением СРПВ в зарубежных работах демонстрировали индекс аугментации (AIp75), индекс жесткости (SI) и возрастной индекс (AGI). По данным ряда апробационных работ – ФПГ является надежным воспроизводимым методом, подходящим для скринингового исследования ЖАС.

Цель исследования. Анализ корреляции основных параметров ФПГ с паспортным возрастом испытуемых, а также оценка взаимосвязи показателей ЖАС и факторов кардиоваскулярного риска.

Материалы и методы. Методом ФПГ была обследована выборка из 654 мужчин с преобладанием среднего и пожилого возраста. Дополнительное обследование включало в себя поиск в популяции факторов кардиоваскулярного риска – объективный осмотр, анкетирование (анкета по раннему выявлению ССЗ рекомендована Минздравом России), лабораторное исследование (стандартная биохимическая панель).

Результаты и обсуждение. Прогностической значимостью для оценки упруго-эластических свойств крупных сосудов обладают индекс аугментации при частоте пульса 75 уд/мин (AIp75), пульсовая волна типа А (А wave) и пуль-



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

совая волна типа С (С wave). Наибольшая взаимосвязь показателей пульсовой волны отмечалась для показателя возрастная индекс (AGI) ($r=0,55$). Наиболее часто встречающимся фактором кардиоваскулярного риска в исследуемой популяции являлся повышенный индекс массы тела ($\text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2$). Показатель $\text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2$, в свою очередь, достоверно был связан с такими факторами, как снижение уровня липопротеидов высокой плотности $< 1 \text{ ммоль/л}$, увеличение уровня триглицеридов $> 1,7 \text{ ммоль/л}$ и абдоминальное ожирение, когда объем талии превышает 94 см. Основные маркеры ЖАС были достоверно связаны с гипертриглицеридемией: индекс жесткости (SI), $r=0,31$; индекс аугментации (AIP75), $r=0,33$; возрастная индекс (AGI), $r=0,32$. С артериальной гипертензией коррелировали такие маркеры как AIP75 (индекс аугментации), $r=0,28$ и A-type (A-тип пульсовой кривой), $r=0,33$. Последний был также связан с превышением индекса массы тела $\geq 25 \text{ кг/м}^2$, $r=0,27$.

Выводы. ФПГ может применяться для скринингового исследования ЖАС у лиц среднего и пожилого возраста. Ключевые показатели ЖАС, сопоставимые с СРПВ: индекс аугментации (AIP75), индекс жесткости (SI) и возрастная индекс (AGI) – демонстрируют взаимосвязь с такими факторами кардиоваскулярного риска как гипертриглицеридемия и превышение индекса массы тела $\geq 25 \text{ кг/м}^2$.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ИТОГИ ПЕРВОГО ГОДА РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ПО КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Олькова Н.В., Муртазина Т.К., Мишкин А.Ж.

ФКУ «ГБ МСЭ по Тюменской области» Минтруда России,
г. Тюмень

Актуальность. До 2022 года в Российской Федерации не существовало утвержденных стандартов комплексной реабилитации инвалидов и отсутствовал механизм ее финансирования, что приводило к невозможности получения качественных услуг. Постановлением Правительства Российской Федерации от 17.12.2021 №2339 были утверждены Правила реализации пилотного проекта по комплексной реабилитации и абилитации (КРА) детей-инвалидов в 2 субъектах Российской Федерации (Свердловская и Тюменская области) в течение 2022-2024 гг. Под услугой КРА детей-инвалидов, согласно Правилам, понимается оптимальный набор мероприятий, направленных на восстановление или формирование у ребенка-инвалида способностей к бытовой и общественной деятельности в соответствии с возрастной нормой, включающих в себя социально-бытовую адаптацию, социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую, социокультурную реабилитацию и абилитацию, профессиональную ориентацию, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни, занятиям адаптивной физической культурой и адаптивным спортом.

Для отработки подходов к определению нуждаемости детей-инвалидов в реабилитационных и абилитационных услугах, механизмов предоставления услуг, оценки их эффективности Минтрудом России был принят ряд нормативных правовых актов, осуществлена стандартизация услуг по КРА по 11 целевым реабилитационным группам. В пилотном проекте участвуют дети, впервые признанные инвалидами после 01.01.2022 г., в возрасте от 4 до 17 лет. Оплата проводится с помощью электронного сертификата, срок действия которого составляет 12 мес. со дня первичного установления категории «ребенок-инвалид» в учреждении МСЭ.

Цель. Анализ структуры реабилитационных потребностей детей-инвалидов Тюменской области в разрезе целевых реабилитационных групп (ЦРГ) и подгрупп (ЦРП) по итогам первого года реализации пилотного проекта.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ всех этапов реализации пилотного проекта по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в течение 2022 года.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Результаты и обсуждение. Услуги по КРА в рамках плотного проекта в 2022 году реализовались в 7 реабилитационных организациях (РО) Тюменской области и в ФБ МСЭ Минтруда России. РО оказывают услуги в стационарной форме без сопровождения, в стационарной форме с сопровождением и в полустационарной форме. Продолжительность курса оказания услуг по КРА детей-инвалидов составляет 21 день. Все РО укомплектованы реабилитационным оборудованием и кадрами согласно утвержденным стандартам.

Всем детям, впервые признанным инвалидами в 2022 г., определена ЦРГ и ЦРП, показания и противопоказания для проведения КРА в РО или в ФБ МСЭ.

На 31.12.2022 г. в проект были включены всего 914 детей-инвалидов, из них наибольшее количество – 68,8% составили дети с преимущественными нарушениями психических функций, которым определена ЦРГ 1, 16,2% – ЦРГ 6 (с преимущественными нарушениями функций внутренних органов и систем), 7,2% – ЦРГ 7 (с преимущественными нарушениями статодинамических функций). Остальные ЦРГ составили существенно меньшие доли.

В структуре ЦРГ 1 – 75,6% составили дети-инвалиды со специфическими расстройствами психологического развития, расстройствами развития речи и языка, которым была определена ЦРП 1.2; 15,2% – ЦРП 1.1 (нарушения интеллекта); 5,2% – ЦРП 1.3 (расстройства личности и поведения). В структуре ЦРГ 6 преобладает ЦРП 6.6 (сахарный диабет) – 61,8%; 20,6% составляет ЦРП 6.2 (преимущественные нарушения функций системы крови и иммунной системы) и 5,9% – ЦРП 6.4 (преимущественные нарушения функций системы пищеварения). В структуре ЦРГ 7 – 41,3% составила ЦРП 7.2 (врожденные anomalies развития и другие болезни нервной системы); 17,4% – ЦРП 7.4 (преимущественные нарушения функций нижних конечностей); по 10,9% составляют сразу три ЦРП: 7.3 (последствиями травм), 7.5 (нарушения функций одновременно верхних и нижних конечностей) и 7.9 (врожденные anomalies развития позвоночника, спинного мозга, грудной клетки); 8,7% составила ЦРП 7.1 (детский церебральный паралич).

После окончания курса специалистами РО проводится 1 этап оценки эффективности КРА по утвержденной методике и направляется соответствующая информация в учреждение МСЭ. На 31.12.2022 г. поступили формы сведений о результатах КРА на 297 детей-инвалидов, по которым был проведен 2 этап оценки эффективности, из них в 293 случаях суммарная оценка эффективности составила 5 и более баллов (в среднем 8,62 баллов), что позволяет оценить проведенную КРА у 98,7% детей-инвалидов как эффективную.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Вывод. Основная задача пилотного проекта – повысить эффективность реабилитационных мероприятий, т.е. социальную адаптацию и интеграцию ребенка-инвалида в общество. Итоги первого года реализации проекта в Тюменской области показывают хорошие результаты: отработан механизм оплаты с помощью электронного сертификата; большинство детей, прошедших КРА, показали положительную динамику. С 2024 года планируется тиражирование опыта на другие регионы, включение в пилотный проект Калужской, Омской, Рязанской областей и Удмуртской Республики.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПРИМЕНЕНИЕ ХОНДРОПРОТЕКТОРОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В СПИНЕ

Орлов М.М.¹, Орлов М.А.¹, Адикаева Ж.А.²

¹ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»

Минздрава России,

²ООО «НЕВРОЛОГ А»,

г. Астрахань

Актуальность. В настоящее время неспецифическая боль в спине приобрела столь широкое распространение среди населения, что, по данным отечественных и зарубежных источников, стала глобальной мировой проблемой. Болевой синдром (БС) в спине является одной из самых частых причин обращения больных к врачам. Результаты различных метаанализов клинических исследований, проведенных в разных странах, показали, что распространенность этого заболевания в популяции составляет в среднем чуть выше 30%, при этом у 38% населения боль сохраняется не менее 1 года.

Цель исследования. Изучить возможности применения хондропротекторов в комплексной программе реабилитации больных с неспецифической болью в спине и оценить их клиническую эффективность.

Материалы и методы. Курс плановой реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях (медицинский центр «Невролог А», являющийся клинической базой кафедры медицинской реабилитации) получили 48 больных с неспецифической болью в спине в возрасте 28-65 лет. Длительность заболевания составила 5-24 лет. Основными жалобами являлись хроническая боль в области грудного и поясничного отдела позвоночника с иррадиацией в нижние конечности, ограничение двигательной активности и снижение трудоспособности.

Основной причиной БС явилось подтвержденное результатам лучевой диагностики, дегенеративное поражение межпозвоночного диска и дугоотростчатых (фасеточных) суставов. Частота рецидивов БС была различной и составляла 9-23 эпизода в течение предшествующих 12 месяцев. По длительности болевых эпизодов были также изменчивы, продолжаясь от 1-4 дней или более 6-7 дней с восстановлением работоспособности через 2-3 недели. Вследствие боли все больные ограничивали двигательную активность. Часть из них отмечали усиление болевых реакций, связанных не только с умеренной физической нагрузкой, но и с привычным принятием вертикального положения тела. Снижение толерантности к физическим нагрузкам у большинства больных может объясняться их отношением к определенной профессии, а также неправильным образом жизни.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Всем больным проводилось стандартное обследование (осмотр специалистов мультидисциплинарной реабилитационной команды, лабораторные и инструментальные исследования).

Медицинская реабилитация данных пациентов проводилась в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации взрослых. В программе реабилитации пациентов с дорсалгией включала следующее (сбалансированное питание, лечебная физкультура (ЛФК), физиотерапия, массаж, психотерапия, фармакотерапия, в том числе «Артогистан» по схеме). Общая продолжительность реабилитации составила в среднем около 5 недель. Самостоятельное продолжение занятий ЛФК и мероприятий по коррекции образа жизни тела проводились в домашних условиях в соответствии с заключительными рекомендациями.

Результаты и обсуждение. Клиническая динамика у больных, получивших полную программу реабилитации, с использованием хондропротектора «Артогистан», характеризовалась достаточно быстрым купированием БС, уменьшением тканевого отека в пояснично-крестцовой области и мышечного спазма, увеличение объема движений в поясничном отделе позвоночника, восстановлением чувствительных нарушений. Субъективное снижение БС (по данным визуальной аналоговой шкалы боли) у пациентов отмечалось в среднем после 3-5 процедур. Так в начале курса болевые ощущения составляли 5-7 баллов, а в конце уменьшались до 0-2 баллов. Аналогично, после 3-4 лечебных сеансов выявлялся регресс тканевого отека. Также, наблюдалось значимое повышение мотивации на выздоровление, адаптации к лечебным мероприятиям и улучшение общего самочувствия.

Клинический интерес представляет динамичное увеличение двигательной активности. Через 10-14 дней от начала лечения больные были способны приступить к активной лечебной гимнастике и постепенно расширять объем тренировочных упражнений и их интенсивность (от легких нагрузок до рекомендуемых 11-14 баллов по шкале Борга).

Использование хондропротектора «Артогистана» при реабилитации пациентов с неспецифической болью в спине позволило продлить эффекты проведенного курса и сохранить достигнутый уровень работоспособности.

Выводы. Рациональное применение лекарственных и немедикаментозных методов в рамках комплексной программы позволяет существенно улучшить заключительные результаты реабилитации больных с дорсалгией на данном этапе. Сохранение позитивной динамики физической работоспособности у больных дорсалгией хронического течения спустя 9-12 месяцев убедительно свидетельствует об эффективности комплексного подхода. Эффективность применения препарата «Артогистан» при дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов и позвоночника обусловлена качеством хондроитина сульфат из эталонной субстанции, высокой безопасностью, сравнимой с плацебо.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С УХУДШЕНИЕМ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19

Очколяс М.В.¹, Очколяс В.Н.²

¹ГБУЗ ЛО «Гатчинская клиническая межрайонная больница»,

²ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»

Минздрава России,

Санкт-Петербург

Актуальность. Когнитивные функции входят в состав высших психических функций и являются наиболее сложными. С их помощью осуществляется процесс рационального познания внешнего мира, что обеспечивает целенаправленное взаимодействие с ним и значимо влияет на качество жизни пациентов. Сосудистые повреждения при COVID-19 являются следствием тропизма вируса к эндотелиальным клеткам, что приводит к повреждению эндотелия мелких сосудов мозга и нарушению ГЭБ. Возникшая на этом фоне эндотелиальная дисфункция ведет к гипометаболизму головного мозга, а это нарушает интегративную взаимосвязь коры и подкоркового вещества. У пациентов старшей возрастной группы, уже имевших когнитивный дефицит на фоне хронической ишемии мозга, кардиоваскулярных, дегенеративных заболеваний и метаболических нарушений, прогрессивно ухудшились показатели нейропсихологического тестирования после перенесенного вирусного заболевания. Когнитивные нарушения в виде ухудшения памяти и снижения внимания, нарастающая астения и диссомния приводили к депрессиям, страху не справиться с повседневными задачами, с перспективой потерять возможность самообслуживания, что значительно ухудшало качество жизни в период реконвалесценции. Медикаментозная поддержка на этапах лечения и реабилитации имела первостепенное значение, но фармакологический эффект у пожилых пациентов развивался очень медленно. Программа лечения одной из групп была дополнена сеансами гипербарической оксигенации, обладающими антигипоксическим, вазотропным, фармакодинамическим, метаболическим и нейропротекторным эффектами.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Цель исследования. Разработка алгоритма и тактики применения метода гипербарической оксигенации при нарушении когнитивных функций в старших возрастных группах пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию.

Материалы и методы. Обследовано 140 пациентов в возрасте от 55 до 75 лет с постковидным синдромом, в структуре которого преобладали астения (100%), когнитивные и психоэмоциональные нарушения (95%), диссомния (75%). Пациенты были разделены на 2 группы сопоставимые по возрасту и сопутствующей патологии: I группа (n=72) 65 +/- 9лет (51, 4%) и II группа (n=68) 67 +/- 8лет (48, 6%).

72 пациентам (исследуемая I группа) в комплекс лечения на амбулаторном этапе был включен курс гипербарической оксигенации. Сеансы проводились в барокамере «ОКА-МТ» ежедневно на протяжении 10-15 дней на средних терапевтических режимах 1.4-1.7АТА (0,14-0,17 МПа) 45-60 минут. Повторные курсы лечения через 1-2 месяца прошли 36 (50%) пациентов I группы. Контрольную группу составили 68 пациентов, которым проводилась стандартная консервативная терапия.

В процессе прохождения курса лечения в обеих группах оценивался соматический и неврологический статус, показания пульсоксиметрии. До и после каждого курса сравнивалась динамика когнитивных функций по шкалам MMSE и MoCA (первичные «твердые точки»), проводилась оценка выраженности астенического синдрома – шкала астении MFI-20, оценка уровня тревоги по шкале тревоги Бека, оценка качества жизни SF-36 (вторичные «твердые точки»).

Результаты и обсуждение. Пациенты I и II групп, при наличии в анамнезе хронической ишемии мозга, травм, сахарного диабета, ожирения, гипертонической болезни ранее уже имели субъективное когнитивное снижение или легкую степень нарушений когниции, но инфекция усугубила эту дисфункцию. Сравнительная оценка результатов тестирования по шкале MMSE после комплексного лечения через 1 месяц в исследуемой группе выявила увеличение суммарных показателей на 3 балла, во II – на 1 балл. Оценка по шкале MoCA после комплексного лечения через 1 месяц в исследуемой группе выявила увеличение суммарных показателей на 2 балла, в контрольной группе – на 1 балл. В контрольной группе результат улучшения достиг 2 баллов только через 45 дней. Достоверное снижение на 2 балла уровня тревоги по шкале Бека в группе с применением ГБО достигло на 1 месяц раньше, чем в контроле. Улучшение качества жизни по опроснику SF-36 к концу лечения в I группе произошло на 5 баллов, во II только на 3 балла. Достоверное снижение выраженности астении через 3 недели лечения в исследуемой группе достигло 5,5 баллов, а в контрольной только 2,5. Разница показателей между групп составила 3 балла.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Выводы. Включение гипербарической оксигенации в комплексное лечение и реабилитацию больных старших возрастных групп с постковидным синдромом при наличии в его структуре астении, когнитивных и психо-эмоциональных нарушений, является более результативным в сравнении с контрольной группой. Это позволило улучшить качество и значительно ускорить темп восстановления нарушенных функций мозга. Разработан алгоритм применения ГБО на амбулаторно-поликлиническом этапе. Целесообразно раннее начало лечения с учетом индивидуальных особенностей каждого клинического случая. Подбор доз ГБО необходимо осуществлять в соответствии с возрастом и имеющейся сопутствующей патологией.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ОПЫТ КОМБИНИРОВАНИЯ МАНУАЛЬНЫХ ТЕХНИК С КИТАЙСКИМ МЕТОДОМ ГУАША В РЕАБИЛИТАЦИИ НАРУШЕНИЙ В ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ СПОРТИВНЫХ ТРАВМ НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ

Павлинич С.Н.

ООО «Пасифик интернешнл госпиталь»,
г. Владивосток

Введение. Под плечевыми болевыми синдромами (плече-лопаточным периартритом) подразумеваются состояния, характеризующиеся болью и скованностью в плечевом суставе при отсутствии какой-либо первичной суставной патологии. Распространенность этой патологии среди взрослого населения составляет 4-7%, увеличиваясь с возрастом до 15-20%. На сегодняшний день, плече-лопаточный болевой синдром принято считать симптомо-комплексом, поли-этиологического генеза, проявления которого обусловлены поражением связочно-мышечного аппарата, окружающего плечевой сустав, самого плечевого сустава (артрит), а также патологическими изменениями на уровне шейного отдела позвоночника. В вопросах реабилитации после спортивных травм нет однозначного подхода, и многое зависит от состояния пациента на момент обращения и от опыта врача, проводящего терапию пациенту. Хорошо известно, что систематические и длительные физические нагрузки вызывают разнообразные изменения в органах и системах организма спортсменов. Эти изменения могут привести к появлению различных патологических отклонений в состоянии здоровья.

Цель. Представить опыт комбинированной терапии в реабилитации нарушений в плече-лопаточной области у спортсменов на клиническом примере.

Материалы и методы. Материалом послужил опыт практической работы с пациентами, за последние 20 лет. Консервативная терапия синдрома вращающей манжеты плеча эффективна в 70-90% случаев. Целью лечения болевого синдрома сдавления ротаторов плеча, являются: купирование боли, восстановление функции и предотвращение рецидивов или хронизации патологии. На начальных стадиях (I и II) возможна компенсация при помощи консервативной терапии.

Из использованных методов, в статье пойдет речь о классических техниках мануальной терапии, таких как: тракции, манипуляциях, техниках коррекции дисфункций, дисторсий и статики – по основным векторным линиям тела. Из нестандартных техник – метод китайской восстановительной терапии, который называется Гуаша. Это техника глубоко-тканного рефлексорного массажа с помощью скребка, по определенным рефлексогенным зонам и линиям (меридианам). Данной методикой в Китае владеют с незапамятных времен, считают древне-вековой традицией, передающейся следующим поколениям.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Разберем типичный клинический случай из частной практики: пациент 26 лет, профессиональный спортсмен, призер ДВ региона по спортивной борьбе дзюдо и командный игрок в волейбол. Обратился с жалобами на острую боль в плечевом суставе, более выраженную слева, и ограничение движения руки при ее отведении в сторону. На рентгеновских снимках в двух проекциях без визуальных изменений травматического генеза. Необходимо отметить из анамнеза, что боль в плече беспокоила пациента в течение более чем двух лет, усиливаясь при малейшей физической нагрузке. Физио процедуры, такие как электрофорез с магнием на воротниковую зону не дали значимого эффекта. Пациент был осмотрен на приеме, проведена оценка состояния по векторам, мануальное тестирование, оценка объема движений в суставе по дуге эпплай.

Объективно, при пальпации отмечалась выраженная скованность и мышечное напряжение мышц плеча, бицепса, грудных мышц, над- и подостной, верхней части трапециевидной и дельтовидной мышц. При нагрузочных динамических пробах было выражено ограничение объема движения в плечевом суставе, особенно при отведении левой руки в сторону и вверх по оси сустава. Неврологический статус не был отягощен, сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей сохранены, не изменены. Патологических рефлексов не было выявлено. Пациенту были даны рекомендации, и предложена комбинированная терапия, представляющая из себя комбинацию мануальных техник и Гуаша. Проводили массаж Гуаша с шунгитным камнем по меридиану мочевого пузыря (задняя часть спины и поверхности бедер и голени до стоп), и по меридиану сердца (по внутреннему медиальному контуру руки до кисти, в сочетании с пост-изометрической релаксацией, мио-фасциальным релизом и тракционно-мобилизационными методиками мануальной терапии).

Результаты. В комбинированной реабилитационной методике, терапевтическое воздействие было направлено на функциональное восстановление подвижности руки в плечевом суставе, снятие напряжения и гипертонуса в мышцах, обеспечивающих отведение руки и восстановление эластичности связок бицепса и малой грудной мышцы. Был проведен курс из 10 процедур. Первые три процедуры выполнялись ежедневно, последующие с интервалом в 2-3 дня. Массажем Гуаша с шунгитным камнем удалось купировать острый болевой синдром на 5 процедуре в плече-лопаточном сочленении, и добиться восстановления движения энергии по заблокированным каналам с детальной проработкой шунгитным камнем точек «фэн-чи» и «да-чжуй» и мышечных триггерных зон по ходу меридианов Тин-Ло от точек «да-чжу» вниз до точки «вэй-шу». Восстановилась эластичность мышц дорсальной части в шейном, грудном и поясничном отделе в над- и подостной зоне, и межлопаточной области на 7мой процедуре Гуаша с точечным массажем. Уменьшилось отечность и напряжение в дельтовидной мышце, появилось ощущение парестезий в проекции точек «цзянь-цзин» и «тянь-цзун» в области плеча, и восстановилась двигательная активность в плечевом суставе с тонусом мышц, отводящих плечо кнаружи и вверх на последних двух процедурах.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Мануальная терапия проводилась на протяжении нескольких сеансов, и касалась детальной проработки мест прикрепления сухожилий малой грудной мышцы к капсуле плечевого сустава, бицепса и корачо-акромиальной связки. С иммобилизацией плечевого сустава и лопатки. Была проведена тракция за руку в положении лежа на спине с отведением руки вверх, а вверх с иммобилизацией плечевого сустава во время процедуры. В таком положении дополнительно были применены также техники мио-фасциального релиза на грудо-плечевом сочленении с техникой растяжения, что позволило значимо восстановить подвижность в плечевом суставе.

Вывод. Использование в реабилитации посттравматических изменений в плечелопаточной области комбинации из техники гуаша с методиками мануальной терапии, позволяет значимо купировать болевой синдром у пациентов, и восстановить объем движения руки в плечевом суставе.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАНИЧЕСКИМИ АТАКАМИ НА ФОНЕ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И НАРУШЕНИЙ СТРОЕНИЯ ИЛИ ТОПОГРАФИИ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ

Помников В.Г., Кайсинова З.К., Саковский И.В.

ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России,
Санкт-Петербург

Актуальность. Широкая распространенность вегетативных расстройств при многих заболеваниях во все времена определяют актуальность их изучения. Ярчайшим примером пароксизмальных вегетативных нарушений являются вегетативные кризы. Сложным и актуальным вопросом является также состояние вегетативной нервной системы (ВНС) у пациентов с вертебрально-базилярной недостаточностью (ВБН). Недостаточность кровообращения в бассейне позвоночной артерии (ПА) – распространенный вид сосудисто-мозговой недостаточности, который может прогрессировать от преходящих ишемических приступов до большого инсульта у 25-50% пациентов, заболевших в течение 2-5 лет, причем инвалидами вследствие таких инсультов на длительный срок признаются 70-80% пострадавших.

Одной из потенциальных причин развития ВБН являются врожденные особенности строения и топографии ПА: аномальное отхождение или вхождение в костный канал, гипоплазия и аплазия, патологическая извитость.

Цель исследования. Улучшение возможностей лечения и профилактики пароксизмальной вегетативной гиперреактивности и хронической ВБН у больных с врожденными аномалиями строения и топографии ПА.

Материалы и методы. Работа проведена на базе медицинского центра с использованием стандартных методик обследования общего неврологического статуса; инструментальных методов исследования; исследования вариабельности ритма сердца (ВРС), вариабельности длительности дыхательного цикла (ВДДЦ), кросс-анализа ВРС и ВДДЦ с помощью прибора для исследования автономной нервной системы «ВНС-Микро»; изучения психологического профиля личности с помощью теста ММРІ (СМИЛ), теста Спилбергера и шкалы тревоги Бека.

Результаты. Обследовано 104 пациента с психовегетативными пароксизмами (ПП) на фоне ВБН и с имеющейся аномалией строения или топографии ПА или их комбинацией, 20 больных с ВБН на фоне межпозвонкового остеохондроза шейного отдела позвоночника в возрасте от 38 до 46 лет (16 женщин и 4 мужчины) с ПП, но без аномалий развития ПА в качестве группы сравнения. Среди обследованных основной группы 23 мужчины и 81 женщина в возрасте от 19 до 53 лет.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Всем больным проводилось комплексное медикаментозное и иное лечение, рекомендованное соответствующими методическими рекомендациями. В основной группе (104 пациента) мы применяли также заявленные разрешенные к применению лечебные методики (в определенной мере усовершенствованные нами).

Обсуждение результатов и выводы. Основной принцип применяемого нами лечения в основной группе заключался в инактивации триггерных точек во вторичных дыхательных мышцах (грудино-ключично-сосцевидная, большая и малая грудные, большая и малая ромбовидные, внутренняя и наружная межреберные мышцы). В основу алгоритма лечения всех пациентов мы включили, в первую очередь, способы непосредственного воздействия на триггеры. Параллельно проводилось физиотерапевтическое и кинезотерапевтическое воздействие. Мануальная терапия включала 10 сеансов, в ходе которых выполняли ишемизирующую компрессию активных триггерных точек в течение 3 минут и последующее растяжение соответствующих мышц с использованием приема постизометрической релаксации в течение 3-5 минут.

Отличный результат получен в 39 случаях (37,5%); хороший у 58 (55,8%); удовлетворительный – у 7 (6,7%). Неудовлетворительных результатов не было. Положительная динамика клинических результатов согласовалась с улучшением показателей функционального состояния ВНС. У больных, лечившихся по методике направленной инактивации миофасциальных триггерных точек, после окончания курса отмечались различные степени напряжения адаптационных механизмов, но без признаков их перенапряжения и без явлений их истощения. Показатели функционального состояния ВНС были в пределах условной нормы. Баланс отделов ВНС – в норме. При проведении ортостатической пробы реактивность парасимпатического отдела ВНС – в норме, вегетативное обеспечение деятельности характеризовалось адекватной активацией симпатoadреналовой активности. Полученные результаты с уменьшением количества ПА сохранялись (при рекомендованной поддерживающей медикаментозной терапии) в течение не менее 4-6-ти месячного наблюдения.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ЗНАЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАВМУ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ РАЦИОНАЛЬНОМ ТРУДОВОМ УСТРОЙСТВЕ

Разумовская А.М.

ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России,
Санкт-Петербург

Актуальность. Необходимость изучения состояния зрительных функций у больных, перенесших травму органа зрения связана, прежде всего, с определением трудовых возможностей этой категории инвалидов при формировании индивидуальной программы реабилитации.

Зрительные функции играют особую роль в определении профессиональной пригодности, так как они определяют объем зрительной информации и позволяют эффективно решать задачи зрительного обнаружения, различения и опознавания. Именно объем зрительной информации является основополагающим в решении задач поиска и обнаружения объектов трудовой деятельности по размеру, освещению, ширине поля зрения, цветовому зрению. Именно эти характеристики зрительной функции во многих профессиях входят в число основных показателей профессионального отбора.

Взрослая потребность в рациональном трудовом устройстве связана с увеличением количества лиц трудоспособного возраста, перенесших повреждение органа зрения как на производстве, так и в ходе военной службы.

Цель исследования. Изучение состояния зрительных функций у лиц, перенесших повреждение органа зрения, необходимых для решения вопросов, возникающих при рациональном трудовом устройстве этой категории больных и инвалидов.

Методы. Статистическому анализу подверглись результаты обследования 67 пациентов (134 глаза), находящихся в возрасте от 25 до 55 лет. Абсолютное большинство из них были мужчины 83%. Среди обследованных 72,4% составляли лица с последствиями прободных ранений глазного яблока, 20,3% – контузия глаза, 7,3% – химические и термические ожоги.

Результаты. Данные анализа остроты зрения травмированного глаза у лиц с последствиями повреждения органа зрения, показали, что глубокое нарушение зрения обоих глаз (острота зрения обоих глаз меньше 0,05) встречалось в 9,8% случаев, глубокое нарушение зрения одного глаза (другой глаз имел остроту зрения более 0,3) – 48,9%, нарушение зрительной аккомодации – 17,8%, диплопия – 4,5%, другие нарушения зрения – 19%.

Наиболее информативны значения статистических характеристик по параметру поле зрения. Анализ состояния поля зрения показал, что полное и почти полное нарушение поля зрения травмированного глаза определялось у 62,7% пациентов.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Следует отметить, что у лиц, перенесших повреждение одного глаза изменения зрительных функций, отмечалось и на другом, не травмированном глазу (в 82% случаев).

Выводы. Результаты обследования выявили нарушение бинокулярного зрения в 100% случаев у больных и инвалидов, перенесших повреждение органа зрения. Это также следует учитывать при профессиональном тестировании и профотборе, особенно в тех случаях, когда работа связана с транспортными средствами, движущимися механизмами и т.д.

Результаты комплексных исследований зрительных функций могут быть использованы как объективные критерии тяжести последствий повреждения органа зрения, характеризую состояние медико-социального прогноза таких больных.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ НЕГЛЕКТА
ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛЕВОГО ПОЛУШАРИЯ****Русских О.А.^{1,2,3}, Перовщиков П.В.¹, Бронников В.А.^{2,3}**¹ГАУЗ ПК «Городская клиническая больница №4»,²ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов»,³ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет

им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России,

г. Пермь

При поражениях головного мозга частым когнитивным нарушением является игнорирование одной половины пространства (односторонняя зрительно-пространственная агнозия, односторонний пространственный неглект, гемипространственный неглект, гемипространственное сенсорное невнимание) (Григорьева В. Н., 2013).

По данным различных авторов, данный синдром отмечается у 33-85% больных с правополушарным инсультом и у 24% – с левополушарным (Григорьева В.Н., 2013; Ковальчук В.В., 2016; Лебедев В.И., 2016).

При неглекте наблюдаются нарушения в виде утраты способности пациента отвечать на стимуляцию или воспринимать информацию на стороне, противоположной пораженному полушарию. Неглект затрудняет восстановление двигательных, координаторных, когнитивных функций, профессиональных навыков, а также отрицательно сказывается на бытовой адаптации у пациентов с негрубым двигательным дефицитом.

Возникновение нарушения преимущественно связывают с изменениями в затылочной и теменной долях, симптоматика также описана при поражении височной, лобной долей и подкорковых образований.

Существуют различные классификации неглекта в зависимости от модальности, системы координат, тела пациента и пр.

Несмотря на то, что данный синдром встречается чаще у пациентов при повреждении правого полушария, у пациентов с повреждением левого полушария, при наличии афатических нарушений и других когнитивных нарушений, диагностика неглекта бывает затруднена, что в свою очередь будет затруднять постановку реабилитационных целей и составления программы реабилитации.

В исследовании приняли участие 321 пациент с неглектом, средний возраст испытуемых составил 63,8 лет. Среди испытуемых было 122 женщины (38%) и 199 мужчин (62%). Все пациенты находились на 2 этапе в отделении медицинской реабилитации.

Для диагностики неглекта было использовано наблюдение за пациентом и беседа (по возможности) с ближайшим окружением и членами мультидисциплинарной реабилитационной команды; нейропсихологическое обследование с применением следующих проб и методик: копирование куба, тест «Рисова-



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ние часов». деление линий пополам, тест Альберта, проба Тойбера, проба Хэда, проверка чтения и письма, дихотическое прослушивание.

Неглект справа был выявлен у 31 пациента, что составило 9,7% от общего числа пациентов с неглектом.

При проведении нейропсихологического обследования, выполнение проб затрудняли когнитивные нарушения, среди которых у 28 человек (90,3%) встречался дизрегуляторный синдром разной степени выраженности и у 11 пациентов (35,4%) афазия (сенсомоторная, моторная, динамическая).

В диагностике неглекта это проявилось следующим образом: 8 пациентов (25,8%) не справлялись с рисуночными и графическими пробами (копирование куба, тест «Рисование часов», деление линий пополам), пробами Тойбера, проверкой чтения и письма из-за непонимания инструкций, нарушением их удержания и контролем за выполнением инструкций, имеющимися персеверациями.

Дихотическое прослушивание оказалось недоступным для 13 пациентов (41,9%), у части данных пациентов, кроме перечисленных выше нарушений, на невозможность выполнения пробы влияла диагностированная моторная афазия.

Более информативными из проводимых проб, были пробы Хэда и тест Альберта, невозможность выполнения которых наблюдалась у 6 пациентов (19,3%). Лучшее выполнение данных проб можно связать с возможностью пациента выполнять простые действия по подражанию с минимальной речевой инструкцией.

Основой диагностики неглекта у пациентов с поражениями левого полушария был метод наблюдения за пациентами в сочетании с полученной информацией от ближайшего окружения и/или других членов мультидисциплинарной реабилитационной команды. При этом существовали трудности с определением модальности неглекта (невозможность диагностики слухового неглекта и моно или полимодальности синдрома), выявлением моторного, репрезентативного неглекта и других видов игнорирования.

Таким образом, на данной выборке видно, что при правостороннем неглекте, имеющиеся методы и пробы не всегда доступны для пациентов, это ограничивает диагностику данного синдрома и затрудняет составление реабилитационных программ. Полученные данные предполагают необходимость расширения диагностического материала для пациентов с речевыми и другими выраженными когнитивными нарушениями.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ: ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Рыбченко Н.В.

ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России,
г. Иркутск

Актуальность. Гражданам, признанным инвалидами, в обязательном порядке определяется потребность в мерах реабилитации и разрабатывается индивидуальная программа реабилитации (ИПРА).

В достижении наиболее полной компенсации основных категорий ограничений жизнедеятельности большое значение для инвалида (ребенка – инвалида), имеющего ограничения жизнедеятельности вследствие наличия стойких нарушений функций организма, приобретает процесс рационального подбора технических средств реабилитации (ТСР), с помощью которых возможна наиболее эффективная интеграция (реинтеграция) в социум.

Индивидуально-ориентированный принцип обеспечивается подбором ТСР для каждого конкретного инвалида (ребенка-инвалида) исходя из индивидуальных антропометрических параметров, а также особенностей патологии, вызвавшей нарушения функций, и индивидуальных характеристик, рекомендуемых ТСР.

Цель исследования. Анализ эффективности реабилитации для повышения качества разрабатываемых ИПРА инвалида.

При принятии решения специалистами федеральных учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ) о нуждаемости инвалида в ТСР ему проводится объективная экспертно-реабилитационная диагностика и определяется вид функциональных нарушений организма и степень их выраженности, а также структура и степень имеющихся ограничений жизнедеятельности; оцениваются индивидуальные характеристики инвалида (пол, антропометрические данные (масса тела, рост, объем бедер и т.д.), особенности деформации тела, физическое развитие и выносливость, запросы и установки инвалида, уровень его физической активности); определяется реабилитационный (абилитационный) потенциал и реабилитационный (абилитационный) прогноз инвалида; и, как итог, формируется оптимальный перечень ТСР, показанных инвалиду (ребенку-инвалиду), которые по своим функциональным характеристикам и конструктивным особенностям рационально подобраны с учетом индивидуальных особенностей инвалида (ребенка-инвалида).



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Результаты и обсуждение. В ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России в целях реализации плана мероприятий по реализации Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в январе 2023 года создан отдел координации, анализа эффективности реабилитации (ОКАЭР).

Одной из задач ОКАЭР является информационно-методическое сопровождение специалистов медико-социальной экспертизы по назначению ТСР в ИПРА, в том числе выдача консультативного заключения в сложных экспертных случаях, а также постоянное взаимодействие с инвалидами, реабилитационными организациями, и всеми участниками системы комплексной реабилитации и абилитации при разработке ИПРА и оценке полноты и эффективности проведения реабилитационных (абилитационных) мероприятий.

В штат ОКАЭР вошли специалист по социальной работе, инженер по подбору ТСР. Для наиболее эффективного и рационального подбора протезно-ортопедических изделий в последующем включении в ИПРА к работе ОКАЭР дополнительно привлечены врач по МСЭ и два профильных специалиста в области травматологии и ортопедии, в том числе с практическими навыками протезирования и ортезирования.

Практические наработки специалистов ОКАЭР с учетом методических материалов ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России оформлены в виде сводных карт для каждой группы ТСР, используемых специалистами МСЭ в Иркутской области при формировании ИПРА в части определения нуждаемости в ТСР, предоставляемых за счет средств федерального бюджета.

Особенностью содержания сводных карт ТСР является необходимость указания в решении, заключении протокола проведения медико-социальной экспертизы гражданина вид и степень нарушенных функций организма, вследствие заболевания и дефекта (стойких), вид и степень ограничений жизнедеятельности, которые необходимо компенсировать, а в ИПРА: параметров ТСР, в том числе, детализированных конструктивных особенностей по отдельным группам ТСР (изделий) и, при необходимости, порядок расчета индивидуальных показателей.

Специалисты ОКАЭР, экспертных подразделений ведут совместную работу с общественными организациями инвалидов по формированию оптимального набора ТСР при разработке ИПРА, в том числе с подбором ТСР и их функционала в демонстрационном зале Учреждения для более точного и полного понимания характеристик и возможностей использования ТСР инвалидами и сопровождающими.

Консультативно-просветительская деятельность включает различные виды мероприятий (индивидуальную работу и информационно-просветительские лекции, семинары с привлечением специалистов профильных министерств и учреждений).



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Выводы. Наибольшую эффективность для повышения качества разрабатываемых ИПРА инвалида показали те средства и методы работы, которые носят системный характер и направлены на информационно-методическое обеспечение в формировании компетенций специалистов медико-социальной экспертизы по назначению ТСП в ИПРА инвалида.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АПК «ШУФРИД» ДЛЯ ОЦЕНКИ ВНИМАНИЯ И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ УЧАСТНИКОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ

Сабирова Э.Р.¹, Низамов Р.Х.¹, Миначева Р.Н.¹, Бурыкин И.М.²

¹ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России,

²ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»

Минздрава России,

г. Казань

Актуальность. Проведение специальной военной операции (СВО) России на Украине явилось закономерным событием, связанным с необходимостью обеспечения национальной безопасности страны в процессе формирования нового мирового порядка. Известно, что участие в войне подвергает психику человека серьезным качественным изменениям, требующим изучения и коррекции. Существует необходимость комплексного подхода в психологическом сопровождении военных, которые участвовали в боевых действиях и вернулись из зоны проведения СВО.

Цель исследования. Анализ опыта применения в Федеральном казенном учреждении «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан» Минтруда России (Главное бюро) аппаратно-программного комплекса нейроскрининга и диагностики когнитивных и моторных функций, внимания «Шуфрид» для проведения экспертно-реабилитационной диагностики участникам СВО.

Материалы и методы. Проведено тестирование граждан, участвовавших в СВО, освидетельствованных в Главном бюро. Использовалось специализированное диагностическое оборудование «Шуфрид» для проведения психологической и экспертно-реабилитационной диагностики с использованием аппаратно-программного комплекса нейроскрининга и диагностики когнитивных и сенсомоторных функций (Vienna Test System).

Функциональные пробы подбирались психологами отделения экспертно-реабилитационной работы Главного бюро индивидуально каждому пациенту в зависимости от выявленных клиническими методами психических расстройств. У группы исследуемых лиц были выявлены общие закономерности психологического состояния, а именно адекватный оптимистический настрой, активное отношение к сложившейся жизненной ситуации и высокая заинтересованность в результатах обследования. Этой группе исследуемых в количестве 15 человек был предложен детерминационный тест (ДТ). ДТ представляет собой комплексное тестирование реакции на несколько раздражителей при использовании как цветных раздражителей, так и акустических сигналов.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Дается 2 пробных предъявления, после чего проводилось тестирование. Оценивалась главная переменная «ВЕРНО», которая соответствует количеству в целом адекватных раздражителю реакций (соответствующая времени плюс указанная с опозданием). Оценивались второстепенные переменные «НЕВЕРНО» и «ПРОПУЩЕННЫЕ».

Нормативные значения получены путем расчета средней величины процента PR (X) для каждого балла X по формуле Линерти Раатц (1994). Нормы были рассчитаны для переменных «ВЕРНО», «НЕВЕРНО» и «ПРОПУЩЕННЫЕ». Все нормативные значения представлены в виде процентных разрядов и T-значений.

Результаты и обсуждение. Тестирование на АПК «ШУФРИД» в рамках программы дополнительного обследования прошли 15 участников СВО, освидетельствованных в Главном бюро. Средний возраст исследуемых составил 37,07+8,81 лет. Среднее (полное) образование имели 5 человек (33,3%), среднее профессиональное – 6 человек (40,0%), высшее образование – 4 человека (26,7%). По результатам освидетельствования в Главном бюро инвалидами третьей группы были признаны 10 человек (66,7%), второй группы – 4 человека (26,7%). Один человек не был признан инвалидом (6,6%). Всем исследуемым проведен ДТ. В среднем было предъявлено 227,12+53,86 стимулов, на 208,67+59,29 из которых была дана реакция. Верная реакция зафиксирована в 196,93+54,83 случаев. PR «ВЕРНО» составила 31,8+24,45, T«ВЕРНО» – 43,53+9,44. Неверная реакция зафиксирована в 10,87+10,29 случаях. PR «НЕВЕРНО» – 56,0+33,4; T«НЕВЕРНО» – 53,93+10,69. Пропущены в среднем 19,13+12,75 стимулов: PR «ПРОПУЩЕННЫЕ» – 33,73+23,93; T «ПРОПУЩЕННЫЕ» – 43,6+9,57. Таким образом, в результате комплексной оценки психологического и психофизиологического состояния пациентов с использованием ДТ, выявлены высокие показатели таких психофизиологических качеств, как внимание и стрессоустойчивость.

Выводы. Применение «Шуффрид» анализируется большинством авторами лишь с точки зрения количественных и структурных показателей исследуемых граждан, и значительно реже с изучением полученных результатов исследований. Полученные данные свидетельствуют о необходимости более глубокого изучения последствий пребывания в зоне СВО в части психологического спектра не только для совершенствования методология проведения медико-социального освидетельствования, но и для модернизации системы реабилитации данной категории граждан.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПОВЫШЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА С ПОМОЩЬЮ АКТИВАЦИИ ВООБРАЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА

Саковский И.В., Помников В.Г.

ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России,
Санкт-Петербург

Актуальность. Церебральный инсульт остается важнейшей медицинской и социальной проблемой в современном мире. Это, прежде всего, обусловлено тяжестью медицинских и социальных последствий. Количество публикаций посвященных теме нейрореабилитации за последнее десятилетие возрастает лавинообразно, что говорит об актуальности и значимости данной проблемы. Среди задач нейрореабилитации особенно остро стоит восстановление двигательной функции при постинсультном парезе. На сегодняшний день ни один из существующих методов реабилитации статодинамических нарушений человека не обладает наивысшем уровнем доказательности и степени рекомендации. Средним уровнем доказательности в отношении восстановления функции руки после перенесенного инсульта обладают технологии виртуальной реальности, а также «мысленные тренировки», в частности воображение движения. Влияние процесса воображения движения на активность статодинамической функции и нейропластичность продемонстрированы в многочисленных исследованиях. Показано, что во время воображения движения происходит активация первичной моторной коры и структур головного мозга, участвующих в планировании и контроле произвольных движений. В исследовании с применением навигационной транскраниальной магнитной стимуляции мозга у испытуемых, прошедших тренировки воображения движения, наблюдалось снижение порога возбудимости двигательной коры и увеличение вызванных моторных ответов заинтересованных мышц во время воображения сжатия кисти в кулак. Таким образом, воображение движения является перспективным направлением для модуляции процессов нейропластичности в двигательных зонах головного мозга.

Цель. Повышение реабилитационного потенциала с помощью активации воображения у больных в остром периоде церебрального инсульта при восстановлении двигательной функции руки в остром периоде церебрального инсульта.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 25 пациентов в остром периоде церебрального инсульта. У всех пациентов была нарушена двигательная функция верхней конечности в виде пареза проксимальных мышечных групп. Также была отобрана группа сравнения из больных, у которой восстановление функции верхней конечности проводилась по стандартным



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

методикам. Все пациенты хорошо переносили лечение, не было отмечено нежелательных явлений. Для активации воображения и восстановления движения верхней конечности была разработана методика «3d-аудиовизуализации». В предлагаемой методике движение руки воссоздано в трехмерном пространстве. Создаваемое трехмерное пространство представляет собой приятное природное окружение, которое дополнено идеомоторной фабулой и элементами музыкотерапии.

Результаты и обсуждение. Восстановление силы проксимальных мышечных групп произошло у 20 из 25 исследуемых пациентов (80%). Степень восстановления варьировалась от 1 до 3-х баллов по Medical Research council Scale 1976. В контрольной группе степень регресса варьировалась от 1 до 2-х баллов. Наиболее выраженный регресс пареза мышц плечевого пояса выявлен у пациентов с ишемическим инсультом в левом каротидном бассейне (70%). Проведена проверка статистической значимости по непарному (двухвыборочному) t-критерию Стьюдента и U-критерию Манна-Уитни. Полученные эмпирические значения обоих критериев указывают на то, что предложенная методика оказывает влияние на выраженность пареза.

Закключение. Предложенная методика восстановления функции руки, в основе которой лежит стимуляция моторного воображения, дополненная созданием «обогащенной внешней среды» в условиях виртуальной реальности, продемонстрировала повышение реабилитационного потенциала у больных в остром периоде церебрального инсульта на примере восстановления двигательной функции верхней конечности.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В КОНТЕКСТЕ БЕЗОПАСНОСТИ СПОРТА

Санькова М.В., Николенко В.Н.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет),
Москва

Актуальность. В настоящее время во многих странах активно реализуются стратегии, направленные на развитие общественной физической культуры и спорта. В этой связи особенно важным становится формирование безопасной среды в этой сфере и профилактика неотложных состояний. В первую очередь, это касается предупреждения повторно возникающих травм опорно-двигательного аппарата, которые приводят к возникновению посттравматических заболеваний, препятствующих продолжению спортивной деятельности. Показано, что серьезным фактором риска ретравматизма во время привычных физических нагрузок является исходная неполноценность соединительной ткани, которая существенно затрудняет полное восстановление и создает предрасполагающий фон для рецидивов микроповреждений. Несмотря на высокую распространенность этой патологии среди популяции и ее значимость в возникновении неотложных состояний в программе медицинской реабилитации лиц, занимающихся физической культурой и спортом, отсутствует скрининг соединительной ткани.

Цель исследования. Выявить значимые морфометрические фенотипы, свидетельствующие о несостоятельности соединительной ткани, для введения обязательного принципа их учета в программе медицинского реабилитации после травм опорно-двигательного аппарата у лиц, занимающихся физической культурой и спортом.

Материалы и методы. В Сеченовском Университете проведено комплексное обследование 117 лиц (35,1±5,6 лет) с рецидивирующими травмами опорно-двигательного аппарата. Из них 67 (57,3%) – женщин, 50 (42,7%) – мужчин. Для скрининга состояния соединительной ткани использовались ранжированные по значимости диспластические признаки. Исследование соответствовало принципам Хельсинкской декларации.

Результаты и обсуждение. Показано, что особый подход в реабилитационном периоде показан лицам, у которых имеет место аркообразное нёбо, «хруст» в височно-нижнечелюстном суставе, сколиоз, измененная форма ног и миопия средней и высокой степени. Выявлены полоспецифические фенотипы несостоятельности соединительной ткани: у женщин следует обращать внимание на гипермобильность суставов, гиперэластичную кожу, атрофические



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

стрии, телеангиоэктазии, мягкие ушные раковины и варикозное расширение вен; у мужчин определяющее значение имеет идентификация арахнодактилии, долихостеномелии, измененной формы грудной клетки, плоскостопия, геморроидальных узлов и диастаза мышц живота. В молодом возрасте преобладает встречаемость астенических пропорций, повышенной растяжимости кожи, чрезмерной подвижности суставов, келоидных рубцов и мягких ушных раковин. С возрастом большую клиническую ценность приобретает выявление кифоза, плоскостопия, атрофических стрий, варикозно измененных вен и диастаза мышц живота.

Отмечалась сильная положительная корреляционная связь между количеством внешне выявляемых патогномоничных стигм несостоятельности соединительной ткани и накоплением висцеральных диспластических проявлений, во многом определяющих функциональные возможности организма. Поскольку синдром дисплазии соединительной ткани является полисистемным заболеванием, то она лежит в основе не только предрасположенности к травматизации опорно-двигательного аппарата, но и в основе таких жизнеугрожающих патологий, как аневризмы аорты и сосудов головного мозга и сердца, которые длительное время протекают бессимптомно и приводят к внезапной смерти молодых людей даже при обычных нагрузках.

Выводы. Программа медицинской реабилитации лиц, занимающихся физической культурой и спортом, должна включать скрининг состояния соединительной ткани. Выявление установленных патогномоничных фенотипов диктует необходимость включения дополнительного лечения, направленного на укрепление соединительной ткани. Кроме того, эти лица требуют персонализированного подхода к пересмотру вида спортивной деятельности, физической нагрузки и темпа тренировочной программы. В их план медицинского обследования должно быть добавлено проведение дополнительного функционального обследования сердца и сосудов для раннего выявления бессимптомно протекающих жизнеугрожающих патологий, связанных с дисплазией соединительной ткани. Эти мероприятия будут способствовать профилактике возникновения неотложных состояний при занятиях физической культурой и сохранению здоровья населения.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПАДЕНИЯ И ПЕРЕЛОМЫ КАК ИСХОД САРКОПЕНИИ
У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТАСафонова Ю.А.^{1,2}, Винтовкин А.С.²¹ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России,²СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница №25»,³СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №78»,

Санкт-Петербург

Актуальность. Саркопения (СП) является заболеванием, связанным с прогрессирующей и генерализованной потерей мышечной массы и нарушением ее функции, и возникает преимущественно у людей пожилого и старческого возраста. Прогностически неблагоприятными исходами СП признаны падения, которые приводят к переломам различной локализации.

Цель исследования. Анализ частоты падений и переломов у людей пожилого и старческого возраста с саркопенией и установить их связь с диагностическими компонентами заболевания.

Материалы и методы. В одномоментное исследование включено 230 человек, из них 70 мужчин (30,4%) и 160 женщин (69,6%) медиана возраста которых составила 75 [68; 79] лет. Диагностику СП проводили в соответствии с диагностическими критериями Европейской рабочей группы второго созыва (European Working Group on Sarcopenia in Older People – EWGSOP2).

Результаты. СП была выявлена у 28,7% участников старше 65 лет, частота которой увеличивалась с возрастом, достигая 59% у людей в 85 лет и старше. Низкая мышечная сила повышала вероятность падений в 2,000 (95% ДИ 1,443-2,770) раза ($p=0,00003$), низкая физическая работоспособность по результатам SPPB тестов в 1,389 (95% ДИ 1,007-1,916) раза ($p=0,0450$). У людей с СП падения встречались значительно чаще, по сравнению с лицами без СП (90,9 и 26,8% соответственно, $p<0,0001$). Во всех возрастных группах количество случаев падений у пациентов с СП было больше, по сравнению с лицами без СП ($p<0,001$). Практически у всех пациентов с СП падения закончились переломами, только один случай компрессионных переломов не был связан с падением. Частота переломов на фоне падений у людей с СП была выше по сравнению с лицами без СП (37,7 и 26,7% соответственно, $p<0,01$) преимущественно за счет переломов проксимального отдела бедра (18,8 и 7,7% соответственно, $p<0,01$).

Выводы. Низкая мышечная сила повышает вероятность падений в 2 раза ($p=0,00003$), низкая физическая работоспособность по результатам SPPB тестов в 1,4 раза ($p=0,0450$). Наличие СП увеличивает риск падений в 2,07 раза, а при тяжелой СП в 3,02 раза ($p<0,001$). Частота переломов на фоне падений у людей с СП выше по сравнению с лицами без СП ($p<0,01$) преимущественно за счет переломов проксимального отдела бедра ($p<0,01$).



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА КИНЕЗОТЕРАПИИ В МЕДИКО-КОНДУКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И УСТРОЙСТВО В МЕТОДЕ – РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ КОСТЮМ «АТЛАНТ» В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Сахаров В.Ю., Скрипник Ю.В.

ООО Клиника «Нейрон»,

г. Ейск

Актуальность. Инсульт является третьей по частоте причиной смерти и ведущей причиной инвалидности в большинстве развитых стран Европы и США, а инвалидизация после инсульта в России составляет 3,2 на 10.000 населения, занимая первое место среди всех причин первичной инвалидности [Виленский Б.С., 2019; Фадеев П.А., 2020].

Цель исследования. Изучение влияния метода кинезотерапии в медико-кондуктивной реабилитации неврологических больных (регистрационное удостоверение №ФС-2006/136) и реабилитационно-пневматического костюма (РПК) «Атлант» в методе при комплексной нейрореабилитации, разработанного в Казанском государственном медицинском университете Республики Татарстан [Исанова В.А., 2004].

Материалы и методы. В условиях клиники «Нейрон» г. Ейска на реабилитацию методом кинезотерапии и РПК «Атлант» были взяты 15 больных, перенесших инсульт в раннем восстановительном периоде (давность инсульта от 1 до 6 месяцев). Мужчин было 9, женщин – 6. Средний возраст пациентов составил $62,1 \pm 2,5$ лет с разбросом от 48 до 76 лет. Среди всех обследуемых перенесшие ишемический инсульт составили 73,3% наблюдений (11 человек), геморрагический инсульт перенесли 4 пациента (26,7%).

Обследование пациентов включало оценку выраженности неврологического дефицита по шкале NIHSS, степень нарушения движений по шкале НИИ неврологии РАМН (Столярова Л.Г., Кадыков А.С., Ткачева Г.Р., 1982), спастичность по шкале Ашфорт (Ashworth Scale of muscle Spasticity), степень утраты способности к самообслуживанию (шкалы Бартел, Рэнкин и Ривермид), оценка акта ходьбы по Копенгагской Шкале Инсульта (Copenhagen Stroke Scale) (Olesen J et al., 1988). Проводилась оценка когнитивного статуса по краткой шкале MMSE. Нейропсихологическое исследование речи проводилось по методу А.Р. Лурия в модификации Л.С. Цветковой (Цветкова Л.С., 1988). Обследование принятых на реабилитацию пациентов проводилось в 1-й день начала комплексного восстановительного лечения и по окончании курса реабилитации. Средняя длительность реабилитационных мероприятий соста-



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

вила $52,5 \pm 2,3$ дней. С каждым пациентом проводились занятия специалистами мультидисциплинарной бригады (МДБ). Курс реабилитации проводился в клинике и в домашних условиях.

Из всех наблюдавшихся у 9 пациентов (по шкале Л.Г.Столяровой) на момент начала реабилитации выявлялся грубый гемипарез до 4 баллов, у 6 – выраженный гемипарез до 3 баллов. Среднее количество баллов до проведения восстановительного лечения у обследуемых составило $3,6 \pm 0,2$. По шкале Ашворт у 6 больных имело место повышение тонуса мышц до 3 баллов, у 5 обследуемых – до 2 баллов. Среднее количество баллов составило $2,5 \pm 0,2$.

У 8 больных, принятых на реабилитацию (72,7%), отмечались речевые расстройства: у 6 – моторная афазия, из них у 2-х – оральная апраксия. Сенсорная афазия наблюдалась у 2-х пациентов.

Контрольную группу составили 13 больных, перенесших инсульт, сопоставимые по возрасту, полу и тяжести двигательных и речевых нарушений, которым проводились реабилитационные мероприятия по общепринятым схемам ЛФК, массажа и физиотерапии.

Кинезотерапию в реабилитационном костюме «Атлант» применяли ежедневно, с коррекцией на степень тяжести двигательного неврологического дефицита, возраста и давности заболевания по методике В.А. Исановой. Длительность процедуры в РПК «Атлант» составляла от 20 минут до 40 минут в зависимости от толерантности больного к общей физической нагрузке.

Результаты и обсуждение. Улучшение отмечено у всех больных основной группы (контроль – в 28,2% случаев, $p \leq 0,01$). В результате реабилитации после 10-12 сеансов методом кинезотерапии в лечебном костюме у 9 пациентов (60,1%) наблюдался стойкий эффект в восстановлении функции движений, речи, удержания позы.

У 6 больных с грубым гемипарезом отмечено увеличение мышечной силы в паретичных конечностях на 2 балла (40,1%), у 3 пациентов с выраженным гемипарезом мышечная сила в паретичных конечностях так же увеличилась на 2 балла и составила к окончанию лечения 1 балл (19,9%). Среднее количество баллов по шкале Столяровой после реабилитации составило $3,0 \pm 0,2$ (контроль – $3,3 \pm 0,2$ баллов). У 5-х наблюдавшихся степень пареза осталась прежней.

У всех обследуемых отмечалось уменьшение спастичности мышц по шкале Ашворт в различной степени выраженности. У 10 пациентов (66,7%) спастичность уменьшилась на 2 балла. У 3-х больных мышечный тонус остался прежней степени выраженности. Таким образом, среднее количество баллов по шкале Ашворт составило $1,6 \pm 0,2$ (контроль – $1,9 \pm 0,2$ баллов).

В рамках функциональной активности имело место приобретение навыков самостоятельной ходьбы у 4 пациентов (26,7%), возможность самообслуживания у 9 пациентов (60,1%).

Восстановление речи с использованием метода кинезотерапии наблюдалось у 4 пациентов (26,7%) (контроль – в 15,4% случаях).



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Отмечено недостоверное улучшение показателя когнитивного статуса по краткой шкале MMSE. Так, на 1-й день реабилитации среднее количество составило $24,7 \pm 1,9$ баллов, а к окончанию лечения средний балл составил $27,1 \pm 0,9$ (контроль – $26,3 \pm 1,1$ баллов).

Выводы. Комплексная реабилитация в разработанном алгоритме у неврологических больных, перенесших инсульт с двигательными нарушениями, показала высокую эффективность восстановления и участия, ускорение процессов их социализации. Непрерывность процессов реабилитации у постинсультных больных в условиях клиники с ее дальнейшим продолжением в домашних условиях на протяжении 2 месяцев по сравнению с контрольной группой, значительно ускоряет процессы их функциональной активности, благоприятно отражается на психоэмоциональном фоне больных, активно привлекаются к участию в реабилитационный процесс родные и близкие пациентов.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

СТИМУЛЯЦИЯ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА МАГНИТНЫМ ПОЛЕМ ПРИ СТРЕССОВОМ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Сергеева Е.Н.¹, Полетаева Д.М.², Авдеенко Ю.Г.¹

¹СПб ГАУЗ «Городская поликлиника № 83»,

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить комплексное консервативное лечение стрессового недержания мочи у женщин с использованием магнитного поля от аппарата Авантрон.

Материалы и методы. Пациентка 1988 г.р. с диагнозом стрессовое недержание мочи была направлена гинекологом к врачу-физиотерапевту. Жалобы на подтекание мочи во время прыжков на батуте, чихании. По рекомендации гинеколога делала упражнения Кегеля в домашних условиях – без динамики. Из анамнеза заболевания известно, что пациентка страдает ФАМ, АИТ, перенесла маммопластику в 2016. Общий анализ мочи – вариант нормы. Пациентка вела дневник мочеиспусканий, где оценивала частоту мочеиспусканий за сутки, физическую активность, количество выпитой жидкости (сутки до лечения, сутки после лечения). Была назначена магнитотерапия (система экстракорпоральной магнитной стимуляции нервно-мышечного аппарата тазового дна «Авантрон», регистрационное удостоверение на медицинское изделие от 03.09.2014 №РЗН 2014/1900, производство Россия) №10, через день. При магнитной стимуляции происходит сокращение мышц тазового дна, толстой кишки, влагалища и матки с последующим расслаблением. Преимущество данного аппарата состоит в тренировке мышц тазового дна, улучшении микроциркуляции и нормализации ритмических, сложно координированных процессов.

Результаты и обсуждение. Применение магнитной стимуляции привело к положительной динамике в виде прекращения подтекания мочи при прыжках и чихании. Пациентка отметила хорошую переносимость процедуры и улучшение качества жизни. На фоне проведенной терапии наблюдалось также уменьшение числа мочеиспусканий за сутки.

Выводы. Применение магнитотерапии от аппарата Авантрон при стрессовом недержании мочи у молодых нерожавших женщин позволяет получить положительную динамику без использования ЛФК в домашних условиях (упражнения Кегеля).

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ (ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ): ОПЫТ ГБУ ПК «ЦЕНТР КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ»

Серебрякова В.Ю., Бронников В.А., Скланная К.А.
ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов»,
г. Пермь

Актуальность. Реализация мультидисциплинарного подхода с использованием универсального инструментария Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) – современная тенденция развития сферы реабилитации. МКФ является единой методологией для специалистов мультидисциплинарной команды, позволяющая выстроить целостный, целенаправленный, взаимосвязанный реабилитационный процесс, повысить, оценить и обеспечить результативность и эффективность реабилитационных мероприятий. Необходимым условием для полноценной работы команды специалистов разного профиля и реализации всего цикла реабилитационных услуг становится его цифровизация, при этом, когда основе бизнес-процесса деятельности реабилитационной организации лежит МКФ. Необходимость создания единых цифровых и платформенных решений в целях перехода системы комплексной реабилитации и абилитации на качественно новый, современный уровень управления и пользования реабилитационными (абилитационными) услугами, предусмотрена и действующей Концепцией развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

Цель исследования. Анализ специфики применения современных цифровых технологий при оказании реабилитационных услуг в деятельности реабилитационной организации системы социального обслуживания (на примере Государственного бюджетного учреждения Пермского края «Центр комплексной реабилитации инвалидов»).

Материалы и методы. На базе ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов» организован процесс апробации и внедрения единой информационной системы долговременного ухода «Оптима» в сфере реабилитации и абилитации инвалидов, детей-инвалидов.

Специалистами Центра комплексной реабилитации инвалидов на основе методологии МКФ был разработан новый бизнес-процесс оказания реабилитационных услуг, основанный и интерактивной работе междисциплинарной команды специалистов разного профиля, в качестве оптимальной интеграционной информационной площадки была выбрана ЕИСДУ «Оптима».



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Весь процесс движения (исполнения) комплекса реабилитационных услуг представлен в виде последовательности следующих этапов:

1. Регистрация клиента (прием документов, формирование личного дела).
2. Первичный прием врача (осмотр клиента у врача, оценка состояния по шкалам, формирование перечня назначенных реабилитационных мероприятий).
3. Дифференциальная оценка (проведение осмотров и диагностических процедур профильными специалистами).
4. Заседание МДРК (создание и редактирование реабилитационного профиля клиента: выбор определителей, постановка цели, выбор ответственных специалистов).
5. Составление реабилитационного плана (составление задач, выбор мероприятий, постановка долгосрочной цели).
6. Оказание реабилитационных услуг (обход врача/медицинской сестры, выполнение реабилитационного плана специалистами).
7. Оценка эффективности (повторное проведение диагностических процедур профильными специалистами, повторная постановка определителей в профиле МКФ, отметка о выполнении цели и задач).
8. Завершение курса реабилитации (подготовка выписного эпикриза и акта оказанных услуг).

Программный компонент, предоставленный со стороны ООО «Оптим Рус» отражает авторскую методологию по функциональной реабилитации, представленную со стороны ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов», а также все процессы оказания услуг комплексной реабилитации и абилитации инвалидов от оценки нуждаемости и формирования программы до контроля полноты, и качества оказания услуг.

Для специалистов по реабилитации и членов мультидисциплинарных реабилитационных команд организована автоматизация рабочих мест, что позволяет специалистам использовать систему ЕИСДУ «Оптим» в качестве единой информационной платформы.

Результаты и обсуждение. В условиях применения новой цифровой платформы специалисты Центра реабилитации имеют возможность:

- 1) осуществлять комплексную оценку реабилитационного состояния клиента, включая оценку его реабилитационного потенциала;
- 2) устанавливать реабилитационный диагноз, включающий характеристику состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности на основе МКФ и его изменения в процессе проведения реабилитационных и абилитационных мероприятий;
- 3) формировать цели и задачи проведения реабилитационных мероприятий;
- 4) разрабатывать индивидуальные реабилитационные программы с учетом имеющихся у клиента проблем и поставленных реабилитационных целей;



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

5) проводить оценку качества и эффективности оказываемых реабилитационных и абилитационных услуг;

6) осуществлять объективную оценку нагрузки на персонал и контроль выполнения задач в режиме реального времени.

Выводы. Использование современных цифровых технологий в реабилитации обеспечивает бесшовность и прозрачность реабилитационного процесса для специалистов и клиентов, увеличивая тем самым его эффективность, а также снижает нагрузку на специалистов при заполнении реабилитационной документации.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ МЕТОДОВ ФИЗИОТЕРАПИИ ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ВТОРОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Сиволапова М.С., Сиволапов А.Г., Гулиева Л.А., Аксенова Л.К.,
Нартокова А.С.-Х., Клименко А.И.

ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический
онкологический диспансер»,

г. Ставрополь

Актуальность. Основная проблема онкологических пациентов – это развитие функциональных нарушений после радикального противоопухолевого лечения. Независимо от выбранных методов лечения рака молочной железы у более 85% больных после курса терапии развивался постмастэктомический синдром, значительно ухудшающий качество жизни и психологическое состояние пациентов. Постмастэктомический синдром проявлялся в виде лимфатического отека и сосудистых нарушений верхней конечности на стороне операции (до 60,7%), нарушение нейромышечной проводимости в области шеи, плечевого пояса и руки (до 98,5%), ограничение амплитуды движений в плечевом и локтевом суставах (до 55,6%). Учитывая, что более 80% больных раком молочной железы находились в трудоспособном возрасте, постмастэктомический синдром становился не только медицинской, но и социально-экономической проблемой. Сравнительно недавно стали применяться физические факторы в программах медицинской реабилитации постмастэктомического синдрома и оцениваться результаты применения различных комплексов реабилитационных мероприятий на втором этапе медицинской реабилитации.

Цель. Оценить эффективность реабилитационных мероприятий у пациентов с постмастэктомическим синдромом после радикального лечения рака молочной железы на втором этапе медицинской реабилитации.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 210 пациенток после комбинированного лечения рака молочной железы, страдающих постмастэктомическим синдромом, которые проходили курс реабилитационных мероприятий на втором этапе медицинской реабилитации. До и после курса медицинской реабилитации оценивали клинические симптомы: измеряли длину окружности верхней конечности через каждые 10 см с помощью сантиметровой ленты, рассчитывали избыточный объем верхней конечности по формуле O'Brien, с помощью угломера определяли амплитуду движений в плечевом суставе. В зависимости от применяемых комплексов было сформировано 4 группы: контрольная группа (65 чел.) получала комплекс стандартных процедур в рамках



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

данного исследования: лечебная гимнастика, мануальный лимфодренажный массаж пораженной верхней конечности, перемежающаяся пневматическая компрессия; 1 группа сравнения (50 чел.) – комплекс стандартных процедур + терапия синусоидальными модулированными токами (СМТ-терапия); 2 группа сравнения (50 чел.) – комплекс стандартных процедур + электростатическая терапия верхней конечности; основная группа (45 чел.) – комплекс стандартных процедур + СМТ-терапия + электростатическая терапия. Достоверность различий в исследуемых группах до и после курса медицинской реабилитации при нормальном распределении рассчитывали с использованием t-критерия Стьюдента для парных выборок. Для оценки различий между независимыми выборками использовали непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Статистически значимое уменьшение длин окружностей пораженной верхней конечности отмечалось во 2 группе сравнения и основной группе, где в программе реабилитационного лечения применялась электростатическая терапия. В 2 группе сравнения произошло статистически значимое уменьшение избыточного лимфатического объема верхней конечности на 33,25%, в основной группе – на 35,45% ($p < 0,05$). Во всех группах отмечалось увеличение амплитуды движений в плечевом суставе, что может связано с проведением лечебной гимнастики, однако статистически значимые изменения отмечались у пациентов основной группы (амплитуда движений в плечевом суставе во фронтальной плоскости: до $100 \pm 36^\circ$, после – $165 \pm 15,5^\circ$; $p < 0,05$; в сагиттальной плоскости: до $110 \pm 17,2^\circ$, после – $175,8 \pm 11,3^\circ$; $p < 0,05$).

Выводы. Включение в программу реабилитационных мероприятий постмастэктомического синдрома на втором этапе медицинской реабилитации электростатической терапии и синусоидальных модулированных токов значительно усиливает лечебный эффект, способствует уменьшению отека верхней конечности, увеличению амплитуды движений в плечевом суставе. В целом, результаты, полученные в рамках данного исследования, свидетельствуют о перспективности дальнейшего изучения метода электростатической терапии в комбинации с другими физическими факторами, подтверждают необходимость комплексного подхода к медицинской реабилитации постмастэктомического синдрома после радикальной комбинированной терапии по поводу рака молочной железы и обосновывают поиск новых комплексных методов медицинской реабилитации больных с онкопатологией.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ КРОВИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Сиволапова М.С., Сиволапов А.Г., Гулиева Л.А., Аксенова Л.К.,
Нартокова А.С.-Х., Клименко А.И.

ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический
онкологический диспансер»,
г. Ставрополь

Актуальность. В структуре онкологической патологии у женщин преобладает рак молочной железы (21%). Ежегодно в мире по данным Всемирной организации здравоохранения верифицируется до 1,5 млн. первичных случаев рака молочной железы, смертность достигает более 500 тыс. женщин. Известно отрицательное влияние предоперационной, послеоперационной полихимиотерапии и лучевой терапии на здоровые ткани, органы и иммунную систему. Развитие осложнений после радикального лечения злокачественного процесса остается основной проблемой онкобольных. Согласно статистическим данным, у более 85% больных раком молочной железы, вне зависимости от выбранных методов лечения, развивается постмастэктомический синдром, который проявляется в виде лимфатического отека и сосудистых нарушений верхней конечности на стороне операции (до 60,7%), нарушений нейромышечной проводимости в области шеи, плечевого пояса и руки (до 98,5%), ограничений амплитуды движений в плечевом и локтевом суставах (до 55,6%). Интерлейкины – биологически активные вещества, секретируемые стволовыми кроветворными клетками и макрофагами; обладают иммунорегуляторными и медиаторными свойствами. Выделяют провоспалительные интерлейкины (в частности, ИЛ-6, ИЛ-8), которые являются медиаторами острой фазы воспаления, вызывает миграцию нейтрофилов в очаг воспаления, стимулируют синтез иммуноглобулинов и миелоидную дифференцировку, и противовоспалительные (ИЛ-10) – один из главных ингибиторов образования цитокинов с провоспалительным действием, способен подавлять активность макрофагов, а также избыточный рост эндотелия. Известно, что ИЛ-10 обладает противоопухолевой активностью, повышает пролиферацию В-лимфоцитов и секрецию иммуноглобулинов. На основании научных данных была доказана клиническая безопасность применения некоторых физических факторов и были предложены для практического здравоохранения новые виды восстановительного лечения радикально леченых онкологических больных, однако сведений об уровне показателей иммунного статуса у пациентов с постмастэктомическим синдромом в процессе медицинской реабилитации в доступной литературе не встречались.

Цель исследования. Оценить динамику показателей цитокинов крови в процессе медицинской реабилитации.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 45 пациентов после комплексного лечения рака молочной железы, страдающих постмастэктомическим синдромом. Пациентки проходили курс медицинской реабилитации, включающий следующие реабилитационные мероприятия: лечебная гимнастика, мануальный лимфодренажный массаж пораженной верхней конечности, перемежающаяся пневматическая компрессия, терапия синусоидальными модулированными токами и электростатическая терапия. До и после проведения курса медицинской реабилитации методом иммуноферментного анализа проводилось определение показателей провоспалительных интерлейкинов ИЛ-6, ИЛ-8 (референсные значения для ИЛ-6 – менее 7 пг/мл, для ИЛ-8 – менее 62 пг/мл) и противовоспалительного ИЛ-10 (референсные значения для ИЛ-10 – менее 9,1 пг/мл) на автоматическом иммуноферментном анализаторе EVOLIS Twin Plus. Для сопоставления показателей, измеренных в двух разных условиях на одной и той же выборке испытуемых, использовался t-критерий Вилкоксона. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Показатели провоспалительных интерлейкинов (ИЛ-6, ИЛ-8) имели тенденцию к снижению (показатели ИЛ-6 до курса $12,1 \pm 3,0$ пг/мл, после – $3,56 \pm 0,35$ пг/мл ($p < 0,05$); показатели ИЛ-8 до курса $28,7 \pm 8,0$ пг/мл, после – $13,4 \pm 2,75$ пг/мл ($p < 0,05$)), что свидетельствовало об отсутствии опухолевого роста и системных воспалительных реакций. Снижение уровня провоспалительных цитокинов может быть объяснено положительным действием комбинированного противоопухолевого лечения и вполне могут быть использованы в качестве маркеров эффективности проводимой терапии у больных с онкопатологией. Известно, что ИЛ-10 обладает, не только противовоспалительным действием, но и противоопухолевой активностью, повышает пролиферацию В-лимфоцитов и секрецию иммуноглобулинов и способен подавлять активность макрофагов и избыточный рост эндотелия. До проведения курса медицинской реабилитации уровень ИЛ-10 составлял $5,4 \pm 1,9$ пг/мл, после курса отмечалась к снижению до $3,5 \pm 1,9$ пг/мл, $p < 0,05$, что свидетельствовало о безопасности применения физических факторов в лечении постмастэктомического синдрома, отсутствии рецидива онкопроцесса и метастатического поражения.

Выводы. Дальнейшее изучение динамики цитокинов в различные периоды развития постмастэктомического синдрома и его лечения является перспективным и актуальным. Определение уровня интерлейкинов сыворотки крови и их коррекции на этапах медицинской реабилитации может быть одним из методов эффективного лечения рака.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В КОНТЕКСТЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

Склянная К.А., Бронников В.А.

ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов»,
г. Пермь

Актуальность. Использование современных технологий двигательной реабилитации широко распространено на разных этапах медицинской и медико-социальной реабилитации. Применение экзорехабилитации позволяет пациентам с разным уровнем мобильности и самообслуживания увеличить свои двигательные возможности. Однако использование роботизированных технологий, как и другие реабилитационные методики, должно быть персонализировано для достижения результатов, наиболее соответствующих потребностям пациента. Международная классификация функционирования как основной инструмент индивидуального подхода в реабилитации позволит установить ведущие потребности и ограничения активности и участия пациентов в комплексной реабилитации с применением экзоскелета.

Цель исследования. Описать опыт применения МКФ в постановке целей и индивидуализации использования технологии экзоскелета в комплексной реабилитации

Материалы и методы. Экзорехабилитация дает возможность использовать роботизированный комплекс для расширения мобильности пациентов в процессе двигательной реабилитации. В системе двигательной реабилитации использование экзоскелета является одним из этапов восстановления вертикальной позы и самостоятельной ходьбы. Обязательным условием использования экзоскелета является возможность пациента находиться в вертикальном положении без возникновения симптомов ортостатической гипотензии или признаков утомления в течение определенного времени. Этапность двигательной реабилитации предусматривает использование методик пассивной и пассивно-активной вертикализации для достижения пациентом возможности находиться в положении стоя, использование экзоскелета необходимо сочетать с другими методиками двигательной реабилитации и эрготерапии. Оценивались результаты использования экзоскелета у 12 пациентов. В процессе использования экзоскелета были выявлены основные категории пациентов, которые могут получить наиболее эффективные результаты реабилитации при включении в нее экзоскелета. Были обозначены ведущие нарушения функций и ограничения активности у данных пациентов на основе данных оценочных шкал и



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

проанализированы индивидуальные цели, поставленные на основании запросов данных пациентов и результатов оценки по МКФ. Все пациенты были исследованы с помощью стандартизированных оценочных шкал (индекс мобильности Ривермид, шкала функциональной независимости FIM, индекс ходьбы Хаузер, шкала для оценки пациентов со спинномозговой травмой ASIA, экспресс-шкала для оценки тревоги, депрессии и астении), у каждого был оценен индивидуальный МКФ профиль. Для постановки цели реабилитации в профиле определялись ведущие ограничения активности и участия, учитывался запрос пациента, реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз.

Результаты и обсуждение. Основные нарушения функций, выявленные у пациентов, которым была назначена экзорехабилитация, это снижение мышечной силы, нарушение чувствительности, снижение координации и нарушение стереотипа ходьбы, а также изменение мышечного тонуса (спастичность). Кроме этого, имело значение наличие болевого синдрома и нарушение мочевыделительной функции. Ведущими ограничениями активности и участия являлись ходьба, удержание и изменение положения тела, пересаживание, мытье, использование туалета и одевание. Также в профиле принимались во внимание категории использования кисти и руки, а также передвижения с помощью технических средств. Из факторов контекста в профиле присутствовали такие личностные факторы, как мотивация и приверженность к реабилитации, а также факторы среды – изделия и технологии для передвижения. Было отмечено, что чаще всего курс занятий до конца завершали пациенты с преимущественно выраженными или умеренными нарушениями функций и умеренными ограничениями активности и участия, которые, как правило, имели сформулированный запрос до начала курса реабилитации. При повторной оценке МКФ-профиля ведущие категории, по которым наблюдался прирост, это категории функций мышечной силы, чувствительности, координации и функции эмоций. Из доменов активности и участия отмечалось изменение категорий ходьбы, а также одевания и мытья. Необходимо отметить, что данные изменения наблюдались у пациентов с умеренными и выраженными ограничениями. У пациентов с абсолютными ограничениями ходьбы на первый план выходили категории перемещения (пересаживания) и удержания позы.

Выводы. Таким образом, в системе комплексной реабилитации использование экзоскелета в сочетании с индивидуальной оценкой ведущих ограничений и реабилитационного потенциала пациентов с помощью МКФ обеспечивает реализацию персонализированного подхода к двигательной реабилитации, увеличение приверженности и мотивации пациентов, а также достижение конкретных результатов в сфере активности и участия пациентов.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИРОДОТЕРАПИИ (ЗООТЕРАПИИ) В СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Таенкова А.А.¹, Таенкова И.О.²

¹Краевое государственное бюджетное учреждение культуры
«Зоосад «Приамурский» им. В.П. Сысоева»,

²Общественная организация «Хабаровская краевая ассоциация
«Здоровье и семья»,
г. Хабаровск

Актуальность. В Хабаровском крае, как и в России, проводимые медицинские, образовательные и социальные мероприятия не могут решить всех проблем социализации детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и с инвалидностью. До сих пор еще существуют ограничения технических ресурсов; нет сформированной методологической базы, готовой в полном объеме решить проблемы социо-средовой, социокультурной реабилитации, гармонизации с природой (оздоровлении); недостаточно и качественно подготовленных кадров.

У детей с инвалидностью слабая связь с окружающим миром, ограниченный доступ к культурным ценностям, в общении с природой, поэтому традиционные подходы социально-культурной интеграции в общественную среду не исчерпывают всех проблем. Потребности в расширении возможностей самореализации все более актуализируются, что диктует необходимость корректировать существующие взгляды и технологии на процесс реабилитации, в т.ч. выделять социокультурную реабилитацию в отдельное направление.

Цель. Повышение социо-культурной адаптации методами зоотерапии.

Материалы и методы. С 2016 года КГБУК «Зоосад «Приамурский» им. В.П. Сысоева» министерства культуры Хабаровского края (далее – зоосад), совместно с общественной организацией «Хабаровская краевая ассоциация «Здоровье и семья» (далее – ассоциация) проводят разнохарактерные мероприятия, содействующие реабилитационной работе с помощью природных факторов. Воздействуя на чувства и эмоции, которые вызываются у людей при общении с флорой и фауной, можно активно влиять на жизнедеятельность человека, на его общественные и культурные интересы. Для успешного решения целей и задач, связанных с вовлечением «особых» ребят в общественную среду, используя природный ресурс и коллекцию животных зоосада, авторы не только регулярно проводят эколого-просветительские и досуговые мероприятия, но и решают задачи по социокультурной адаптации.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Результаты и обсуждение. При проведении мероприятий зоосад и ассоциация эффективно используют авторскую технологию природотерапии (в т.ч. направленной зоотерапии), которая включает в себя тематические занятия в зоосаде, краевые инклюзивные познавательно-творческие конкурсы и экологические акции, в т. ч. дистанционный формат их проведения. Для этого с успехом применяются принцип «обучение через увлечение», принцип соответствия содержания деятельности физиологическим и психическим особенностям участников, учет форм взаимосвязи ребенка с инвалидностью с его природным, социальным и культурным окружением, обеспечивающий единство социальной адаптации, творческой и духовной реабилитации, физического развития. Кроме того, применяется соревновательный принцип и творческий подход, использование литературного и художественного наследия известных дальневосточных писателей-краеведов и художников-анималистов. В зависимости от наличия патологии/дефекта у ребенка с инвалидностью, проблемы взаимоотношений «человек-среда», возраста, социальной среды воспитания в домашних условиях или в социальном учреждении формируются группы участников тематических интерактивных занятий под общим девизом «Позитивный к жизни настрой: живи в гармонии с природой и с собой!» с элементами экскурсий или демонстрацией «контактных» животных, с использованием метода терренкура, физических упражнений (зоо-физкультминутки) и эстафет. На таких встречах опосредованно отрабатываются навыки общения, правила и нормы поведения в обществе.

Все мероприятия в последние два года носят инклюзивный характер и краевой масштаб. Так, только в прошедшем году разработано и проведено 98 массовых мероприятий для 5843 участников, из них: 18 краевых познавательно-творческих конкурсов в экологически и социально значимые даты, 17 краевых экологических акций, 16 тематических занятий в зоосаде, 47 заданий-конкурсов «Знаток природы». В 2022 году «особенные» ребята составляли от 32,7% до 51,2% от всех участников мероприятий. В структуре участников природотерапевтических мероприятий дети с психическими нарушениями развития (ТНМР, РАС, с синдромом Дауна, СДВГ и др.) составляют более 80,1%. Во все мероприятия было вовлечено их социальное окружение (родители, педагоги, тьюторы и воспитатели, библиотекари), за счет чего на 16,8% за прошедший год увеличилось общее количество «особых» участников.

Выводы. Зоотерапия способствует социо-культурной адаптации детей с инвалидностью.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

УЛУЧШЕНИЕ ЛОКОМОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ, КАК РЕЗУЛЬТАТ БОТУЛИНОТЕРАПИИ СПАСТИЧНЫХ МЫШЦ И КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЦП

Фролов И.Н., Втюрин С.В., Красавина Д.А.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» Минздрава России,
Санкт-Петербург

Актуальность. Локомоция у млекопитающих, включая человека, зависит от активности нейронных цепей в спинном мозге. В нейрофизиологических лабораториях в конце 20 века было доказано наличие у человека спинального генератора локомоции (CPG). Спинальные центры способны генерировать шагательные движения у человека без супраспинального контроля, афференты играют роль в инициировании и модуляции ответа спинального генератора. Различные патологические спинальные двигательные паттерны могут проявляться в произвольных движениях пациентов. Ритмичное движение рук модулирует рефлексы в нижних конечностях и может способствовать правильной локомоции. Изучение механизмов спинального генератора локомоции используется для улучшения паттернов ходьбы у пациентов с ДЦП. Купирование спастичности верхних конечностей улучшает двигательную активность нижних и наоборот.

Цель. Обосновать необходимость реабилитации нижних конечностей при инициировании верхних и наоборот. Расширить спектр комплексного воздействия на все конечности в период реабилитации после проведенной БТА-терапии спастичных мышц для пациентов с ДЦП.

Материалы и методы. В исследования вошла группа детей с ДЦП (GMFCS II, III) в возрасте от 7 до 12 лет, предварительно прошедших оценку показателей ходьбы в биомеханической лаборатории. Пациентам проводилась БТА-терапия мышц верхних конечностей по показаниям спастичности. После инъектирования больные проходили курс реабилитации включающий ручной велотренажер, с контролем показателей ходьбы в биомеханической лаборатории.

Результаты. После проведения БТА-терапии в спастические мышцы верхних конечностей и курса реабилитации с ручным велотренажером наблюдалось улучшение содружественных движений рук и ног, что способствовало улучшению локомоции.

Выводы. В результате купирования локальной спастичности конечностей ботулиническим токсином типа А происходит воздействие на центральный генератор паттернов (CPG) и улучшается локомоция, что позволяет увеличить реабилитационный потенциал больных с ДЦП.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

БОКОВАЯ ХОДЬБА, КАК ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП ПРИ СОЗДАНИИ ЛОКОМОТОРНЫХ ПАТТЕРНОВ

Фролов И.Н., Втюрин С.В., Красавина Д.А.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» Минздрава России,
Санкт-Петербург

Актуальность. Переключение направления движения является широко изучаемой проблемой у детей с ДЦП. В 2023 учеными проведено исследование влияния ранней травмы развивающегося мозга у детей с ДЦП на двигательную активность при боковом движении. Нарушения боковых перемещений у детей с ДЦП связаны с недостаточностью коркового контроля. Локомоторная адаптация, связанная с изменением направления движения с прямого на боковое, у детей с ДЦП крайне тяжела. Проверка способности детей с ДЦП выполнять боковые асимметричные движения заключается в оценке развития гибких, адаптируемых приспособлений к локомоции, что является важным прогностическим сигналом реабилитационного потенциала.

Цель исследования. Проанализировать влияние упражнений на боковые движения для детей с ДЦП на двигательную активность и локомоторную адаптацию.

Материалы и методы. Были изучены особенности межконечностной координации во время ходьбы вперед и боком у 10 детей, 6 мальчиков и 4 девочки, в возрасте от 5 до 10 лет с диплегией и гемиплегией. Проведена оценка параметров ходьбы: разворот стопы, ритмичность и скорость ходьбы, устойчивость при развороте. В ходе эксперимента проводилось включение боковых движений в комплекс реабилитации. Изначально 40% детей (4 человека) не могли произвести движения в бок, 6 детей – с погрешностями, только с опорой на руки. Упражнения на боковое движение привели к улучшению движений у всех детей. Повторная оценка параметров ходьбы показала также улучшение возможностей у пациентов.

Результаты и обсуждение. Через 2,5 месяца, боковые асимметричные движения, с обязательной опорой рук по кушетке, стали возможны у 3 из 4 детей, ранее не способных ходить боком. У 6 детей, с изначальными погрешностями в боковой ходьбе, увеличилась быстрота ходьбы боком и вперед. Включение в реабилитационную программу комплекса упражнений с боковым движением дало положительный результат.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Выводы. Применение боковой ходьбы позволяет выявить нарушения механизмов адаптивной локомоции, контролировать патологию в нижних конечностях, что является важным элементом адаптивной реабилитации. Проведенный комплекс упражнений привел к улучшению боковой ходьбы и параметров ходьбы вперед.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ РЕФЛЕКТОРНОЙ ДИСТРОФИИ КИСТИ

Хамко К.М.¹, Осипов Ю.В.²

¹ГУ «Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации»,

²ГУ «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»,

г. Минск, Беларусь

Актуальность. В Республике Беларусь среднегодовой уровень первичной инвалидности вследствие травм кисти среди взрослого населения составляет 0,22 на 10 тыс. населения. Среднее значение показателя полной реабилитации инвалидов вследствие травм кисти составляет 20,3%. Одним из последствий травм кисти, приводящих к прогрессированию нарушений манипуляционной функции кисти является посттравматическая рефлекторная дистрофия кисти (ПРДК), проявления которой зачастую не в полной мере учитываются при формировании индивидуального реабилитационного маршрута и индивидуальной программы медицинской реабилитации, абилитации (ИПМРА) пациента.

Цель исследования. Оптимизировать проведение медицинской реабилитации (МР) и показания к проведению стационарного курса МР при травмах кисти, осложненных посттравматической рефлекторной дистрофией.

Материалы и методы. Проведена МР и экспертно-реабилитационная диагностика (ЭРД) пациентов с последствиями травм кисти, направленных на МР в стационарных условиях специализированного отделения реабилитации больных ортопедо-травматологического профиля ГУ «Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации»: всего 70 пациентов, средний возраст – 45±11 лет, женщины – 33 (47,1%), мужчины – 37 (52,9%) чел.

Методы исследования. Оценка манипуляционной функции кисти; анализ лабораторных и инструментальных данных; проведение ЭРД с оценкой ограничений функционирования с позиции Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Результаты и их обсуждение. При поступлении на стационарный этап МР ПРДК, как осложнение течения травм кисти, была диагностирована у 44 (62,9%) пациентов со стойкими нарушениями манипуляционной функции кисти (МФК), не поддающимися восстановлению на амбулаторном этапе МР. Имеющие место 2 и 3 стадии ПРДК при поступлении на стационарный этап МР свидетельствовали о развитии и существовании данного синдрома с характерными клиническими признаками на предыдущем амбулаторном этапе МР:



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

1 стадия ПРДК – начало болезни, с наличием болевого синдрома и вазомоторных нарушений (2-3 месяц от даты травмы) – определена у 8 (18,2%) пациентов;

2 стадия ПРДК – «пик», дистрофическая или стадия трофических нарушений (3-6 месяц от даты травмы) – определена у 30 (68,2%) пациентов;

3 стадия ПРДК – исход, стадия устойчивой декомпенсации, конечная атрофия (6 и > месяцев от даты травмы) – определена у 6 (13,6%) пациентов.

Проявление болевого синдрома в 1-й стадии ПРДК у 100% пациентов приводило к выраженному нарушению МФК. При стадиях 2 и 3 стадиях ПРДК имели место более тяжелые резко выраженные нарушения МФК: при 2-й стадии ПРДК – у 23,3% пациентов, при 3-й стадии ПРДК – 33,3% пациентов.

Для проведения ЭРД, формирования программ и оценки эффективности МР разработан краткий набор МКФ-кодов категорий доменов МКФ при последствиях травм кисти, включающий коды наиболее часто диагностированных нарушений функций, структур и ограничения активности и участия. На стационарном этапе МР специалистами мультидисциплинарной реабилитационной бригады пациентам с ПРДК с учетом МКФ-профиля функционирования пациентов проведена дифференцированная коррекция мероприятий ИПМРА: психодиагностики и психокоррекции; индивидуальных занятий с инструктором ЛФК; индивидуальных занятий в кабинете эрготерапии; аппаратной механотерапии; физиотерапевтического лечения (светолечение, магнитотерапия, криотерапия, электротерапия, ультразвуковая терапия, водолечение, ручной массаж, аппаратный массаж, теплотечение, фито-бар), иглорефлексотерапии; медикаментозной терапии (при наличии показаний).

Реализация сформированных ИПМРА позволила достигнуть положительных результатов реабилитации, так при 2 стадии ПРДК в динамике стационарного курса реабилитации определители категории доменов (ОКД) имели следующие значение: количество пациентов, имеющих легкие ограничения с ОКД 1 в доменах d4301 Перенос кистями рук, d4401 Использование точных движений кисти, увеличилось с 1 (3,3%) до 7 (23,3%); с выраженными ограничениями с ОКД 3 в домене d4301 Перенос кистями рук количество пациентов уменьшилось с 18 (60,0%) до 5 (16,7%), с выраженными ограничениями с ОКД 3 в домене d4401 Использование точных движений количество пациентов уменьшилось с 15 (50%) до 8 (26,7%), соответственная положительная динамика восстановления отмечена в доменах d520 Уход за частями тела и d640 Выполнение работы по дому.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Выводы. 1. Наличие ПРДК, как осложнения в течении травм кисти, является показанием для проведения стационарного этапа комплексной высокоинтенсивной медицинской реабилитации. 2. Оптимальным сроком направления на стационарный курс медицинской реабилитации является период 2 стадии посттравматической рефлекторной дистрофии кисти. 3. Формирование клинико-функционального диагноза, индивидуальной программы медицинской реабилитации и оценка эффективности медицинской реабилитации с применением положений МКФ позволяет дифференцированно с высоким уровнем детализации осуществлять и оценивать эффект реабилитационных мероприятий.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В, СОЧЕТАННЫМ С НАРУШЕНИЯМИ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА

Хабарова А.В., Соцкая Я.А.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России,
г. Луганск

Актуальность. Для установления степени активности и стадии течения хронического вирусного гепатита В (ХВГВ) используют биохимические и гистологические критерии. Значительный интерес для исследователей представляет альтернативный путь оценки активности ХВГВ, а именно - определение в крови показателей цитокиновой системы. В настоящее время получены данные об участии цитокинов не только в межклеточных взаимодействиях, регуляции иммунного гомеостаза, но и в некробиотических процессах ткани печени. Известно, что про- и противовоспалительные цитокины продуцируются также эпителиальными клетками кишечника, а в случае изменения представителей микробиоты толстой кишки, возникает их дисбаланс.

Цель работы. Изучение состояния цитокинового профиля крови (ЦПК) у больных ХВГВ на фоне дисбиоза кишечника.

Задачи исследования. Определение содержания провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β , ФНО α и противовоспалительного ИЛ-4 у больных ХВГВ на фоне дисбиоза кишечника в динамике этиотропной терапии HBV-инфекции.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 62 пациента с ХВГВ, сочетанным с дисбиозом кишечника, из них 35 женщин (56,5%) и 27 мужчин (43,5%). Все больные получали противовирусную терапию - аналог нуклеозида гуанозина (энтекавир 0,5 мг/сут). Для реализации цели изучали динамику уровня провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ФНО α) и противовоспалительного цитокина (ИЛ-4).

Результаты. До начала лечения у всех обследованных больных установлены нарушения цитокинового профиля, характеризовавшиеся выраженным повышением провоспалительных цитокинов и менее существенным - противовоспалительных, что свидетельствовало о преобладании провоспалительного потенциала. Концентрация провоспалительных цитокинов до начала этиотропной терапии была значительно выше нормы: ИЛ-1 β - в 2,51 раза, ФНО α - в 1,88 раза. Концентрация противовоспалительного ИЛ-4 также была выше показателя нормы, но все-таки менее существенно - в среднем в 1,4 раза. Соответственно, индексы, отражающие соотношение провоспалительных (ИЛ-1 β , ФНО α) к противовоспалительному (ИЛ-4) ЦК, были также увеличены. Кратность увеличения ИЛ-1 β /ИЛ-4 относительно нормы составляла в 1,8 раза,



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ФНО α /ИЛ-4 – в 1,35 раза. При проведении повторного иммунологического обследования, спустя 6 месяцев от начала лечения, установлено определенное положительное влияние общепринятой терапии на ЦПК обследованных пациентов. При этом содержание ИЛ-1 β снизилось относительно начального уровня в 1,22 раза, однако при этом оставалось в 1,96 раза выше нормы. Концентрация ФНО α снизилась относительно исходного значения в 1,32 раза, оставаясь при этом выше нормы в 1,47 раза. Содержание ИЛ-4 уменьшилось в 1,16 раза относительно исходного уровня, но оставалось в 1,2 раза выше нормы. Индекс ИЛ-1 β /ИЛ-4 снизился лишь в 1,06 раза, но оставался в 1,7 раза выше нормы. Кратность разницы значения ФНО α /ИЛ-4 относительно нормы на момент завершения лечения составляла в среднем 1,2 раза.

Вывод. Таким образом, использование изолированной этиотропной терапии в течение полугода у больных ХВГВ, сочетанным с дисбиозом кишечника не обеспечивает полного восстановления иммунологического гомеостаза. С целью повышения эффективности лечения пациентов с данной сочетанной патологией возникает необходимость проведения дальнейших исследований по разработке программы патогенетически обоснованной терапии этой категории больных, направленной на ликвидацию явленных нарушений иммунитета.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ФЕЛОДИПИН С ПОЗИЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Хлямов С.В., Маль Г.С.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России,
г. Курск

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) является частой кардиотоксичностью анти-VEGF агентов, которая возникает у 35% пациентов, получающих бевацизумаб, гуманизированное моноклональное антитело IgG1 к сосудистому эндотелиальному фактору роста (VEGF). Существующие рекомендации по кардиотоксичности свидетельствуют, что АГ можно безопасно контролировать с помощью низких доз дигидропиридинового блокатора кальциевых каналов (БКК), в сочетании с ингибитором ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) или блокатором рецепторов ангиотензина (БРА) II.

Цель исследования. Определить эффективность фелодипина для реабилитации онкологических больных при бевацизумаб-индуцированной артериальной гипертензии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный обзор электронных медицинских карт пациентов, получавших лечение бевацизумабом в Курском онкологическом научно-клиническом центре им. Г.Е. Островерхова. Кардиотоксичность оценивалась по Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v5.0 и классификации АГ Европейского общества кардиологов (ESC). Фелодипин в дозе 5 мг в день в качестве терапии 1 линии при АГ de novo \geq II степени, индуцированной бевацизумабом (группа А). Назначение АГП 2 линии или модификация лечения при обострении ранее существовавшей АГ (группа В). Пациенты включались для исследовательского анализа, если у них был распространенный или метастатический рак, требующий химиотерапии (ХТ) на основе бевацизумаба. Пациенты с колоректальным раком получали ХТ на основе 5-фторурацила, а пациенты с немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ) и пациенты с раком яичников получали ХТ на основе платины в сочетании с бевацизумабом 5 мг/кг каждые 2 недели или 7,5 мг/кг каждые 3 недели. Описательная статистика использовалась для анализа характеристик пациентов [среднее значение, 95% доверительные интервалы (ДИ)]. Хи-квадрат (с поправкой Йейтса) и t-критерий Фишера использовались для сравнений. Значения p были двусторонними и считались значимыми при $\leq 0,05$.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Результаты и обсуждение. С января по декабрь 2020 г. бевацизумаб получили 187 пациентов (89 мужчин, 47,6%; 98 женщин, 52,4%) со средним возрастом 61 год (диапазон: 37-86 лет). 48 пациентов (25,7%) имели в анамнезе АГ. Используя данные мониторинга АД, у 85 пациентов (45,5%, 95% ДИ: 38,3-52,6) развилась АГ (I-III степени) в соответствии с STCAE v5.0 по сравнению с 75 пациентами (40,1%, 95% ДИ: 33,1-47,1) по критериям ESC. АГП были введены 46 пациентам (24,6%, 95% ДИ: 18,4-30,8) по поводу АГ, вызванной бевацизумабом \geq I степени. У 24 из 46 пациентов (52,2%, 95% ДИ: 37,7-66,6) развилась АГ \geq II степени в течение 8 недель после начала лечения бевацизумабом. Среди 46 пациентов с АГ \geq II степени, вызванной бевацизумабом, у 26 пациентов без гипертензии в анамнезе развилась АГ de novo, и впоследствии им был назначен фелодипин в дозе 5 мг в день (группа А). У остальных 20 пациентов в анамнезе либо АГ (n=14), либо другое сердечно-сосудистое заболевание (n=6), требующее назначения препаратов, таких как бета-блокаторы. В дополнение к предыдущему лечению эти пациенты получали либо фелодипин 5 мг в день (n=10, группа В), либо лерканидипин 10 мг в день (n=6), либо фозиноприл 10 мг в день (n=4).

В группе А у 23 из 26 пациентов (88,5%, 95% ДИ: 76,2-100) АД нормализовалось в течение 7 дней после введения фелодипина в дозе 5 мг ежедневно. Через 1 неделю лечения фелодипином у остальных 3 пациентов АД было $>140/90$ мм рт. ст. Их АД удалось контролировать после увеличения дозы фелодипина до 10 мг в сутки (n=2) и введения фозиноприла в дозе 2,5 мг в сутки (n=1). В группе В у 8 из 10 пациентов (80%, 95% ДИ: 55,2-100) АД удалось контролировать через 1 неделю приема фелодипина.

АГ является частым кардиотоксичным эффектом анти-VEGF-препаратов с потенциально летальными последствиями, такими как артериальные тромбоэмболические осложнения. Следовательно, выбор эффективных АГП в этих условиях является важной задачей.

Выводы. Показана эффективность применения дигидропиридового БКК фелодипин в лечении бевацизумаб-индуцированной АГ как в монотерапии на рекомендуемой начальной, так и на максимальной суточной дозе, а также в комбинации с иАПФ. Полученные данные подтверждают эффективность использования БКК у пациентов, получающих препараты против VEGF, такие как бевацизумаб. Следует учитывать, что недигидропиридиновые БКК верапамил и дилтиазем являются ингибиторами CYP3A4, а нифедипин (дигидропиридиновый БКК) индуцирует секрецию VEGF.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ С ПОЗИЦИИ ДОСТУПНОСТИ КАЧЕСТВЕННЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Хохлова О.И., Васильченко Е.М., Крамер И.В.

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

Введение. Формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов является одним из приоритетных направлений государственной социальной политики. В Российской Федерации происходят существенные преобразования в области социальной защиты лиц с инвалидностью и обеспечения гарантий их прав на получение реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 г. №3711-р утверждена Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года, реализация положений которой, как ожидается, позволит обеспечить доступность для всех лиц с инвалидностью эффективных и качественных реабилитационных и абилитационных услуг. Одними из ключевых для развития системы комплексной реабилитации в Российской Федерации признаются вопросы состояния и развития реабилитационной инфраструктуры и ее кадрового потенциала. Большое значение придается созданию современной системы подготовки и непрерывного повышения квалификации специалистов, работающих в системе комплексной реабилитации. В этой связи актуальной становится проблема выгорания, характерная для представителей «помогающих» профессий. Данный синдром, согласно результатам множества исследований, оказывает отрицательное влияние не только на физическое и психическое состояние специалиста, но и на качество оказываемых им услуг, а также связан с текучестью кадров.

В связи с изложенным выше была поставлена цель исследования: оценить частоту встречаемости симптомов профессионального выгорания у медицинских и социальных работников, их связь со способами преодоления стресса, для последующей разработки профилактических и коррекционных мероприятий.

Материал и методы. Проанализированы результаты анонимного анкетирования 189 специалистов, участвующих в реабилитации маломобильных инвалидов, из них 81 – сотрудники медицинских учреждений, 88 – учреждения социального обслуживания населения; мужчины – 2,4%, женщины – 97,6%. Средний возраст участников исследования составил $44,9 \pm 11,71$ лет, стаж работы в учреждении – $10,4 \pm 10,08$ лет.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

В анкету были включены опросник «Диагностика профессионального выгорания» К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой; опросник для определения стратегий совладания со стрессом «COPE» Ч. Карвер и соавт. в адаптации Т.О. Гордеевой и соавт.; самооценка характера труда по критериям: тяжесть, напряженность, профессиональная вредность по 10-балльной шкале.

Статистическую обработку результатов исследования проводили при помощи программы IBM SPSS Statistics, версия 26,0. Для выявления взаимосвязей использовали корреляционный анализ Спирмена.

Результаты. У 36% специалистов медицинских учреждений и у 19,1% – учреждения социального обслуживания населения установлены высокие уровни симптомов психоэмоционального истощения, у 37,2% и 22,5% соответственно – деперсонализации, у 16,3% и 5,6% – редукции личных достижений. Половина участников исследования оценили свой труд как достаточно тяжелый, напряженный, обладающий профессиональной вредностью (6 и более баллов).

Установлены положительные корреляционные взаимосвязи между симптомами психоэмоционального истощения, деперсонализации и копингами: концентрация на эмоциях и их активное выражение, мысленный и поведенческий уход от проблемы, отрицание, использование «успокоительных», что позволяет считать данные стратегии преодоления стресса дезадаптивными. А аналогичные взаимосвязи между уровнем профессиональной успешности и такими стратегиями, как позитивное переформулирование и личностный рост, активное совладание, планирование, принятие – эффективными стратегиям, способствующими получению специалистами удовлетворения от работы и адаптации к профессиональному стрессу.

Заключение. Выраженные симптомы профессионального выгорания встречаются более чем у трети специалистов, оказывающих реабилитационные услуги маломобильным инвалидам, что может негативно сказаться на доступности услуг и их качестве.

Частая встречаемость выгорания у обследованного контингента, вероятно, обусловлена, с одной стороны, спецификой труда, характеризующегося высокой степенью тяжести, вредности и напряженности, а с другой – личностными особенностями специалистов.

Учитывая полученные данные, профилактическая и коррекционная работа среди специалистов, подверженных выгоранию, должна содержать мероприятия, направленные как на организационные, так и на индивидуальные факторы, в том числе на повышение навыков активного совладания с профессиональным стрессом.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

К ВОПРОСУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НУЖДАЕМОСТИ ИНВАЛИДА С ГЕМИПАРЕЗОМ В МЕРАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Хохлова О.И., Васильченко Е.М., Жатько О.В.

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

Введение. Инсульт является основной причиной инвалидности во всем мире. Реабилитация после инсульта представляет собой сложный процесс, требующий многопрофильной команды квалифицированных специалистов. В последние годы в Российской Федерации реализуется трехэтапная модель медицинской реабилитации; внедрены разработанные Союзом реабилитологов России клинические рекомендации. Тем не менее, несмотря на некоторое снижение числа инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней за период 01.01.2019 – 01.01.2022 гг. (от 1 466 097 до 1 354 944 человек), большая часть из них остаются неактивными в повседневной деятельности и нуждаются в дальнейших мероприятиях по медицинской и социальной реабилитации, а также в обеспечении техническими средствами реабилитации (ТСР). Одним из долгосрочных последствий инсульта является нарушение или усугубление нарушения когнитивных функций, оказывающее отрицательное влияние на результаты реабилитации, что, по-видимому, необходимо учитывать при составлении плана реабилитации данного контингента.

Обеспечение эффективности и адресности мер, предусмотренных законодательством Российской Федерации, является одной из приоритетных задач системы комплексной реабилитации. Очевидно, что определение критериев нуждаемости инвалида в мерах реабилитации и разработка алгоритма подбора оптимального перечня ТСР и реабилитационных услуг, будут способствовать решению данной задачи.

Цель работы. Проанализировать результаты клинико-функционального обследования инвалидов с гемипарезом вследствие перенесенного инсульта для обоснования предложений по оптимизации комплексной реабилитации, в том числе с помощью ТСР.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования 415 пациентов клиники ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России (мужчин – 258; 62,2%, женщин – 157; 37,8%) с последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения: по ишемическому типу – 76,8% случаев, геморрагическому – 23%, смешанному – 0,2%. Средний возраст $60 \pm 0,53$ года. Гемипарез слева отмечался у 48,7% человек, справа – у 51,3%. На момент госпитализации 339 (81,7%) были признаны инвалидами: первой группы – 37,8%,



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

второй – 41%, третьей – 21,2%. Острый период инсульта был у 11 (2,7%) пациентов, ранний восстановительный – у 74 (17,8%), поздний восстановительный – у 63 (15,2%), резидуальный – у 267 (64,3%).

Для оценки ограничений жизнедеятельности при поступлении в стационар использовали модифицированную шкалу Рэнкина, самостоятельности – Мету функциональной независимости (FIM), двигательного статуса – индекс ходьбы Хаузера и индекс мобильности Ривермид, тонуса мышц – модифицированную шкалу Ашворта, силы мышц – шкалу MRC, когнитивных нарушений – Краткую шкалу оценки психического статуса MMSE.

Результаты. Умеренное нарушение жизнедеятельности отмечалось у 56% обследованных пациентов; выраженное – у 28,8%, грубое – у 15,2%. Общий балл по шкале FIM у 75% находился в пределах 86-104. Без средств опоры могли ходить 25,3%, с односторонней поддержкой – 54,5%, с двусторонней поддержкой – 3,9%. Креслом-коляской для передвижения пользовались 12,5%, из них более двух третей – с посторонней помощью; 3,7% пациентов не передвигались. Сила мышц проксимальной части паретичной верхней конечности у большинства обследованных составляла 2-4 балла, нижней конечности – 3-4 балла; тонус мышц – 2-3 балла в обеих паретичных конечностях. Преддементные нарушения когнитивной функции установлены у 31,4%; деменция легкой степени – у 10,3%, умеренной – у 6%, тяжелой – у 13,8%.

Дальнейший анализ показал, что сумма баллов по шкале MMSE напрямую коррелирует как с общим показателем функциональной независимости FIM, так и с его компонентом, оценивающим двигательную функцию, а также с силой мышц верхней и нижней конечностей, и обратно – со шкалой Рэнкина. Очевидно, в позднем восстановительном и резидуальном периодах инсульта алгоритм выбора инвалиду мер реабилитации должен основываться на результатах оценки когнитивного статуса с последующим учетом возраста, двигательного статуса, психоэмоционального состояния. Например, при тяжелой деменции инвалиду пожилого возраста показан уход с обеспечением ТСП (кресло-коляска с подголовником и подлокотниками, противопролежневые матрац и подушка, специальные средства при нарушениях функций выделения) и обучением родственников уходу, навыкам пользования креслом-коляской, физической активности. При отсутствии когнитивных нарушений усилия следует направить на повышение уровня самостоятельности инвалида в повседневной жизни, а также (для лиц трудоспособного возраста) – на восстановление трудового статуса, подчинив этим целям, при необходимости, мероприятия медицинской и психологической реабилитации.

Заключение. В основе алгоритма определения нуждаемости инвалида с гемипарезом в мерах реабилитации, по нашему мнению, должна быть оценка когнитивных функций.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИИ ПОЗВОНОЧНИКА

Цоллер К.А.¹, Ким П.В.²

¹ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России,
Санкт-Петербург,

²Санаторно-курортный комплекс «Mriya Resort & SPA»
ООО «Гарант-СВ»,
г. Ялта

Актуальность. Остеохондроз и дорсопатии, осложненные болевым синдромом, являются одной из важных проблем современной медицины. По данным ВОЗ каждый седьмой взрослый в мире страдает от болей в спине. Внедрение в практику восстановительной медицины немедикаментозных, неинвазивных методов, способствующих восстановлению функций человека, является важной медико-социальной проблемой.

Остеопатия в настоящее время интегрирована в официальную медицину. Несмотря на свою большую историю, остеопатия остается и для санаторно-курортных комплексов, и для ее медицинского сообщества, сравнительно новым явлением. Речь идет о выработке оптимальных путей организации современной остеопатической службы, осмыслении места остеопатии в системе санаторного лечения.

Актуальность исследования заключается в возможности использования остеопатических методик лечения на этапе санаторно-курортного лечения.

Цель исследования. Оценить эффективность остеопатической помощи пациентам с дорсопатиями в санаторно-курортных условиях.

Материалы и методы исследования. Работа проводилась на базе «Школы остеопатии на Неве», кафедре неврологии ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, клинической базой стал санаторий «Mriya Resort & SPA» г. Ялта, республика Крым.

Для решения поставленных целей и задач исследования были сформированы две группы обследуемых получивших санаторно-курортное лечение в комплексе по программе «Здоровый позвоночник» (n=100 чел.): экспериментальная группа (n1=50 чел.) И контрольная группа (n2=50 чел.). В группы были включены пациенты в возрасте от 23 до 50 лет. В экспериментальной группе помимо лечебной программы – «Здоровый позвоночник» санаторного лечения было включено по 2 сеанса остеопатии.

Обследованные пациенты (100 чел.) Страдали разнообразными болевыми синдромами, связанными с Остеохондрозом позвоночника.

В исследования включались пациенты обеих полов с установленным диагнозом «дорсопатия», «остеохондроз позвоночника» (M 42.1 и M50-54 по



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

МКБ-10). Диагноз устанавливался терапевтом во время первичного обращения пациентов, основываясь на заключения в санаторно-курортной карте.

Критерием исключения стали: наличие других установленных заболеваний опорно-двигательного аппарата таких как – остеопороз (системные заболевания костной ткани), ревматизм, острые травмы, острые воспалительные процессы, наличие других соматических заболеваний в стадии декомпенсации. С целью выявления других возможных причин болевого синдрома пациентам проводилась компьютерная томография проблемной области для исключения деструкции или грубой деформации костных структур.

Методы лечения. Контрольной и экспериментальной группам назначалось следующее лечение по программе «Здоровый позвоночник» (в программу лечения «Здоровый позвоночник» в санаторно-курортном комплексе «Мрия» входит: физиотерапия – электрофорез, амплипульс, массаж; гидротерапия – души, ванны, бани; термотерапия – парафин; климатотерапия; бальнеотерапия – углекислые ванны, радоновые ванны; пелоидотерапия, ЛФК, прием минеральной воды «Бишули»).

Контрольная группа получала только те процедуры, которые входили в программу «Здоровый позвоночник», остеопатическое лечение не применялось, проводилась только мануальная диагностика.

Экспериментальная группа получала помимо лечения по программе «Здоровый позвоночник» по 2 остеопатических сеанса – остеопатическую коррекцию соматических дисфункций.

Методы исследования включали:

1. Остеопатическое обследование проводилось в соответствии с утвержденными стандартами и рекомендациями и включало в себя диагностику на локальном, глобальном и регионарных уровнях.

- Обследование пациента в положение стоя: осмотр спереди/сбоку/сзади; пальпация, перкуссия мышечного тонуса; глобальные активные тесты; глобальное (общее) остеопатическое прослушивание, флексионный тест стоя.

- Обследование пациента в положение сидя: флексионный тест сидя; пассивные тесты в трансляции для таза, поясничного и грудного отделов позвоночника; тест «трех объемов».

- Обследование пациента в положении лежа: оценка длины нижних конечностей; тест ригидности суставов нижних конечностей; тест ригидности крестцово-подвздошных суставов через SIAS; тест шейного отдела позвоночника в трансляции; оценка торакального и абдоминального регионов на спокойном и форсированном дыхании; оценка мобильности висцеральных масс; оценка краниального ритмического импульса; оценка дыхательного ритмического импульса; оценка сердечного ритмического импульса.

2. Использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ);

3. Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF), применялся до лечения и после лечения.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Краткая версия опросника WHOQOL BREF является более простой в заполнении и состоит из 26 вопросов. 24 из них группируются в 4 сферы (сфера 1 – физическое и психологическое благополучие; сфера 2 – самовосприятие; сфера 3 – микросоциальная поддержка, сфера 4 – социальное благополучие), 2 вопроса (первый и второй) учитываются изолированно.

Все вопросы имеют одинаковый вес, и каждый относится только с своей субсфере, поэтому результат достигается простым суммированием (или вычитанием) полученных баллов.

Формула вычисления значений $R = N / (\max) \times 100\%$

Критерии интерпретации: 0% - 20% - низкий показатель; 21% - 40% - пониженный показатель; 41% - 60% - средний показатель; 61% - 80% - повышенный показатель 81% - 100% - высокий показатель.

4. Клинический осмотр специалистов.

Результаты. Формировать группы по нозологиям оказалось не информативно. Группы были сформированы по возрасту и по локализации болей. Оценка эффективности санаторного лечения у пациентов по шкале ВАШ (средний показатель) в баллах проводилась до и после лечения. В возрастной группе 20-30 лет, в которую вошли по 5 чел в экспериментальной и контрольной группах средний балл по шкале составил 4.6 и 4.5 до лечения и 0 и 1 после лечения; у пациентов 31-40 лет (17 и 19 чел) динамика среднего балла по шкале составила с 4.37 до 0.21 и с 4.24 до 0.47; у пациентов 41-50 (28 и 26 человек) лет показатель упал с 4.81 до 0.46 в экспериментальной и с 4.71 до 1.71 в контрольной группе. Показатель стандартного отклонения r составил менее 0.1. Таким образом, достоверно видно, что у пациентов наблюдается значительное снижение болевого синдрома, однако, в экспериментальной группе у пациентов всех возрастных групп динамика показателя более значительная.

Что касается распределения по отделам позвоночника в экспериментальной и контрольной группах средний балл по шкале составил 4.65 и 4.46 до лечения и 0.23 и 1.33 после лечения в регионе шейного отдела позвоночника; в грудном отделе динамика среднего балла по шкале составила с 5.0 до 0 и с 4.4 до 0.6; по поясничному отделу показатель упал с 4.39 до 0.39 в экспериментальной и с 4.75 до 1.44 в контрольной группе. Показатель стандартного отклонения r составил менее 0.1. Таким образом, что у пациентов в экспериментальной группе наблюдается значительное снижение болевого синдрома, однако динамика показателя в экспериментальной группе более значимая, особенно ярко по шейному и поясничному отделам позвоночника).

С целью субъективной оценки качества жизни был проведен опрос пациентов с применением краткого опросника ВОЗ по оценке качества жизни и рассчитаны средние показатели в %, в четырех сферах оценки.

По результатам оценки качества жизни (краткий опросник ВОЗ) – средние показатели в %» составили по сфере «физическое и психологическое благополучие» до лечения 45% в основной и 42% в контрольной группе, после лече-



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ния 68% и 60% соответственно. По сфере «Самовосприятие» до лечения 66% и 63%, после 73% и 66% соответственно; по сфере «микросоциальная поддержка» показатели оказались равными в обеих группах и составили 73% и 80% после лечения. По сфере 4 «Социальное благополучие» также не было различий между двумя группами и показатель вырос всего на 5% (с 70 до 75%).

В ходе рутинного остеопатического осмотра, включавшего в себя оценку структуральной, висцеральной и краниальной сфер, у пациентов обеих групп были выявлены остеопатические нарушения: соматические дисфункции крестца; соматические дисфункции С0-С1 и ШОП (80% пациентов обеих групп до лечения); соматические дисфункции грудобрюшной диафрагмы; соматические дисфункции верхней грудной апертуры (75% обследованных); соматические дисфункции ГОП (60% пациентов контрольной и 55% в основной группах); соматические дисфункции ПОП; соматические дисфункции регион головы (80% пациентов обеих групп до лечения); соматические дисфункции внутренних органов (также у 80% обследованных).

Динамика проявлений остеопатических нарушений у пациентов контрольной группы в целом была положительной. Большинство показателей снизились до 50%, исключая дисфункции черепа и внутренних органов, где показатели остались прежними. В экспериментальной группе по большинству дисфункций показатель снизился до 0-10% после проведения лечения. Данное обстоятельство, по нашему мнению, будет способствовать профилактике рецидивов болевого синдрома и замедлению прогрессирования заболеваний позвоночника за счет нормализации биомеханики.

Основными соматическими дисфункциями, выявленными у пациентов обеих групп стали: дисфункции крестца; соматические дисфункции С0-С1 и ШОП; соматические дисфункции грудобрюшной диафрагмы и верхней грудной апертуры; соматические дисфункции ГОП и ПОП; соматические дисфункции региона головы, соматические дисфункции внутренних органов.

Выводы. Вышеперечисленное свидетельствует об эффективности применения остеопатии в комплексе с санаторным лечением у пациентов с болевым синдромом при дорсопатии и остеохондрозе позвоночника:

- частота выявления остеопатических нарушений, выявленных в ходе рутинного остеопатического осмотра, у пациентов экспериментальной группы после комбинированного санаторного лечения с остеопатией значительно ниже, чем в контрольной группе; (Полагаем этот фактор может способствовать более стойкому купированию болевого синдрома.);

- субъективная оценка качества жизни после проведенного лечения в экспериментальной группе возрастает более значительно, чем в контрольной.

Таким образом, остеопатическая коррекция в сочетании с санаторным лечением, приводит к выраженному клиническому эффекту у пациентов с указанной нозологией.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОПАТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИИ СОСАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Цоллер К.А.¹, Малеванный А.Е.²

¹ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России,

Санкт-Петербург,

²МЦ «Бонамедика»,

Москва

Актуальность. одной из причин обращения родителей к остеопату после рождения ребенка являются проблемы грудного вскармливания (ГВ). Сосательный рефлекс является безусловным врожденным жизненно важным рефлексом. Устранение дисфункции сосания актуально не только для гармоничного развития ребенка и сохранения возможности грудного вскармливания, но и позволяет минимизировать вероятность лактостаза у мамы – что является профилактикой рака молочной железы.

В данном исследовании мы рассматривали сосательный рефлекс не просто как неврологическую единицу, а именно как реализацию биологической функции – цикла добывания ребенком молока из груди матери посредством рта. Основные задачи этого цикла: открытие рта, захват соска, смыкание губ с целью создание рабочего вакуума в ротовой полости, движение языка, глотание.

Стоит заметить, что работ на эту тему немного. Отечественных работ, где рассматривается отдельно дисфункция сосания, найдено не было вовсе. У иностранных коллег исследований мало и те представляются малоинформативными. Таким образом, отсутствуют и соответствующие протоколы диагностики и коррекции данной проблемы.

Цель исследования. Оценить эффективность остеопатических методов коррекции дисфункции сосания у детей.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе клиники «Бонамедика» (г. Москва) и кафедры неврологии ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России.

Обследовано 16 детей в возрасте 0-30 дней без соматической патологии и тяжелых органических повреждений нервной системы с дисфункцией сосания нецентрального генеза. Контрольных групп не создавалось по этическим соображениям. Оценивали влияние остеопатической работы с пациентом на восстановление нормального грудного вскармливания. Мы рассматривали ситуацию, когда есть трудности с прикладыванием к груди, но при этом ни одним из специалистов (невролог, неонатолог, ортопед, ЛОР, ортодонт и т.д.) патологий не выявил.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Мы не рассматривали случаи, связанные с нарушением лактации у мамы, так же, как и тяжелые состояния детей, при которых отсутствует сосательный или глотательный рефлекс. Поскольку в таких ситуациях ребенок остается под наблюдением врачей в родильном доме или переводится в соответствующее отделение в детскую больницу.

Критерий включения в исследование: без соматической патологии и тяжелых органических повреждений нервной системы. Независимо от метода родоразрешения матери.

Критерий исключения из исследования: врожденное отсутствие глотательного или сосательного рефлексов; нарушения лактации у матери; нарушение функции языковой уздечки (опросник Hazelbaker assessment for lingual frenulum function).

Мы не рассматривали детей с искусственным вскармливанием (ИВ) отдельно по следующей причине: каскад реакций тела и остеопатические дисфункции будут схожи с таковыми при ГВ.

Контрольной группы не было создано, поскольку было бы неэтичным не содействовать скорейшему восстановлению нормального ГВ у детей с дисфункцией сосания.

Всем детям с согласия родителей проведено остеопатическое обследование.

Каждому ребенку до и после лечения проводили оценку остеопатического статуса в соответствии с клиническими рекомендациями «Остеопатическая диагностика соматических дисфункций в педиатрии» по стандартизированному протоколу, учитывающему глобальный, региональный и локальный уровень. Остеопатическое обследование и лечение проводилось индивидуально. Оценивали наличие дисфункций на каждом уровне до и после лечения. Количество сеансов составило 2 раза с интервалом 1 раз в неделю. При остеопатической коррекции соблюдали следующие принципы: холистический подход при оказании помощи ребенку; персонифицированный подход к лечению.

Результаты исследования. До остеопатического лечения у 100% пациентов были выявлены дисфункция затылочной кости, дисфункция краниовертебрального сочленения, петро-ягулярного синхондроза, позвоночных сегментов С1-С2. После проведения остеопатической коррекции процент оставшихся дисфункций составил соответственно 12.5%.

У 87.5% детей до лечения обнаружена асимметрия тонуса грудино-ключично-сосцевидной мышц, которая после 2-х процедур полностью ликвидирована в 68.75% случаев. У трети обследованных (31.25%) до проведения коррекции выявлено глобальное ограничение подвижности твердой мозговой оболочки (ТМО) и дисфункция подъязычной кости. После остеопатического лечения дисфункция подъязычной кости устранена у всех детей, ограничение подвижности ТМО не удалось устранить у 1 ребенка.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Также на основе опросников, опроса мамы и клинического осмотра нами были выявлены основные клинические признаки дисфункции сосания у младенца: короткий период между кормлениями, соскальзывание с соска, жевание соска, тест сосания пальца нарушен, неравномерность сосательного ритма, нарушение координации сосания/глотания/дыхания, причмокивание при сосании, недостаточные прибавки веса у младенца.

По клиническим признакам нарушения сосания наиболее выраженными признаками были: соскальзывание с соска 50%; жевание соска 37%; нарушение координации сосания/глотания/дыхания 20%.

После проведения остеопатического лечения дисфункции структур и признаки нарушения сосания в 100% случаев выявлены не были. Исходя из полученных результатов, мы сделали вывод о взаимосвязи дисфункции сосания и остеопатических поражений, а также необходимости проведения остеопатического осмотра и коррекции для детей первого месяца жизни, в том числе с нарушениями сосания. Результаты исследований остеопатической коррекции показали ее высокую результативность при дисфункции сосания.

Все мамы детей, участвовавшие в работе, уже после первой процедуры коррекции отмечали яркую положительную динамику по нормализации сосания и поведения ребенка в целом.

Выводы. Показано положительное влияние остеопатической коррекции у детей с дисфункцией сосания. Так же в работе продемонстрирована связь дисфункции сосания с нарушением остеопатического статуса у детей.

Остеопатическую коррекцию можно рекомендовать выполнять в случае наличия дисфункции сосания у детей.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

СУХИЕ УГЛЕКИСЛЫЕ ВАННЫ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ

Чепурная Л.Ф.

ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии,
физиотерапии и медицинской реабилитации»,
г. Евпатория

Проблема детского нейротравматизма чрезвычайно актуальна. Удельный вес осложнений ЧМТ, их распространенность и многообразие, и соответственно, высокая социальная значимость заболевания обуславливают необходимость применения санаторно-курортного лечения, как одного из важных этапов реабилитации больных в общем поэтапном (стационар-поликлиника-санаторий) лечении. Современная аппаратная физиотерапия располагает большим спектром разнообразных методов и широко применяется в программах реабилитации пациентов с цереброваскулярными заболеваниями.

С целью научного обоснования возможности и целесообразности применения сухих углекислых ванн у детей с последствиями ЧМТ в санаторно-курортных условиях были проведены клинические наблюдения и сравнительные исследования по разработке дифференцированных методик лечебного воздействия.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 62 ребенка с последствиями легкой ЧМТ, с церебрастеническим синдромом, прибывших на санаторно-курортное лечение в «Санаторий для детей и детей с родителями «Искра». Наиболее частой причиной ЧМТ были транспортные происшествия, падение с высоты и удар по голове.

По лечебному фактору дети были сформированы в две группы:

I группа 21 ребенок, получали комплексное санаторно-курортное лечение, которое состояло из ЛФК, массажа, грязелечения, аппаратной физиотерапии и сухих углекислых ванн (СУВ) в специально оборудованной кабине «Реабокс» с концентрацией газовой смеси – 20%, температурой ванны – 28°C, длительность процедуры 10 мин., в дни свободные от грязелечения, на курс 8 процедур.

II группа сравнения 41 ребенок, получали базовое лечение без СУВ.

Результаты и обсуждение. При поступлении на санаторно-курортное лечение у 82,1% детей выявлены жалобы на головные боли, головокружения 51,8% и тошноты 18,0%, утомляемость и раздражительность 62,5%, плохую переносимость душных помещений 30,4% и плохую переносимость транспорта 26,8%. Лабильность настроения 35,7% и беспокойный сон отмечали 12,5% больных. У большей части детей 75,0% (42 чел.) посттравматический период составил от 2 до 12 месяцев. Преобладала бытовая травма (80,3%).



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Анализ полученных результатов показал, что под влиянием комплексного лечения с применением СУВ у детей с последствиями ЧМТ отмечалось значительное улучшение самочувствия, так почти у всех больных прошли головные боли и головокружения, что подтверждалось нормализацией пульсового полушарного кровенаполнения, а также тонуса артерий среднего калибра и артериол у больных с исходно повышенными показателями. Наблюдалось достоверное $p > 0,01$ улучшение венозного оттока из полости черепа по данным РЭГ. Также отмечено снижение выраженности внутричерепной гипертензии у 62,5% по данным Эхо-Эс и улучшения корково-подкорковых взаимоотношений. Наблюдалось улучшение показателей ЭКГ в I группе восстановились процессы реполяризации миокарда у 12,9% детей (до лечения у 46,2% после лечения у 33,3% детей). Отмечалось улучшение функции автоматизма: если до лечения синусовая тахикардия регистрировалась у 66,7%, то после лечения у 16,7% детей. Во II группе без СУВ по данным ЭКГ также отмечалось улучшение функции автоматизма: если до лечения синусовая тахикардия регистрировалась у 28,6% детей, то после лечения у 6,7% детей. Лечебный комплекс с СУВ, по сравнению с санаторно-курортным лечением, оказал более выраженное положительное влияние на психоэмоциональное состояние с уменьшением тревожности и эмоциональной лабильности, когнитивных функций. На основе полученных результатов доказана эффективность применения сухих углекислых ванн в комплексной реабилитации детей с последствиями ЧМТ на санаторно-курортном этапе.

Результаты проводимых исследований свидетельствуют о положительной динамике предложенных комплексов в санаторно-курортной реабилитации детей с последствиями ЧМТ. Данные разработанные комплексы могут быть рекомендованы к использованию в санаторно-курортных и лечебных учреждениях.

Выводы. 1. У детей в отдаленном периоде ЧМТ до 1 года наблюдается большое количество жалоб, обусловленное отклонениями от возрастных норм в функциональном состоянии центральной нервной системы, церебральной гемодинамики и желудочковой системе мозга. В большом проценте случаев выявлены нарушения ЭКГ показателей (процессы реполяризации и автоматизма). 2. Проведенные исследования свидетельствовали о положительном влиянии лечебного комплекса СУВ с базовым санаторно-курортным лечением на клинические и функциональные показатели у детей с последствиями ЧМТ.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЛОКАЛИЗОВАННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ МОНОТЕРАПИИ И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Черноротов В.А., Костенич В.С., Звегинцев Р.Р.

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,
Институт «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского»,
г. Симферополь

Актуальность. В России рак предстательной железы (РПЖ) занимает 2-е место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у мужчин (14,9%) и 3-е место в структуре смертности (8,2%). Более того, в последние десятилетия отмечается улучшение качества диагностики рака предстательной железы и, как следствие, раннее его выявление. Отмечается мировая тенденция к повышению показателя 5-летней выживаемости после лечения РПЖ, вследствие чего возрастает интерес к способам лечения, смягчающим долгосрочные последствия и его реабилитацию. Основными методами лечения рака предстательной железы остаются хирургическое лечение, лучевая и гормональная терапия, каждая из которых имеет ряд побочных эффектов, среди которых наиболее субъективно значимыми оказались эректильная дисфункция и различные нарушения мочеиспускания.

Цель. Провести литературный обзор методов устранения побочных эффектов при лечении рака предстательной железы.

Результаты. Основными методами пенильной реабилитации являются поведенческая, лекарственная терапия, ударно-волновая терапия, использование специализированных вакуум-устройств. Частота встречаемости эректильной дисфункции после РП по данным разных авторов составляет от 20% до 90%, при этом отмечено, что при применении нервосберегающей методики простатэктомии у 50% пациентов отмечалось восстановление сексуальной функции. Основываясь на обзоре литературы, проведенном Tal. и соавт. (2009) показатель распространенности среди мужчин после РП составил 42%. Патологической основой эректильной дисфункции после РП являются 3 основных фактора: повреждение нервных структур, сосудов и гладкой мускулатуры. Восстановление эректильной функции зависит от степени и обратимости данных повреждений. Одним из методов реабилитации после радикальной простатэктомии является использование лекарственных средств из группы ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа (и-ФДЭ5). И-ФДЭ5 являются первой линией терапии в восстановлении эректильной функции у пациентов после нервосберегающей радикальной простатэктомии. Наиболее распространенные препараты этой группы силденафил. Частота ответа на лечение Силденафи-



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

лом у пациентов после простатэктомии в разных исследованиях варьируется от 35% до 75%, Варденафилом – до 71% и Тадалафилом – до 73%. Интракавернозные инъекции относятся ко 2-й линии терапии эректильной дисфункции и назначаются при отсутствии ответа на прием и-ФДЭ5. Стоит отметить, что интракавернозным инъекциям до сих пор не отведено место в профилактике ЭД у пациентов после НС-РПЭ. Domes и соавт. (2007) отметили, что у 67% пациентов после НС-РПЭ применение интракавернозных инъекций простогландина E1 (PGE1) в течение 6 месяцев позволило достичь эрекции, достаточной для пенетрации, в то время как у пациентов контрольной группы, не получавшей лечения, данный показатель не превышал 20%. В последнее время отмечается рост интереса к использованию интрауретральных суппозиторий, содержащих в составе простогландины для лечения эректильной дисфункции. McCullough и соавт. (2010), опубликовали исследование, в котором 2 группы пациентов через месяц после НС-РПЭ, в первой группе (139 пациентов) получали интрауретральные простогландиновые свечи и вторая группа, которая принимала 50 мг силденафила в течении 9 месяцев. Отмечено, что эффективность восстановления эректильной функции при приеме силденафила была сопоставима с использованием простогландиновых свеч без статистически значимых различий в какой – либо момент времени между группами. Относительно новым методом немедикаментозной пенильной реабилитации является ударно-волновая терапия. Данный метод основан на использовании ударных волн низкой интенсивности, способные усиливать местный контролируемый ангиогенез и значительно улучшать гемодинамику полового члена. Lu и соавт. (2016) представили первый систематический обзор и мета-анализ, в котором оценивали эффективность низкоинтенсивной экстракорпоральной ударной волны для лечения ЭД. В 14 исследований вошло 833 пациента с 2005 по 2015 год. Мета-анализ показал, что ударно-волновая терапия может значительно улучшить средний балл опросника «международный индекс эректильной функции» (МИЭФ) ($p < 0,0001$) и шкалы твердости эрекции (Erection Hardness Scale -EHS) ($p = 0,01$). Терапевтическая эффективность может длиться не менее 3 месяцев. У пациентов с умеренной степенью ЭД терапевтическая эффективность после лечения была лучше, чем у пациентов с более выраженной ЭД или сопутствующими заболеваниями.

Основные методы реабилитации недержания мочи включают поведенческую терапию, тренировка мышц тазового дна с биофидбеком и электронная стимуляция. Хотя недержание мочи представляет собой в большинстве случаев временное явление, тем не менее, по данным различных исследований, именно это осложнение является ведущим психотравмирующим фактором, который крайне негативно отражается на качестве жизни пациента. К консервативным методам реабилитации пациентов с недержанием мочи относится поведенческая терапия, являющаяся первым шагом в консервативном лечении недержания мочи. Суть данной методики является модификация поведения или образа



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

жизни пациента, например, ограничение потребления жидкости, кофеина и алкоголя, прекращение курения, мочеиспускание по времени, избегание раздражающих мочевой пузырь веществ. Методика биофидбэка используется совместно с тренировкой мышц тазового дна, однако ее эффективность остается дискуссионной. В одном рандомизированном исследовании с участием 73 мужчин эффективность тренировок с использованием биофидбэка составила 96%, по сравнению с 75%, в контрольной группе через 1 год после операции. Электронная стимуляция – еще одна разновидность консервативного лечения недержания мочи. В литературе описаны исследования, согласно которым, ЭС приводит к более скорому восстановлению контролируемого мочеиспускания, однако, не было продемонстрировано долгосрочных положительных результатов в течении 6 месяцев или более после оперативного лечения.

Выводы. В настоящее время, при лечении рака предстательной железы, чаще всего применяют комбинированные методы терапии, что согласно исследованиям, усиливает побочные эффекты, связанные с лечением рака предстательной железы, что неизбежно ведет к разработке и модернизации методов реабилитации.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАННЕГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ

Черных Е.М.^{1,2}, Хасанова Н.М.², Попов В.В.²

¹ГБУЗ «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич»,

²ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»

Минздрава России,

г. Архангельск

Актуальность. Оценка реабилитационного потенциала у пациента с инсультом является важным аспектом его успешного восстановления. Функциональный статус (ФС) пациента по завершении I этапа реабилитации будет обуславливать дальнейшую траекторию реабилитационных мероприятий. Для объективизации оценки ФС используют шкалы mRS и NIHSS. Факторы, влияющие на результат и скорость восстановления ФС на этапе ранней реабилитации, требуют изучения.

Цель исследования. Проанализировать взаимосвязь между половозрастными характеристиками, наличием коморбидных заболеваний и ранним функциональным исходом у пациентов с инсультом.

Материал и методы. Анализировали результаты лечения 1665 пациентов с инсультом, выписанных из неврологического отделения РСЦ АОКБ за 2017-2020 гг., из них 989 мужчин и 666 женщин. Оценивали половозрастную структуру пациентов, ФС по шкалам NIHSS и mRS на момент поступления в стационар и выписки, а также его динамику за период госпитализации; анализировали взаимосвязь между ФС и половозрастными характеристиками, типом инсульта, сопутствующими заболеваниями (СЗ). На основе полученных данных была создана компьютерная база с возможностью статистического анализа.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что темп восстановления нарушенных функций у женщин значимо выше как по NIHSS, так и по mRS в сравнении с мужчинами. Скорость восстановления нарушенных функций с оценкой по mRS наибольшая у пациентов с венозным (12%), атеротромботическим и лакунарным типами инсульта (11%), с оценкой по NIHSS у пациентов с атеротромботическим и лакунарным (31%), криптогенным инсультом (28%) и внутримозговой гематомой (27%). Пациенты с кардиоэмболическим инсультом восстанавливались медленнее всех остальных.

При анализе ФС в зависимости от количества СЗ выявлены меньшие значения по NIHSS при выписке у лиц с отсутствием СЗ сравнительно с группой с 4-6 заболеваниями ($p=0,024$), а также с группой с более 6 заболеваниями ($p=0,006$). При оценке по mRS выявлены меньшие значения при поступлении у пациентов с отсутствием СЗ по сравнению с группой с 4-6 заболеваниями



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

($p=0,038$), а также с группой с более 6 заболеваний ($p=0,003$); значимо различались между собой группа пациентов с 1-3 и 4-6 заболеваниями ($p=0,003$), с 1-3 и более 6 заболеваний ($p=0,015$). Данные при выписке показали различия по mRS между группами с отсутствием СЗ и наличием более 6 ($p=0,041$), между группами с 1-3 и 4-6 заболеваниями ($p=0,029$).

В зависимости от наличия конкретных СЗ у пациентов и ФС (по mRS) выявлены следующие тенденции: среди пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) как при поступлении так и при выписке меньше людей с mRS 1-3 (53%) и (61%) относительно лиц без ФП (65%) ($p=0,001$) и (72%) ($p<0,001$), а также больше пациентов с mRS 5 (30%) и (21%) по сравнению с (17%) ($p<0,001$) и (1,8%) ($p<0,001$). Среди пациентов с церебральным атеросклерозом (ЦА) при поступлении было меньше людей с mRS 1-3 (60%) в сравнении с пациентами без ЦА (66%); при поступлении и при выписке больше пациентов с mRS 4 (20%) и (13%) относительно лиц без ЦА (16%) ($p=0,038$) и (17%) ($p=0,024$). При оценке пациентов с ХСН при поступлении и выписке было меньше лиц с mRS 1-3 (56%) и (64%) относительно (64%) ($p=0,021$) и (75%) ($p<0,001$), а также больше лиц с mRS 5 (27%) и (18%) в сравнении с (18%) ($p=0,002$) и (11%) ($p<0,001$). Достоверные различия только при выписке зафиксированы у пациентов с АГ – больше людей с mRS 4 (17%) в сравнении с пациентами без АГ (5%) ($p=0,008$). Среди пациентов с ИБС меньше людей с mRS 1-3 (67%) относительно лиц без ИБС (73%) ($p=0,007$). Для других СЗ и оценки по NIHSS статистически значимые различия получить не удалось.

При оценке сочетанного влияния различных СЗ на ранний функциональный исход (mRS при выписке) установлено, что при сочетании АГ с ИБС доля пациентов с mRS 1-3 (46%) меньше в сравнении с группой без них (58%), а также в сравнении с пациентами, страдающими только АГ (53%). При комбинации АГ и ХСН доля пациентов с mRS 1-3 меньше (44%) в сравнении с группой без них (68%), а также в сравнении с лицами, страдающими только АГ (56%).

Выводы. Динамика функционального восстановления за период госпитализации у женщин была более существенной. Из всех типов инсульта менее значимо восстанавливались пациенты с кардиоэмболическим вариантом. Существует умеренная положительная корреляционная зависимость между возрастом пациента и количеством СЗ, а также прямая взаимосвязь между количеством СЗ и «тяжестью» ФС при поступлении и при выписке. Основными сопутствующими проблемами у пациентов с «тяжелым» ФС по mRS были ФП, ЦА и ХСН. Комбинации АГ+ИБС, АГ+ХСН существенно реже встречались у пациентов с mRS 1-3 при выписке, что говорит о взаимной отягощаемости СЗ.

Полученные результаты возможно использовать для дальнейшей разработки способов прогнозирования ФС пациента с инсультом на этапе ранней реабилитации.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Шемеровский К.А.¹, Кантемирова Р.К.^{2,3}

¹ЧОУВО «Санкт-Петербургский медико-социальный институт»,

²ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России,

³ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,

Санкт-Петербург

Актуальность. Реабилитация пожилых пациентов в процессе здоровьесбережения предполагает необходимость учета множества параметров, включая уровень качества жизни, регулярность ритма кишечника, склонность к избытку массы тела, к приему слабительных средств, склонность к полипрагмазии, а также уровни тревоги и депрессии.

Цель исследования. Целью данной работы было исследование уровней тревоги и депрессии у пожилых пациентов терапевтического профиля, оценка склонности к полипрагмазии, к ожирению, к приему слабительных средств, к уровню гидратации у лиц с регулярным и нерегулярным ритмом кишечника.

Материалы и методы. Использовали метод «Хроноэнтерографии» - мониторинг циркадианного ритма кишечника, диагностировали Эуэнтерию (регулярный ритм кишечника при частоте стула не ниже 7 раз/неделю) и Брадиэнтерию (нерегулярный ритм кишечника при частоте стула 1-6 раз/неделю). Обследовано 88 пациентов пожилого возраста, преимущественно после 65 лет, 52 женщины и 36 мужчин. Исследовали уровни Тревоги и Депрессии (по HADS), Качество жизни и уровень счастья по Визуальной Аналоговой Шкале (ВАШ), уровень ИМТ, склонность к гидратации, к приему слабительных и к полипрагмазии.

Результаты и обсуждение. Субклиническая и клинически выраженная Тревога выявлена почти у каждого второго пациента (47%). Субклиническая и клинически выраженная Депрессия выявлена почти у каждого третьего пациента (33%). Уровень клинически выраженной Тревоги у лиц с Эуэнтерией составил 19%, а у пациентов с Брадиэнтерией – 24%. Уровень клинически выраженной Депрессии при Эуэнтерии составил 14%, а при Брадиэнтерии – 16%. Нерегулярность ритма кишечника повышала риск Тревоги и Депрессии. Время ходьбы у лиц с Эуэнтерией было в 3,5 раза больше, чем у лиц с Брадиэнтерией. Прием воды около 1-2 литров в сутки при Эуэнтерии (у 46% лиц) был в 1,4 раза больше, чем при Брадиэнтерии (у 33% лиц). Наличие Утренней Кишечной Привычки у лиц с Эуэнтерией (у 77%) встречалось в 2,5 раза чаще, чем у лиц с Брадиэнтерией (у 31%). Избыток массы тела и ожирение встречалось у 62% и 68% пожилых пациентов, а ожирение встречалось у 23% лиц с Эуэнтерией и у 24% лиц с Брадиэнтерией. Слабительные принимали 44% пациентов. По-



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

липрагмазия – у 22% лиц. Нормальное качество жизни при Эуэнтерии (у 35%) встречалось почти в 2 раза чаще, чем при Брадиэнтерии (у 18% пациентов). Оптимальный уровень счастья у лиц с Эуэнтерией встречался в 12% случаев, а у лиц с Брадиэнтерией – не встречался совсем.

Выводы. Тревога и Депрессия выявлена у 47% и 33% пожилых пациентов.

Для уменьшения риска Тревоги и Депрессии у пожилых пациентов при реабилитации необходимо рекомендовать 4 основных рекомендации:

1. Увеличить время ежедневной ходьбы в 2-3 раза (идеально – около 5 км в сутки).
2. Увеличить прием жидкости до 2 литров в сутки (30 мл/кг массы тела);
3. Восстановить Утреннюю Кишечную Привычку (перевод Брадиэнтерии в Эуэнтерию);
4. Уменьшить переедание и нормализовать уровень массы тела у 62-68% пациентов.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ
С ХРОНИЧЕСКИМИ ДОРСАЛГИЯМИ****Шпагин М.В.¹, Арапов А.С.², Кукушкин В.В.³**¹ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39»,²ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России,³ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж»,

г. Нижний Новгород

Цель работы. изучение эффективности кинезитерапии в комплексной реабилитации больных с хроническими дорсалгиями.

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий были изучены результаты лечения дорсалгий. Критерием включения в исследование являлось наличие у пациента хронических болей в спине, ограничивающей объем как активных, так и пассивных движений. Обследовано 80 больных с болевым синдромом. Средний возраст больных в исследуемой группе составил 43,5 года. Мужчин – 76%, женщин – 24%. Продолжительность болевого анамнеза в среднем составила $12,0 \pm 4,5$ лет. По нозологии распределение следующее: с рефлекторно-мышечным болевым синдромом пояснично-крестцовой локализации – 50 пациентов; с FBSS-синдромом – 30 пациентов.

В исследуемой группе в комплексном лечении болевого синдрома проводилась кинезитерапия аппаратом «ЭКЗАРТА». Средний курс лечения составил 12 сеансов.

Больным проводилось клиничко-неврологическое, нейрофизиологическое, клиничко-психологическое и нейролучевое исследования. Детально изучалась информационно-структурная динамика болевого синдрома. Для оценки устойчивости пациентов в вертикальной позе проводили стабилometriю в основной стойке с помощью шестикомпонентной динамометрической платформы, изучали анализ походки с помощью программно-аппаратного комплекса «МБН-БИОМЕХАНИКА». Оценку деформации позвоночника проводили с использованием компьютерного оптического топографа.

Результаты. В результате лечения при помощи аппарата «ЭКЗАРТА» основным результатом явилось стойкое купирование болевого синдрома, что позволило сократить сроки пребывания и, как следствие, возвращение пациента к активной жизнедеятельности.

При выписке отмечается уровень тупой боли – $1,5 \pm 0,5$ балла. При клиничко-неврологическом обследовании при выписке в пояснично-крестцовом отделе позвоночника отмечено более существенное улучшение у больных основной группы. Полученные данные свидетельствуют о том, что кинезитерапия аппаратом «ЭКЗАРТА» способствует не только уменьшению боли, но и приводит



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

к исчезновению зафиксированных постуральных реакций поясничных мышц, препятствует закреплению распространенной и ограниченной патологической миофиксации, оптимизирует сегментарные мышечно-тонические, а также локальные фиксационные рефлекссы.

Заключение. Таким образом, кинезитерапевтическая технология «ЭК-ЗАРТА» обеспечивает эффективный лечебный эффект и, как следствие, может являться системной основой лечения для любого пациента с хроническим болевым синдромом.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА EMDR-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПТСР

Шпагина А.В.¹, Шпагин М.В.², Нижегородко И.Н.³

¹ФГКУ «422 Военный госпиталь» Минобороны России,

²ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39»,

³ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж»,

г. Нижний Новгород

Боевая психическая травма является причиной острых реакций боевого стресса, острых стрессовых и посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР). Острые реакции боевого стресса, часто провоцирующие острые психические расстройства, проходят самостоятельно в течение 48-72 часов при условии устранения реальной витальной угрозы для комбатанта. Острые стрессовые расстройства длятся от 2–3-х суток до 1 месяца и проявляются повторными переживаниями травматических событий, избегающим поведением и другими неконструктивными копинг-стратегиями, повышенной возбудимостью.

Цель работы. Представить опыт применения метода EMDR-терапии в комплексной реабилитации пациентов с ПТСР.

Материалы и методы. В комплексной терапии ветеранов с боевой психической травмой используется методика неспецифической десенсибилизации и переработки движением глаз (ДПДГ) (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing – EMDR), разработанная американским психологом Франсин Шапиро. ДПДГ-терапия – это поэтапный метод коррекции последствий психологической травмы путем создания благоприятных нейрофизиологических условий для запуска естественных для головного мозга механизмов переработки стойких травматических воспоминаний, образов, мыслей, эмоций, телесных ощущений и симптомов.

Обследовано 10 пациентов с ПТСР: мужчины средним возрастом 33,5 года. Курс EMDR-терапии – 14 сеансов. Оценка динамики и результатов проводилась при помощи программно-аппаратного комплекса «БОСЛАБ for Windows 98», а также шкалы оценки проявлений ПТСР. Психофизиологическое тестирование, представленное в программе «БОСЛАБ», включало сессии стресс-тестов оценки когнитивной, эмоциональной и сенсорной нагрузки.

Результаты. К окончанию терапии у 6 пациентов возросли реакции по типу «тренировки». У всех пациентов реакции по типу «стресс» не определялась. При оценке показателей ПТСР выявлено снижение выраженности симптомов ПТСР (с $12,3 \pm 0,2$ до $3,94 \pm 0,2$ баллов). В конце сессии пациенты говорили об улучшении душевного состояния, отмечали, что из тела ушло неприятное напряжение, которое они ощущали все время с момента травмы. Некоторые



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

больные отмечали ощущение притока энергии, а через несколько дней говорили, что хорошее самочувствие сохраняется, поскольку прекращено навязчивое прокручивание ситуации травмы, отнимавшее много сил. Клинически наблюдалось эмоциональное оживление и уменьшение напряженности в позе пациентов.

Заключение. EMDR-терапия позволяет значительно снизить вероятность развития острых стрессовых расстройств и их хронизации, сократить сроки возвращения комбатантов в строй. Использование методики ДПДГ помогало эмоционально переработать травматическую ситуацию, и улучшить качество жизни пострадавших. Методика ДПДГ не требует использования специального оборудования и может проводиться в любых условиях.

* * *



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ВЛИЯНИЕ БИОКЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ КУРОРТА ЮЖНОГО БЕРЕГА КРЫМА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Яновский Т.С.
ООО «ПРАЙМЕР»,
г. Симферополь

Актуальность. Согласно Приказу Минздрава России №1029н от 28.09.2020, в перечень медицинских показаний для санаторно-курортного лечения в санаторно-курортных организациях (СКО) на климатических курортах, в т.ч. на Южном берегу Крыма (ЮБК), включены ведущие соматические заболевания, в т.ч. ИБС, ГБ, ЦА и БОД. В то же время, в приказе не представлены рекомендации по предпочтительным сезонам санаторно-курортного лечения на климатических курортах. Учет влияния сезонных биоклиматических условий курорта ЮБК по критериям «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ) позволит повысить эффективность медицинской реабилитации (МР) в составе санаторно-курортного восстановительного лечения.

Цель исследования. Установить закономерности влияния погодно-климатических факторов ЮБК на эффективность МР при соматической патологии в составе санаторно-курортного лечения.

Материалы и методы. Анализ влияния погодно-климатических факторов (по данным «Крымгидромета» для г. Ялта) проведен в контингенте 836 соматических пациентов (включая 134 больных с ГБ, 289 с ИБС, 216 с ЦА и 197 с БОД), получивших комплексное санаторно-курортное восстановительное лечение в профильных СКО на ЮБК. Оценка влияния климата ЮБК на функциональное состояние пациентов проведена с использованием доменов МКФ, включая климатические домены (e225 «Климат», e2250 «Температура», e2251 «Влажность», e2252 «Атмосферное давление», e2254 «Ветер» и e22581 «Климат, другие определенные параметры – облачность») и функциональные домены (b122 «Глобальные психосоциальные функции», b2401 «Головокружение», b280 «Ощущение боли», b410 «Функции сердца», b420 «Функции артериального давления», b430 «Функции системы крови», b435 «Функции иммунной системы», b440 «Функции дыхания», b450 «Дополнительные дыхательные функции», b455 «Функции толерантности к физической нагрузке», b4601 «Ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем», b540 «Общие метаболические функции», d240 «Преодоление стресса и других психологических нагрузок»).



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Результаты и обсуждение. Характерные для климата ЮБК значения климатических доменов (e225, e2250, e2251, e2252, e2254 и e22581) выгодно отличают условия внешней среды курорта от подавляющего большинства других местностей России и дают обоснованные основания для проведения МР у пациентов с ИБС, ГБ, ЦА и БОД именно на ЮБК. Наиболее эффективную МР пациентов с ИБС на курорте ЮБК обеспечивают сезоны, относящиеся к прохладному времени года (осень, зима и весна, кроме лета). Мягкость климата ЮБК обеспечивает наиболее эффективную МР пациентов с ГБ и ЦА в теплый период года (весна, лето и осень, кроме зимы). Динамика климатических параметров ЮБК обеспечивает эффективную МР пациентов с БОД в течение всего года при условии нормальной влажности воздуха помещений.

Выводы. 1. Необходимо учитывать сезонные предпочтения для МР на курорте ЮБК: для пациентов с ИБС – осень, зима и весна; для пациентов с ГБ и ЦА – весна, лето и осень. 2. В кардиологических и неврологических СКО (для лечения пациентов с ГБ и ЦА) рекомендуется обеспечить отопление помещений (до уровня 22-24°C) при каждом снижении температуры воздуха внешней среды ниже 13°C в любой период года и обеспечить кондиционирование (охлаждение) воздуха в жаркий летний период. 3. В кардиологических СКО (для лечения пациентов с ИБС) рекомендуется включать кондиционирование помещений при температуре наружного воздуха более 25°C. 4. В пульмонологических СКО (для лечения пациентов с БОД) рекомендуется в жаркий летний период года дополнительно увлажнять воздух помещений (до уровня 30-60% относительной влажности), особенно при использовании кондиционеров (охладителей) воздуха.



АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

Ж		Коновалова Н.Г.	91
Жадан О.Н.	11, 78, 95	Конограй С.А.	11
Жатько О.В.	202	Копыток А.В.	93
З		Корчуганова О.В.	95
Заруба Т.С.	78	Косова Е.А.	98
Звегинцев Р.Р.	213	Костенич В.С.	213
Зуева А.В.	93	Котелкина О.С.	101
Зуева О.Н.	13	Крамер И.В.	200
И		Красавина Д.А.	34, 190, 191
Иванова Н.В.	41, 43	Красножен С.В.	106
Иванов И.В.	73	Кудляч А.И.	104, 117
Иващенко О.Е.	11	Кукушкин В.В.	220
Исеева Д.Р.	47	Кулемзина Т.В.	106
К		Кулябина В.А.	127
Кайсинова З.К.	159	Курмаева Д.Н.	5
Канаева М.А.	142	Л	
Кантемирова Р.К.	146, 218	Лавренова М.А.	89
Карасаева Л.А.	87	Лаврентьева Е.Д.	89
Карпатенкова О.В.	76	Лаптев А.А.	9
Катаев П.В.	78	Лапченко В.Н.	66
Каурова Т.А.	80	Лахтин В.М.	108, 110
Ким П.В.	204	Лахтин М.В.	108, 110
Кинзерская Н.А.	82	Лебедева Н.В.	112
Кинзерский А.А.	82	Лебедева С.С.	115
Клименко А.И.	182, 184	Леоненко С.В.	38
Коваль И.П.	84	Леонова Е.В.	104, 117
Козенкова О.В.	38	Лисихина Н.В.	41
Козырев А.А.	87	Литош А.Е.	78
Колчева Ю.А.	112	Логинова О.В.	119, 121
Комаров В.Т.	89	Луцинская С.И.	93
Комбарова С.Ю.	108, 110	М	
Конева Е.С.	142	Макарова О.В.	123
		Малеванный А.Е.	208
		Маль Г.С.	198
		Мамедова С.И.	101
		Манучарян Ю.Г.	125



АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

Марусич И.И.	32
Марченкова М.И.	127, 129
Махоткина Н.Н.	129
Медведева В.И.	112
Мелихова А.В.	108, 110
Миначева Р.Н.	168
Мишакова А.С.	43
Мишакова В.В.	43
Мишкин А.Ж.	148
Можейко Е.Ю.	119, 121
Мокин Е.Д.	131
Муравьев А.Г.	144
Муравьев С.А.	144
Муртазина Т.К.	148

Н

Нарбут К.И.	133
Нартокова А.С.-Х.	182, 184
Нарышкин А.Г.	136
Некрасова Е.А.	7
Нижеголенко И.Н.	222
Низамов Р.Х.	168
Никитина В.В.	138
Никич А-К.	140
Николаев К.Ю.	101
Николенко В.Н.	172
Новикова Л.И.	108, 110
Новиков В.И.	142, 144
Новиков И.В.	142, 144

О

Обрезан А.А.	146
Олькова Н.В.	148
Орлов И.А.	136
Орлов М.А.	151
Орлов М.М.	151
Осипов Ю.В.	193
Османов Э.А.	32
Очколяс В.Н.	153
Очколяс М.В.	153

П

Павлинич С.Н.	156
Парфенова А.О.	129
Перевощиков П.В.	163
Платонова Ю.Ю.	115
Плотник А.В.	13
Полетаева Д.М.	178
Полонская И.И.	123
Помников В.Г.	159, 170
Попов В.В.	216
Прокопенко Н.А.	66
Пулатов Н.Н.	5

Р

Разумовская А.М.	161
Редкокош К.И.	98
Редуто В.А.	104
Родионова А.Ю.	123
Романенко Е.В.	112
Русских О.А.	163
Рыбченко Н.В.	165

С

Сабирова Э.Р.	168
Саковский И.В.	159, 170
Санькова М.В.	172
Сафонова Ю.А.	174
Сахаров В.Ю.	175
Севастьянов М.А.	52
Сергеева Е.Н.	178
Серебрякова В.Ю.	179
Сиволапов А.Г.	182, 184
Сиволапова М.С.	182, 184
Склянная К.А.	22, 179, 186
Скоромец Т.А.	136
Скрипник Ю.В.	175
Соловьева Е.А.	64
Сотников М.В.	146
Соцкая Я.А.	196



СОДЕРЖАНИЕ

О РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Абдуллаев А.Х., Арипов Б.С., Алиахунова М.Ю., Хан Т.А.....	3
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Курмаева Д.Н., Азизов Ш.И., Пулатов Н.Н.....	5
ВЛИЯНИЕ КОНСТРУКТОРА ОБУВИ НА КИНЕМАТИЧЕСКИЕ, КИНЕТИЧЕСКИЕ И ЭЛЕКТРОКИМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ВО ВРЕМЯ ХОДЬБЫ Аксенов А.Ю., Некрасова Е.А., Щербаков С.В., Щербакова Н.И.....	7
НЕЙРОПРОТЕКТОРЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ Арапов А.С., Шпагин М.В., Лаптев А.А.....	9
КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ АТАКСИИ У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ВТОРОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ, С ПРИМЕНЕНИЕМ УПРАЖНЕНИЙ НА ГАБИТУАЦИЮ, АДАПТАЦИЮ И ТРЕНАЖЕРА ST-150 С БОС Асеев А.В., Иващенко О.Е., Конограй С.А., Жадан О.Н.....	11
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД НА РАННЕМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМОЙ И РАНЕНИЕМ НА ЗАНЯТИЯХ ЛФК С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МКФ И КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ, КАК ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО МЕТОДА ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ ИХ ЗДОРОВЬЯ И АДАПТАЦИИ Барыкина Е.И., Виноградова Т.В., Зуева О.Н., Гальцев Г.А., Плотник А.В.....	13
ВНЕДРЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ПРОЦЕСС МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ: ПЕРСПЕКТИВЫ И ВЫЗОВЫ Бегун М.С., Стасюк Г.Е.....	16
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ РАБОТЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Беляева С.И.....	19



СОДЕРЖАНИЕ

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ («БЕСШОВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ») В ПЕРМСКОМ КРАЕ Бронников В.А., Григорьева М.И., Склянная К.А.....	22
КОНКРЕТИЗАЦИЯ ПОНЯТИЯ «НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ОСНОВА КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ» Бурменская А.Н.....	25
ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ГИПОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ТРЕНИРОВКИ НА СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АМПУТАЦИЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ Варавин Н.А., Андрияненко А.О.....	27
ОБОСНОВАНИЕ КРИТЕРИЕВ ВЫБОРА МЕРОПРИЯТИЙ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Васильченко Е.М., Хохлова О.И.....	29
ВЛИЯНИЕ ПЛАНШЕТНОЙ ГИДРОТЕРАПИИ НА ТРОФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА, ПОСТУПАЮЩИХ НА САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ Власенко С.В., Османов Э.А., Марусич И.И.....	32
СОЧЕТАНИЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ И ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СИАЛОРЕЕЙ Втюрин С.В., Фролов И.Н., Красавина Д.А.....	34
СОСТОЯНИЕ СИМПАТО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ И СОДЕРЖАНИ ЙОДА В МОЧЕ У ДЕТЕЙ С ОПЕРИРОВАННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА Гаврилова О.Ф.....	36
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРИМЕРЕ КУЗБАССА Гаврилюк О.Н., Козенкова О.В., Леоненко С.В.....	38



СОДЕРЖАНИЕ

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПОСТГИПОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ: ПРОГРАММА РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА Галактионова М.Ю., Иванова Н.В., Лисихина Н.В.	41
ГРУППОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ В РАМКАХ ПРОЕКТА «ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОСЛЕ COVID-19» Галактионова М.Ю., Мишакова В.В., Мишакова А.С., Иванова Н.В.	43
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕВОЧЕК, КОТОРЫЕ ПЕРЕНЕСЛИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ, В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ Гармаш О.И.	45
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ УЧАСТНИКОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Гильмутдинова Л.Т., Фаизова Э.Р., Тутаева Г.З., Гизатуллин Т.Р., Исеева Д.Р.	47
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО ПРОФИЛЮ «ОНКОЛОГИЯ» В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН Гильмутдинова Л.Т., Фаизова Э.Р., Байназаров Р.Р., Степков А.И.	50
ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПОДБОРА КРЕСЛА-КОЛЯСКИ Головина Ю.А., Севастьянов М.А.	52
БОДИБАР КАК ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ ТРЕНАЖЕР ДЛЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ЗАНЯТИЯХ ЛФК Гращенкова А.Н., Гращенков Д.Е.	56
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДОМЕНЫ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ФУНКЦИИ И СТРУКТУРЫ ОРГАНИЗМА МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ДЛЯ КОДИРОВАНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ И ВЫЯВЛЕНИЯ АССОЦИАТИВНЫХ СВЯЗЕЙ С РАННИМИ НАРУШЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ Гуткевич Е.А., Гуткевич Е.В.	58



СОДЕРЖАНИЕ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ НА ЗАНЯТИЯХ ПО АФК С ДЕТЬМИ С РАС ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Гущикова В.Д.....	61
РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Джаныбекова И.А.....	63
ПРЕПАРАТ ЛЕГОЧНОГО СУРФАКТАНТА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ФЕНОТИПОМ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА Дудченко Л.Ш., Беляева С.Н., Соловьева Е.А., Андреева Г.Н.....	64
АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЕНИЯ КЛИМАТА В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ КРЫМА Евстафьева Е.В., Дудченко Л.Ш., Беляева С.Н., Лапченко В.Н., Прокопенко Н.А., Губин Ю.Л., Шуляк И.В.....	66
ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ БАЛЬНЕОПРОЦЕДУР С НАТУРАЛЬНЫМИ ГИДРОЛАТАМИ Ежов В.В., Григорьев П.Е., Тонковцева В.В.....	68
ОРГАНИЗАЦИЯ ЭЛЕКТРОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ АЛТАЙ В 2022 Г. Еркинова Е.В., Штанаков М.В., Дмитриева Н.А.....	70
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИК НЕЙРОГИМНАСТИКИ ПРИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ УЧРЕЖДЕНИИ Иванов И.В., Сырникова Б.А., Гладкова Т.В., Стороженко Д.В.....	73
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПРОФИЛЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ Карпатенкова О.В.....	76
ПРИМЕНЕНИЕ СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКОЙ ПЛАТФОРМЫ И СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ УПРАЖНЕНИЙ ФРЕНКЕЛЯ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА ПАДЕНИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ Катаев П.В., Жадан О.Н., Бондарович К.А., Заруба Т.С., Литош А.Е.....	78



СОДЕРЖАНИЕ

ЗНАЧЕНИЕ КОПИНГА В ИСХОДАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЛИЦЕВЫМ ПАРАЛИЧЕМ В НЕЙРООНКОЛОГИИ Каурова Т.А., Гуляев Д.А.....	80
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТОПЕРАЦИОННЫХ РУБЦОВ С УЧЕТОМ ИХ ВЛИЯНИЯ НА РАЗВИТИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ ПОЗВОНОЧНИКА Кинзерская Н.А., Сумная Д.Б., Кинзерский А.А.....	82
ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТКОВИДНЫХ ПНЕВМОНИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ Коваль И.П., Суслова Г.А., Булина О.В.....	84
ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИНАМИЧЕСКИ МЕНЯЮЩЕГОСЯ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ ОБРАЩЕНИЮ ПЕРСОНАЛЬНЫМИ ДАННЫМИ В РАМКАХ РАЗВИТИЯ ИНФРАСТРУКТУРЫ «ЦИФРОВОГО ПРОФИЛЯ» Козырев А.А., Карасаева Л.А.....	87
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЛОКИЗУМАБОМ (ОКЗ) ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (РА) И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА Комаров В.Т., Хичина Н.С., Григорьева О.Г., Лавренова М.А., Филатова М.А., Лаврентьева Е.Д.....	89
АССИСТИВНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ КРЕСЛОМ-КОЛЯСКОЙ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ Коновалова Н.Г., Дробышева Е.Г.....	91
ПОКАЗАТЕЛИ ТЯЖЕСТИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ Копыток А.В., Воронец О.А., Лущинская С.И., Зуева А.В.....	93
ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА Корчуганова О.В., Жадан О.Н., Хаверко В.А.....	95



СОДЕРЖАНИЕ

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ЦИФРОВОЙ ДОСТУПНОСТИ ОФИЦИАЛЬНЫХ ВЕБ-САЙТОВ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Косова Е.А., Редкокош К.И.....	98
КОНТРОЛИРУЕМЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Котелкина О.С., Мамедова С.И., Николаев К.Ю., Урванцева И.А.....	101
ВЛИЯНИЕ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НА СОН У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА Кудлач А.И., Леонова Е.В., Филипович Е.К., Редуто В.А., Бурнель К.А.....	104
К ВОПРОСУ О ПРЕВЕНТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ Кулемзина Т.В., Красножен С.В.....	106
ДЛИННЫЙ COVID-19: РАННЯЯ И ПОЗДНЯЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАТОЛОГИЙ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ Лахтин В.М., Лахтин М.В., Новикова Л.И., Мелихова А.В., Давыдкин В.Ю., Комбарова С.Ю.....	108
ПОДХОДЫ К СИСТЕМНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ: ОЦЕНКА СОПУТСТВУЮЩИХ ПАТОЛОГИЙ ДЛИННОГО КОВИДА ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ И РЕАЛИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ Лахтин В.М., Лахтин М.В., Новикова Л.И., Мелихова А.В., Давыдкин В.Ю., Комбарова С.Ю.....	110
ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ) ДЛЯ ОЦЕНКИ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА С МЕРОЗИН-НЕГАТИВНОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИЕЙ Лебедева Н.В., Колчева Ю.А., Медведева В.И., Романенко Е.В., Адрианов А.В.....	112



СОДЕРЖАНИЕ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ ДЛЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В КОНТЕКСТЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА Лебедева С.С., Платонова Ю.Ю.....	115
ВЛИЯНИЕ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НА УСПЕХИ В УЧЕБЕ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА Леонова Е.В., Кудлач А.И., Шалькевич Л.В., Терещенко Ж.В., Шиянова А.В.....	117
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АРТИКУЛЯЦИОННОГО ТРЕНАЖЕРА В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ Логонова О.В., Можейко Е.Ю.....	119
ОЦЕНКА ВИДА ДИЗАРТРИИ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА НЕВРОЛОГИИ И ЛОГОПЕДИИ: ВНЕДРЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ШКАЛЫ Логонова О.В., Можейко Е.Ю.....	121
РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДАМ ВСЛЕДСТВИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, ОСЛОЖНЕННОГО АМПУТАЦИЯМИ Макарова О.В., Столов С.В., Родионова А.Ю., Полонская И.И.....	123
ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ВОПРОСАМ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Манучарян Ю.Г.....	125
ЛЕЧЕБНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА: НАУКОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДОКАЗАТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ Марченкова М.И., Кулябина В.А.....	127
ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ Махоткина Н.Н., Марченкова М.И., Парфенова А.О.....	129



СОДЕРЖАНИЕ

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИСКУССТВЕННОГО МИКРОКЛИМАТА У ПОДРОСТКОВ Мокин Е.Д.....	131
РАЗВИТИЕ НАГЛЯДНО-ОБРАЗНОГО МЫШЛЕНИЯ КАК СРЕДСТВО СОЦИАЛЬНОЙ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОВЗ Нарбут К.И.....	133
МЕСТО И ЗНАЧЕНИЕ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ НЕЙРОМОДУЛЯЦИИ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ Нарышкин А.Г., Горелик А.Л., Скоромец Т.А., Галанин И.В., Орлов И.А.....	136
РОЛЬ КОМПЛЕКСА В КОНТРОЛЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА Никитина В.В.....	138
КИНЕЗИОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ АРТРОПЛАСТИКА КОЛЕННОГО СУСТАВА Никич А.К.....	140
ПРОВЕДЕНИЕ ПИЛОТНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ИННОВАЦИОННОГО РЕШЕНИЯ – ГИДРОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ АППАРАТОВ Новиков В.И., Конева Е.С., Канаева М.А., Новиков И.В.....	142
МОДУЛЬНЫЙ РОБОТИЗИРОВАННЫЙ ОРТОПЕДИЧЕСКИЙ АППАРАТ С НЕЙРОУПРАВЛЯЕМЫМ КОЛЕННЫМ УЗЛОМ Новиков В.И., Муравьев С.А., Муравьев А.Г., Новиков И.В.....	144
ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ У ЛИЦ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ФАКТОРАМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА Обрезан А.А., Туктаров А.М., Кантемирова Р.К., Сотников М.В.....	146



СОДЕРЖАНИЕ

ИТОГИ ПЕРВОГО ГОДА РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ПО КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ Олькова Н.В., Муртазина Т.К., Мишкин А.Ж.....	148
ПРИМЕНЕНИЕ ХОНДРОПРОТЕКТОРОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В СПИНЕ Орлов М.М., Орлов М.А., Адикаева Ж.А.....	151
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С УХУДШЕНИЕМ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19 Очколяс М.В., Очколяс В.Н.....	153
ОПЫТ КОМБИНИРОВАНИЯ МАНУАЛЬНЫХ ТЕХНИК С КИТАЙСКИМ МЕТОДОМ ГУАША В РЕАБИЛИТАЦИИ НАРУШЕНИЙ В ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ СПОРТИВНЫХ ТРАВМ НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ Павлинич С.Н.....	156
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАНИЧЕСКИМИ АТАКАМИ НА ФОНЕ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И НАРУШЕНИЙ СТРОЕНИЯ ИЛИ ТОПОГРАФИИ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ Помников В.Г., Кайсинова З.К., Саковский И.В.....	159
ЗНАЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАВМУ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ РАЦИОНАЛЬНОМ ТРУДОВОМ УСТРОЙСТВЕ Разумовская А.М.....	161
ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ НЕГЛЕКТА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛЕВОГО ПОЛУШАРИЯ Русских О.А., Перевощиков П.В., Бронников В.А.....	163



СОДЕРЖАНИЕ

ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ: ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ Рыбченко Н.В.....	165
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АПК «ШУФРИД» ДЛЯ ОЦЕНКИ ВНИМАНИЯ И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ УЧАСТНИКОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ Сабирова Э.Р., Низамов Р.Х., Миначева Р.Н., Бурыкин И.М.....	168
ПОВЫШЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА С ПОМОЩЬЮ АКТИВАЦИИ ВООБРАЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА Саковский И.В., Помников В.Г.....	170
ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В КОНТЕКСТЕ БЕЗОПАСНОСТИ СПОРТА Санькова М.В., Николенко В.Н.....	172
ПАДЕНИЯ И ПЕРЕЛОМЫ КАК ИСХОД САРКОПЕНИИ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Сафонова Ю.А., Винтовкин А.С.....	174
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА КИНЕЗОТЕРАПИИ В МЕДИКО-КОНДУКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И УСТРОЙСТВО В МЕТОДЕ – РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ КОСТЮМ «АТЛАНТ» В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ПАЦИЕНТОВ Сахаров В.Ю., Скрипник Ю.В.....	175
СТИМУЛЯЦИЯ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА МАГНИТНЫМ ПОЛЕМ ПРИ СТРЕССОВОМ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ Сергеева Е.Н., Полегаева Д.М., Авдеенко Ю.Г.....	178
ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ (ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ): ОПЫТ ГБУ ПК «ЦЕНТР КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ» Серебрякова В.Ю., Бронников В.А., Скланная К.А.....	179



СОДЕРЖАНИЕ

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ МЕТОДОВ ФИЗИОТЕРАПИИ ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ВТОРОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Сиволапова М.С., Сиволапов А.Г., Гулиева Л.А., Аксенова Л.К., Нартокова А.С.-Х., Клименко А.И.	182
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ КРОВИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Сиволапова М.С., Сиволапов А.Г., Гулиева Л.А., Аксенова Л.К., Нартокова А.С.-Х., Клименко А.И.	184
ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В КОНТЕКСТЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ Склянная К.А., Бронников В.А.	186
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИРОДОТЕРАПИИ (ЗООТЕРАПИИ) В СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ Таенкова А.А., Таенкова И.О.	188
УЛУЧШЕНИЕ ЛОКОМОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ, КАК РЕЗУЛЬТАТ БОТУЛИНОТЕРАПИИ СПАСТИЧНЫХ МЫШЦ И КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЦП Фролов И.Н., Втюрин С.В., Красавина Д.А.	190
БОКОВАЯ ХОДЬБА, КАК ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП ПРИ СОЗДАНИИ ЛОКОМОТОРНЫХ ПАТТЕРНОВ Фролов И.Н., Втюрин С.В., Красавина Д.А.	191
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ РЕФЛЕКТОРНОЙ ДИСТРОФИИ КИСТИ Хамко К.М., Осипов Ю.В.	193



СОДЕРЖАНИЕ

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В, СОЧЕТАННЫМ С НАРУШЕНИЯМИ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА Хабарова А.В., Соцкая Я.А.....	196
ФЕЛОДИПИН С ПОЗИЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Хлямов С.В., Маль Г.С.....	198
СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ С ПОЗИЦИИ ДОСТУПНОСТИ КАЧЕСТВЕННЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ Хохлова О.И., Васильченко Е.М., Крамер И.В.....	200
К ВОПРОСУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НУЖДАЕМОСТИ ИНВАЛИДА С ГЕМИПАРЕЗОМ В МЕРАХ РЕАБИЛИТАЦИИ Хохлова О.И., Васильченко Е.М., Жатько О.В.....	202
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИИ ПОЗВОНОЧНИКА Цоллер К.А., Ким П.В.....	204
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОПАТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИИ СОСАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ Цоллер К.А., Малеванный А.Е.....	208
СУХИЕ УГЛЕКИСЛЫЕ ВАННЫ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ Чепурная Л.Ф.....	211
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЛОКАЛИЗОВАННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ МОНОТЕРАПИИ И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ Черноротов В.А., Костенич В.С., Звезгинцев Р.Р.....	213

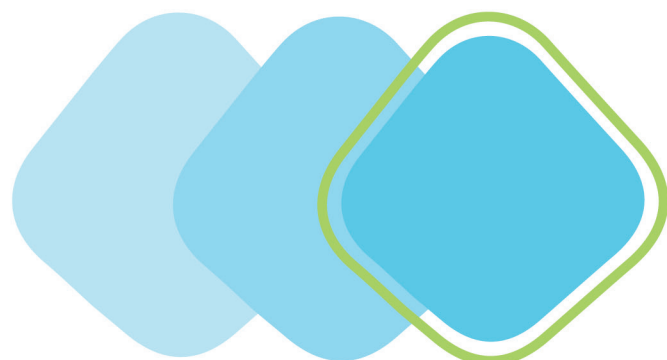


СОДЕРЖАНИЕ

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАННЕГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ Черных Е.М., Хасанова Н.М., Попов В.В.....	216
ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ Шемеровский К.А., Кантемирова Р.К.....	218
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДОРСАЛГИЯМИ Шпагин М.В., Арапов А.С., Кукушкин В.В.....	220
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА EMDR-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПТСР Шпагина А.В., Шпагин М.В. ² , Нижегородко И.Н.....	222
ВЛИЯНИЕ БИОКЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ КУРОРТА ЮЖНОГО БЕРЕГА КРЫМА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Яновский Т.С.....	224



ШЕСТОЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС РЕАБИЛИТАЦИЯ - XXI ВЕК: ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ



СБОРНИК СТАТЕЙ
КОНГРЕССА

18-19 СЕНТЯБРЯ 2023

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ
ИМ. Г.А. АЛЬБРЕХТА»

**VI НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

РЕАБИЛИТАЦИЯ – XXI ВЕК: ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ

Сборник статей

К 145-летию со дня рождения Г.А. Альбрехта



**18–19 сентября 2023 года
Санкт-Петербург
РОССИЯ**

УДК 364
ББК 67.305
Р 31

Р 31 Реабилитация – XXI век: традиции и инновации: материалы VI Национального конгресса с международным участием, Санкт-Петербург, 18 – 19 сентября 2023 года. – СПб.: ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, 2023. – 340 с.

В сборнике статей VI Национального конгресса с международным участием «Реабилитация – XXI век: традиции и инновации» представлены работы, обобщающие опыт реализации пилотных проектов на территории Российской Федерации и результаты научно-практических исследований в области реализации Конвенции о правах инвалидов, развития современной модели инвалидности, реализации государственной программы «Доступная среда», формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, оценки эффективности реабилитации, применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, применения ассистивных технологий, межведомственного взаимодействия при освидетельствовании и реабилитации инвалидов, применения инновационных и цифровых технологий в травматологии и ортопедии.

Представленные в сборнике статьи адресованы сотрудникам профильных исполняющих органов государственной власти и специалистам в области реабилитации, образования, учреждений медико-социальной экспертизы, социальной защиты населения, службы занятости.

Главный редактор:

Пономаренко Г.Н. – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, генеральный директор ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, заведующий кафедры физической и реабилитационной медицины ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России.

Редакционная коллегия:

Сокуров А.В. – доктор медицинских наук, директор Института дополнительного профессионального образования ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России.

Свинцов А.А. – кандидат медицинских наук, доцент, директор Института реабилитации и абилитации ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р 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 ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России.

Петрищева К.Н. – научный сотрудник лаборатории инновационных и реабилитационно-экспертных технологий Института протезирования и ортезирования ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России.

ISBN 978-5-6048942-3-1

© Минтруд России, 2023
© ФГБУ ФНОЦМСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, 2023
© ООО «Модерн», оформление

THE MINISTRY OF LABOUR AND SOCIAL PROTECTION
OF THE RUSSIAN FEDERATION
FEDERAL STATE BUDGETARY INSTITUTION
“FEDERAL SCIENTIFIC AND EDUCATIONAL CENTRE
OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE AND REHABILITATION
N.A. G.A.ALBRECHT”

**IV INTERNATIONAL CONGRESS
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION**

REHABILITATION – XXI CENTURY: TRADITIONS AND INNOVATIONS

Collection of articles

To the 145th anniversary of the birth of G.A. Albrecht



**RUSSIA
St. Petersburg
18 – 19 September 2022**

Rehabilitation – XXI Century: Traditions and Innovations: Collection of the articles of the VI International Congress with International Participation, St. Petersburg, 18 – 19 September 2023. – St. Petersburg, FSEC MSE and R of Albrecht, 2023. – 340 p.

The collection of articles of the VI National Congress with International Participation “Rehabilitation – XXI Century: Traditions and Innovations” contains works summarizing experience in implementing pilot projects in the Russian Federation and the results of scientific and practical research in the implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, the development of a modern model of disability, the implementation of the state program “Accessible Environment”, the formation of a system of comprehensive rehabilitation and habilitation of persons with disabilities and children with disabilities, evaluation of the effectiveness of rehabilitation, the application of the International Classification of Functioning, Disabilities and Health, the use of assistive technologies, interdepartmental interaction in the examination and rehabilitation of people with disabilities, the use of innovative and digital technologies in traumatology and orthopedics.

The collection of articles is addressed to professionals of specialized executive bodies of state power and specialists in rehabilitation, education, institutions of medical-social expertise, social protection and employment services.

Chief Editor:

Ponomarenko G.N. – Corresponding member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences, Professor, Director General of Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Head of the Department of Physical and Rehabilitation Medicine of the North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

Editorial board:

Sokurov A.A. – Doctor of Medical Sciences, the Director of the Institute of Additional Professional Education of Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation.

Svintsov A.A. – Candidate of Medical Sciences, the Director of the Institute of Rehabilitation and Habilitation of the Disabled of Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation.

Shoshmin A.V. – Candidate of Biological Science, the Head of the Department of International Classifications and Systems of Rehabilitation and Habilitation (the WHO-FIC Collaborating Centre) of the Institute of Rehabilitation and Habilitation of the Disabled of Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation.

Petrishcheva K.N. – Researcher, Laboratory of Innovative, Rehabilitation and Expert Technologies of the Institute of Prosthetics and Orthotics of Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation.

Раздел 1

**КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ И ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ
КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ
В РОССИИ И МИРЕ**

Section 1

**CONCEPTUAL AND LEGAL ISSUES
OF THE COMPREHENSIVE REHABILITATION
OF PEOPLE WITH DISABILITIES
IN RUSSIA AND THE WORLD**

УДК 364+369+304.44

УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И КЛАССИФИКАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ: ОПЫТ ШВЕЦИИ

Шошмин А.В., Бесстрашнова Я.К., Петрищева К.Н.

ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. В «экономике благосостояния» в центр государственной политики поставлены граждане и улучшение их благосостояния. Такая социальная политика проводится в Швеции. Одним из факторов улучшения макроэкономических показателей государства может стать оказание реабилитационных услуг тем, кто в них нуждается (около 4,2 млн. жителей Швеции).

Цель исследования заключалась в изучении полномочий органов государственной власти и подходов к классификации услуг в области реабилитации.

Материалы и методы. Выполнен контент-анализ национального законодательства, связанного со структурой управления и распределением полномочий в сфере реабилитации между органами государственной власти национального, регионального и муниципального уровня. Управление реабилитацией относится к полномочиям Министерства здравоохранения и социальных дел. Услуги по реабилитации и абилитации предоставляются в соответствии с несколькими законами и специально разработанной классификацией социальных вмешательств (KSI).

Результаты. В Швеции классификация социальных вмешательств используется параллельно с классификацией вмешательств в здравоохранении. Поскольку обе национальные классификации разработаны на основе Международной классификации медико-социальных вмешательств (ICHI, МКВ), обеспечивается использование единой терминологии и преемственности данных в документообороте при ведении личных дел получателей услуг. Анализ структуры кода социальных вмешательств показал, что 1-й фрагмент кода соответствует оси «Цель», 2-й фрагмент - оси МКВ «Действие», 3-й фрагмент кода - оси «Средства», но 3-й фрагмент фактически не задействован в текущей версии классификации. Структура кода социального вмешательства в Швеции совпадает с предложенной структурой кода услуги для разрабатываемого перечня услуг по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. Следовательно, коды социальных вмешательств могут рассматриваться на предмет соответствия российскому законодательству, определяющему услуги по комплексной реабилитации и абилитации.

Заключение. На примере Швеции мы видим последовательную многолетнюю политику построения системы социальной защиты. В последнее время наблюдается явно выраженный тренд в сторону оказания услуг на дому, что позволяет в несколько раз увеличить охват нуждающихся в реабилитационных услугах. Планируется дальнейшее развитие классификации социальных вмешательств. Опыт Швеции может использоваться при разработке классификатора услуг комплексной реабилитации и абилитации.

Ключевые слова: реабилитация, реабилитационная услуга, вмешательство, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, Международная классификация медико-социальных вмешательств, Швеция.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Шошмин Александр Владимирович, канд. биол. наук; адрес: 195067 г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская д. 50; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1928-275X>; eLibrary SPIN: 5743-8646; e-mail: shoshminav@mail.ru

Бесстрашнова Янина Константиновна, канд. экон. наук; адрес: 195067 г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская д. 50; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5249-3674>; eLibrary SPIN: 5414-9615; e-mail: besstjan@mail.ru

Петрищева Кристина Николаевна; адрес: 195067 г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская д. 50; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3207-7243> (Kristina Rozhko); eLibrary SPIN: 3980-3492 (Рожко К.Н.); e-mail: rozhkokris@yandex.ru

Вклад авторов: Разработка дизайна исследования, сбор данных, анализ и написание статьи – Шошмин А.В.; сбор данных, анализ, написание и редактирование статьи - Бесстрашнова Я.К.; сбор данных, анализ и написание статьи – Петрищева К.Н. Все авторы ознакомлены и согласны с версией статьи для публикации.

MANAGEMENT OF THE REHABILITATION SYSTEM AND THE CLASSIFICATION OF REHABILITATION SERVICES: THE SWEDISH CASE

A.V. Shoshmin, Y.K. Besstrashnova, K.N. Petrishcheva

Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Saint Petersburg, Russia

Abstract

Background. *In "the wellbeing economy", citizens and the improvement of their well-being are placed at the center of public policy. Such a social policy is conducted in Sweden. One of the factors for improving the national macroeconomic indicators may become delivery of rehabilitation services to those in need (about 4.2 mln people in Sweden).*

Aim. *The study was aimed at responsibilities of public authorities and approaches to the classification of services in the field of rehabilitation.*

Materials and methods. *Regarding the structure and distribution of responsibilities between public authorities at the national, regional and municipal levels, the content analysis of the national legislation was carried out in the field of rehabilitation. Rehabilitation management belongs to the responsibility of the Swedish Ministry of Health and Social Affairs. Rehabilitation and habilitation services are provided in accordance with several laws and a specially developed classification of social interventions (KSI).*

Results. *In Sweden, the classification of social interventions is used in parallel with the classification of health interventions. Since both national classifications were developed on the basis of the International Classification of Health Interventions (ICHI), this ensures using the common terminology and continuity of data in the workflow when maintaining the personal records of service recipients. The analysis of the structure of the social intervention code showed that the 1st fragment of the code corresponds to the ICHI axis "Target", the 2nd fragment of the code - the ICHI axis "Action", but the 3rd fragment of the code – the ICHI axis "Means", but it is not actually involved in the current version of the classification. The structure of the social intervention code in Sweden coincides with the proposed structure of the service code for the classifier of comprehensive rehabilitation and habilitation services for persons with disabilities*

in Russia. Therefore, the social intervention codes can be considered for compliance with the Russian legislation defining services for comprehensive rehabilitation and habilitation.

Conclusion. *On the example of Sweden, we see a consistent long-term policy of building a social protection system. Recently, there has been a pronounced trend towards the provision of services at home, which allows to increase the coverage of those in need of rehabilitation services. Further development of the social intervention classification is expected. The experience of Sweden has to be studied in the development of the classifier of comprehensive rehabilitation and habilitation services.*

Keywords: *rehabilitation, rehabilitation service, intervention, International Classification of Functioning, Disability and Health, International Classification of Health Interventions, Sweden.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Alexander V. Shoshmin, PhD in Biology; 50 Bestuzhevskaya str., Saint Petersburg, 195067; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1928-275X>; eLibrary SPIN: 5743-8646; e-mail: shoshminav@mail.ru

Yanina K. Besstrashnova, PhD in Economics; 50 Bestuzhevskaya str., Saint Petersburg, 195067; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5249-3674>; eLibrary SPIN: 5414-9615; e-mail: besstjan@mail.ru

Kristina N. Petrishcheva; 50 Bestuzhevskaya str., Saint Petersburg, 195067; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3207-7243> (Kristina Rozhko); eLibrary SPIN: 3980-3492 (Kristina N. Rozhko); e-mail: rozhkokris@yandex.ru

Author contribution statement:

Design of the research, data collection, analysis and writing of the manuscript – A.V. Shoshmin; data collection, analysis, writing and editing of the manuscript - Y.K. Besstrashnova; data collection, analysis and writing of the manuscript – K.N. Petrishcheva. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Введение. Один из лучших образцов социальной политики реализуется при так называемой «экономике благосостояния». Граждане и улучшение их благосостояния поставлены в центр государственной политики, что характерно для Швеции. В основе данного подхода лежит следующий принцип - приоритеты государственных расходов должны определяться степенью улучшения благосостояния населения. Анализ государственных расходов, в основном, принял форму поэтапного анализа эффективности затрат. Выгоды от дополнительных расходов оцениваются с точки зрения результатов в отношении граждан [1].

В Швеции социальные услуги определяются как гражданские права. Все граждане имеют право на равное, финансируемое за счет налогов социальное обеспечение. Исключением является страхование по безработице, выделенное из системы государственной социальной защиты и основанное на принципе добровольности [2]. Для понимания системы реабилитации в Швеции нужно представлять структуру управления здравоохранением и социальной сферой.

Общая численность населения Швеции составляет 10,2 млн. чел. По классификации Всемирного банка страна имеет высокий уровень дохода. Около 4,2 млн. жителей имеют,

по крайней мере, одно патологическое состояние, при котором могли бы помочь реабилитационные услуги [3].

Цель исследования. Цель исследования заключалась в изучении полномочий органов государственной власти и подходов к классификации услуг в области реабилитации на примере Швеции.

Материалы и методы исследования. В Швеции существует три уровня управления: национальный, региональный и местный. Кроме того, существует европейский уровень, который приобретает всё большее значение после вступления Швеции в Европейский союз.

Конституция Швеции содержит положения, определяющие отношения между принятием решений и исполнительной властью. Закон Швеции о местном самоуправлении 1992 года регулирует деление на муниципалитеты, а также организацию и полномочия муниципалитетов и региональных советов. Он также содержит правила для выборных представителей, муниципальных советов, исполнительных советов и комитетов.

Разделение задач между центральным правительством и муниципалитетами с годами изменилось. Деятельность, в основном, была передана от центрального правительства муниципальным органам, в том числе исходя из принципов демократии. В муниципалитетах легче поддерживать постоянный контакт между лицами, принимающими решения, и частными лицами.

Швеция разделена 21 регион (лен), 290 муниципалитетов (коммун) [4]. Они несут ответственность в том числе за больничный уход и первичную помощь. Данные региональные институты для поддержания процесса функционирования системы здравоохранения и социальной защиты могут нанимать сотрудников всех профессий [5].

Здравоохранение в Швеции, в основном, финансируется за счет налогов, взимаемых региональными советами и муниципалитетами, универсально для всех граждан и децентрализовано [6], хотя существует и частное здравоохранение. В общей сложности 21 совет отвечает за первичную и стационарную помощь в стране.

Каждый региональный совет состоит из нескольких муниципалитетов. Ставка подоходного налога для жителей в разных регионах и муниципалитетах различается. Муниципалитеты принимают решение о том, как эти деньги должны расходоваться. Муниципальные образования, которые несут ответственность за уход за пожилыми людьми, включая домашнее здравоохранение (кроме Стокгольма), но муниципалитеты не нанимают врачей, а только прочий медицинский персонал [5].

Реабилитацию в Швеции организует *Министерство здравоохранения и социальных дел*. Оно отвечает за вопросы, касающиеся социальной защиты населения и общественного здоровья (социальные услуги, медико-санитарная помощь, укрепление здоровья и пр.), здравоохранение, уход за пожилыми людьми. В сферу ответственности министерства также входит социальное страхование, которое обеспечивает финансовую безопасность больных людей, пожилых или маленьких детей. Также включены вопросы, касающиеся индивидуального и семейного ухода, поддержки людей с ограниченными возможностями и ухода за пожилыми людьми. Министерство занимается правами людей с ограниченными возможностями и вопросами, связанными с пенсионной системой, правами детей и

инвалидов, спорта, молодежной политики, гражданского общества, религиозных общин и услуг погребения и кремации.

При министерстве работает Национальный совет по здравоохранению и социальному обеспечению. Им руководит совет управляющих, назначаемый правительством. Он является государственным учреждением с очень широким спектром деятельности и множеством различных обязанностей в области социальных услуг, здравоохранения и медицинского обслуживания, безопасности пациентов и эпидемиологии. Большая часть его деятельности относится к персоналу, менеджерам и лицам, принимающим решения в вышеупомянутых областях [7].

Совет включает в себя департаменты коммуникаций, разрешений и государственных субсидий, наукоемкой политики здравоохранения, наукоемкой политики социального обслуживания, оценки и анализа, регистров и статистики, вспомогательных служб, аппарат генерального директора и юридический отдел.

Деятельность Совета направлена на обеспечение удовлетворения потребностей людей в медицинской и социальной помощи на протяжении всей их жизни, объединение усилий медицинских и социальных служб исходя из потребностей, обстоятельств и пожеланий человека. В случае, если ресурсы ограничены, их используют для тех, кто в них больше всего нуждается.

Совет собирает, обобщает, анализирует информацию, разрабатывает стандарты на основе законодательства и собранной информации, выполняет другие официальные обязанности, такие как ведение реестров данных о состоянии здоровья и официальной статистики. В Министерстве здравоохранения и социальных дел работают четыре министра. Министерство возглавляет министр, в чьи обязанности входит:

- политика общественного здравоохранения, включая усилия по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, а также деятельность по предотвращению самоубийств;
- психиатрические услуги и психическое здоровье;
- стоматологическая помощь;
- борьба с инфекционными заболеваниями, включая COVID-19 (тестирование, вакцинация и т. д.);
- спорт;
- молодежная политика;
- условия для гражданского общества и государственных грантов;
- религиозные сообщества;
- услуги погребения и кремации;
- устойчивость к противомикробным препаратам (AMR);
- медицинские данные, электронное здравоохранение и науки о жизни;
- политика в отношении алкоголя, наркотиков, допинга, табака и азартных игр (ANDTG);
- глобальное здоровье;
- организация отдыха на природе и развитие отдыха на природе для оздоровления на-

селения.

В обязанности министра здравоохранения входит:

- здравоохранение и медицинское обслуживание, за исключением вопросов, касающихся психиатрических услуг;
- врачи и персонал, оказывающий медицинскую помощь при выполнении своих профессиональных обязанностей;
- предоставление услуг здравоохранения и медицинского обслуживания;
- фармацевтика, медицинские приборы и косметика;
- аптечные услуги;
- готовность здравоохранения и медицинского обслуживания к кризису.

В обязанности министра социальных дел входит:

- социальные услуги, в том числе уход за детьми и молодежью, уход за людьми с ограниченными возможностями, уход за наркоманами и другая социальная помощь;
- политика инвалидности;
- политика в области прав ребенка, включая координацию и разработку вопросов, касающихся прав ребенка и других детских проблем;
- шведское и международное усыновление.

В обязанности министра по делам пожилых людей и социального обеспечения входит:

- уход за пожилыми людьми;
- страхование от болезни;
- страхование от несчастных случаев на производстве и государственная защита от травм;
- пенсии;
- финансовая поддержка семей с детьми;
- жилищное пособие, жилищная надбавка и дополнительное жилищное пособие.

Социальное страхование покрывает: финансовое обеспечение больных и инвалидов; финансовую безопасность пожилых людей; и финансовую безопасность семьи и детей.

Важное влияние оказывает Шведский совет по оценке технологий в здравоохранении (Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering). Его основной целью является содействие использованию рентабельных технологий здравоохранения. Он рассматривает и оценивает влияние как новых, так и существующих технологий с медицинской, социальной и этической точек зрения. Информация о результатах распространяется среди государственных и местных органов власти и служит основой для принятия решений [8].

Кроме этого, политику в области профессиональной реабилитации определяют отделы Министерства занятости Швеции [9].

В состав *Министерства занятости* входят несколько отделов.

Отдел политики рынка труда отвечает за вопросы, касающиеся услуг по трудоустройству, программ политики рынка труда, выхода новых иммигрантов на рынок труда, страхования по безработице, поддержки деятельности, пособий на развитие и пособий на адап-

тацию. Отдел также отвечает за профессиональную реабилитацию и другие вопросы политики на рынке труда в отношении людей с ограниченными возможностями, влекущими за собой снижение трудоспособности.

В сферу ответственности отдела входят административные вопросы и вопросы развития, касающиеся Шведской государственной службы занятости (Arbetsförmedlingen), Совета Европейского социального фонда в Швеции (Swedish ESF Council), Шведского совета по безработице и Арктического профессионального фонда.

Отдел по правам человека и вопросам дискриминации отвечает за координацию и разработку вопросов прав человека на национальном уровне. Он также отвечает за вопросы, касающиеся дискриминации по признаку пола, трансгендерной идентичности или самовыражения, этнического происхождения, религии или других убеждений, нарушений здоровья, сексуальной ориентации или возраста. В сферу ответственности отдела также входят вопросы, касающиеся расизма и подобных форм враждебности, положение гомосексуалистов, бисексуалов и транссексуалов, а также людей с трансгендерной идентичностью или самовыражением на национальном уровне, а также координация и разработка данных вопросов.

Отдел отвечает за административные вопросы и развитие, касающиеся омбудсмена по вопросам равенства, Совета по борьбе с дискриминацией и правозащитного института.

Люди с ограниченными возможностями должны иметь возможность полноценно участвовать в жизни общества, не подвергаясь дискриминации. Интеграция перспективы прав инвалидов в более политические и социальные области находятся в центре внимания. В 2023 году будут рассмотрены меры общей ответственности центрального правительства за личную персональную помощь в рамках Закона о поддержке и обслуживании лиц с определенными функциональными нарушениями [10].

В реабилитации нуждаются 4,24 млн. человек, из них 160,4 тыс. дети до 14 лет (75,7 тыс. девочек и 84,7 тыс. мальчики) [11].

Работа по реабилитации основана на Законе о здравоохранении и медицинских услугах (Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)), Законе о социальных услугах (Socialtjänstlagen (SoL)), Законе о поддержке (специальных услугах) и услугах для некоторых инвалидов (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)). В LSS описаны правила, по которым люди имеют право на поддержку со стороны своего муниципалитета [12].

SoL определяет, что все касающиеся ребенка решения должны приниматься исключительно в интересах самого ребенка (лица, не достигшего 18-летнего возраста). Муниципальная социальная служба обязана работать над обеспечением нормальных условий для детей и молодежи; в тесном сотрудничестве с семьями способствовать их личному, физическому и социальному развитию; активно противодействовать алко-, нарко-, допинговой и игровой зависимости среди молодежи. Они также должны следить, чтобы несовершеннолетние не находились в опасном окружении. Социальные работники обязаны тесно сотрудничать с родителями для обеспечения всей необходимой защиты и поддержки детей и молодежи из группы риска. В интересах ребенка могут предоставляться опека и воспитание вне дома.

Схематично систему предоставления социальных услуг, в том числе в области реабилитации, можно представить следующим образом.

На первом этапе проводится обновленная или первичная оценка. Она проводится, чаще всего, на основании заявления, в результате уведомления или другим способом. Администратор составляет предварительную оценку.

На втором этапе открывается дело и планируется, какие действия необходимы для углубленной оценки состояния и что, какую документацию необходимо подготовить для этого. Данные могут собираться в процессе беседы, с использованием стандартизированных методов оценки, как информация из других источников. Социальный работник использует полученную информацию о текущем состоянии и ситуации человека, основываясь на Международной классификации ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [13], чтобы оценить необходимость во вмешательстве (с помощью МКФ [13]) и ставит возможные цели для достижения другого состояния. Далее определяются виды индивидуальной поддержки и/или вмешательств (классифицируется в соответствии с Классификацией вмешательств и мероприятий социальных служб (KSI) [14]), которые удовлетворяют текущие потребности для того, чтобы человек имел разумный уровень жизни.

Третий этап – кейс-менеджер принимает окончательное решение о предоставлении помощи человеку. Этот шаг включает возможную апелляцию.

Четвертый этап – формирование программы предоставления услуг(-и). оформление задания исполнителю.

На пятом этапе исполнитель получает задание и планирует его реализацию, по возможности с согласованием с физическим лицом. Основываясь на ранее выявленных условиях и целях, составляет план реализации, в котором указаны цели, подцели и запланированные индивидуальные мероприятия, то, как будет осуществляться последующая деятельность. На основании этого плана проводятся мероприятия. Исполнитель постоянно следит за тем, чтобы лицо, которому предоставляется услуга, получало соответствующие услуги и выполняло предписания в соответствии с решением Совета, а также результатом (определенным по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)) по достижению установленных целей.

Шестой этап предусматривает ответственность Совета, включая контроль за получением услуг и их соответствием установленным целям и индивидуальному плану, отслеживание результатов (по МКФ [13]) принятого вмешательства путем анализа текущей ситуации по отношению к цели.

Седьмой этап завершает вмешательство, когда указываются причины, а также в какой степени цель и задачи данной программы были достигнуты.

Если инвалиду (его законному представителю) не нравится решение, и они считают, что службы допустили ошибку или не соблюдали закон, то можно обжаловать решение в Шведской инспекции по уходу и социальному обеспечению [15].

Услуги по реабилитации и абилитации предоставляются в соответствии с законом и специально разработанной классификацией социальных вмешательств (KSI) [14]. KSI разработана на основе Международной классификации медико-социальных вмешательств ВОЗ (International Classification of Health Interventions (ICHI), МКВ) [16]. Впервые KSI была опубликована в 2015 году. В 2017 году классификация была обновлена, а в 2022 году вышла уже третья версия KSI [14].

KSI предназначена для использования в следующих областях:

уход за пожилыми людьми;

люди с инвалидностью (имеющие физические и ментальные нарушения);

дети и подростки;

взрослые, имеющие зависимости;

экономическая поддержка.

KSI описывает единым и сопоставимым образом действия и вмешательства в рамках социальных служб, которые задокументированы в соответствии с SoL, LSS, Законом «О принудительной опеке над подростками и молодыми людьми» (Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)), Законом об уходе за наркоманами в определенных случаях (Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)) и Родительским кодексом (Föräldrabalk).

Цель KSI состоит в том, чтобы предложить структуру и общий язык для описания деятельности и усилий, которые осуществляются в рамках социальных служб и которые документируются на индивидуальном уровне в журнале или файле. Точное описание того, какие вмешательства принимаются и выполняются, важно для повышения правовой уверенности человека. Они также способствуют повышению качества, когда речь идет о планировании и проведении оценочных процедур и принятия решений, а также о последующем наблюдении и оценке результатов реабилитации. KSI может использоваться, в частности, администраторами социальных служб, исполнителями, менеджерами, разработчиками и лицами, ответственными за последующие действия на местном и национальном уровне.

Около 60 муниципалитетов и около 270 представителей бизнеса из социальных служб сыграли важную роль в описании и обеспечении качества содержания классификации. Содержание основано на потребностях, которые существуют в области ухода за пожилыми людьми, людьми с ограниченными возможностями (как физическими, так и психическими), включая поддержку и услуги для определенных людей с ограниченными возможностями, детей и молодых людей, взрослых, включая лечение наркозависимости и других зависимостей, а также финансовую помощь. Помимо представителей бизнеса, в разработке приняли участие эксперты Национального совета здравоохранения и социального обеспечения, Референтная группа, состоящая из муниципалитетов и советов графств регионов Швеции (SKL), Государственного совета учреждений (SiS) и Шведской ассоциации социальных менеджеров.

Данная классификация имеет структуру кода, схожую с МКВ: используются оси «Цель» и «Действие», предусмотрено использование оси «Средство». Массив вмешательств в области социальной защиты разделен на 13 глав. В 2022 году были добавлены две новые главы, которые относятся к административной деятельности и статистической отчетности в части социальной защиты.

KSI включает несколько глав, содержащих вмешательства, которые сгруппированы по целям [14]:

SA - SC обучение и применение знаний;

SD общие задачи и требования;

SE - SG коммуникации;

SH - SK мобильность;
SM самообслуживание;
SN – SP бытовая жизнь;
SR - SS межличностные взаимодействия и отношения;
ST - SV образование, работа и занятость и экономическая жизнь;
SX жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь;
TA умственные функции;
UA - UE факторы окружающей среды;
VA - VE поведение и привычки;
WX - WZ другое;
XA правовая административная деятельность;
YA официальная статистика.

Результаты исследования. Анализ перечня вмешательств KSI показал следующее.

1-й фрагмент кода соответствует оси МКВ «Цель» [16] и, в основном, повторяет МКФ в виде кода - маленькая латинская буква по категориям МКФ (b – функции, s - структуры, d – активность и участие, e – факторы окружающей среды) и три цифры в соответствии с кодами МКФ верхнего уровня.

2-й фрагмент кода аналогичен оси МКВ «Действие» [16].

3-й фрагмент кода, соответствующий оси «Средство» в МКВ [16], фактически не задействован в текущей версии KSI, т.к. имеет одно и то же значение «ZZ» (не определено).

KSI используется параллельно с Национальной классификацией вмешательств в здравоохранении в Швеции (KVÅ) [17]. Поскольку обе указанные классификации разработаны на основе МКВ, то обеспечивается использование единой терминологии и преемственности данных в документообороте, при ведении личных дел получателей услуг.

В дальнейшем в KSI планируется расширить перечень административных вмешательств, работать над согласованием статистических вмешательств и вмешательств из других разделов классификации, включить семейное право [14].

Структура кода вмешательства в KSI совпадает с предложенной структурой кода услуги для разрабатываемого межведомственного перечня услуг по комплексной реабилитации и абилитации, ранней помощи детям и их семьям, и жизнеустройству инвалидов. Следовательно, готовые коды вмешательств в области социальной защиты из KSI [14] могут быть рассмотрены на предмет соответствия российскому законодательству, определяющему услуги по комплексной реабилитации и абилитации, ранней помощи детям и их семьям, и жизнеустройству инвалидов.

Таким образом, KSI является национальной, но устойчивой классификацией благодаря международной признанной структуре МКВ [16], и в то же время она основана на потребностях пользователей, поскольку её контент был создан в сотрудничестве с профессионалами из шведского социального обеспечения.

KSI была разработана таким образом, чтобы её можно было использовать для различных целей социальной защиты, таких как:

- установление общего языка для наименования и описания вмешательств и мероприятий в сфере социальной помощи;
- повышение правовой безопасности лица за счет более четкого описания вмешательств/действий, включенных в их расследование случаев, в решения и в их реализацию;
- обеспечение возможности сравнения вмешательств и мероприятий между социальным уходом и во времени;
- установление систематической схемы кодирования для систем документации.

KSI состоит из вмешательств/мероприятий, которые могут и должны быть задокументированы на индивидуальном уровне в социальной помощи.

KSI может использоваться социальными работниками, поставщиками услуг, менеджерами социальной помощи, разработчиками социальной помощи и лицами, ответственными за мониторинг и последующие действия на местном, региональном и национальном уровне [14].

Таким образом, на примере Швеции мы видим последовательную многолетнюю политику построения системы социальной защиты. В последнее время наблюдается явно выраженный тренд в сторону оказания услуг на дому, что позволяет в несколько раз увеличить охват нуждающихся в реабилитационных услугах. Например, пожилым людям после стационара и отделения реабилитации услуги оказывают: реабилитационный центр, пост-госпитальное обслуживание на дому, паллиативные бригады и мобильные гериатрические бригады. Такой подход привел к снижению койко-мест примерно вдвое и увеличение зоны охвата почти в 4 раза [18].

Государство финансирует оказание социальной защиты примерно на 42% от общего числа нуждающихся в социальной поддержке, остальная часть потребностей обеспечивается за счет неформальных институтов [19].

Все граждане равным образом и вне зависимости от социального статуса участвуют в финансировании системы социальной защиты, внося соразмерный с доходами вклад. Государство, берет на себя функции перераспределения социальных благ от обеспеченных к наиболее уязвимым категориям населения.

Заключение. С предоставлением реабилитационных услуг в Швеции связан ряд проблем. Шведская система здравоохранения и социальной защиты является финансово затратной. На содержание одного пенсионера в 2016 году тратилось порядка 500 000 шведских крон в год [5, 20], что материально обеспечивают 5-6 налогоплательщиков при средней ставке подоходного налога 32 %. При этом 27% денежных средств налогоплательщиков Швеции идут на образование и здравоохранение, тогда как 5% — на полицию и военную службу, а 42% — на социальное обеспечение [21]. Хотя хотелось бы отметить, что основной секрет успеха системы здравоохранения и социальной защиты в Швеции заключается не только в высоких ставках налогов, но и в эффективном государственном управлении системой перераспределения полученных государством доходов.

Существует ряд частных вопросов, требующих решения. Так, с точки зрения премьер-министра Швеции Ульфа Кристерссона, следует увеличить охват детей и молодых людей,

страдающих психическими расстройствами, установить законом гарантии медицинского обслуживания, чтобы дети, нуждающиеся в помощи и поддержке, получили ее в течение 30 дней. Необходимо усиление школьной службы здравоохранения и социального обеспечения, в каждой школе будет обеспечено школьное медицинское обслуживание, и будут введены школьные гарантии здоровья. К 1 сентября 2023 года будет разработана новая национальная стратегия в области психического здоровья и предотвращения самоубийств. Будет создана национальная программа исследований [10].

Требуется дальнейшее развитие KSI [14]. Помимо планируемых дополнений, например, в области ранней помощи детям и их семьям вмешательства представлены недостаточно полно.

Источники финансирования Исследование выполнено в рамках Государственного задания № 149-00004-23-00 от 12.01.2023 часть II раздел 3, № государственного учета научно-исследовательской работы: 122012600119-5 от 26.01.2022.

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

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Cylus, J. The economy of wellbeing: what is it and what are the implications for health? / J. Cylus, P.C. Smith. - DOI 10.1136/bmj.m1874 // The British Medical Journal. - 2020. - 369. - m1874. – URL: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1874> (дата обращения: 08.08.2023). - Текст: электронный.
2. Гришин, И.В. Климетрия шведской модели / И.В. Гришин. - DOI 10.20542/0131-2227-2017-61-3-55-67 // Мировая экономика и международные отношения. – 2017. – Т. 61, № 3. – С. 55-67. - URL: https://www.imemo.ru/index.php?page_id=1248&file=https://imemo.ru/files/File/magazines/meimo/03_2017/55-67Grichin.pdf (дата обращения: 08.08.2023). - Текст: электронный.
3. Всемирная организация здравоохранения. Европейский регион. Потребности в реабилитационных услугах в Европейском регионе ВОЗ. - Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2022. - URL: <https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789289058506> (дата обращения: 08.08.2023). - Текст: электронный.
4. Sweden. - URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Sweden#cite_note-population-16 (дата обращения: 08.08.2023). - Текст: электронный.
5. Henning, C. Senior Housing in Sweden: a New Concept for Aging in Place / C. Henning, U. Ahnby, S. Osterstrom. - DOI 10.1080/19371910802595307 // Social Work in Public Health. – 2009. – № 24 (3). – P. 235–254. – URL: https://www.researchgate.net/publication/24182158_Senior_Housing_in_Sweden_A_New_Concept_for_Aging_in_Place (дата обращения: 08.08.2023). - Текст: электронный.
6. Rae, D. Getting Better Value for Money from Sweden’s Healthcare System / D. Rae. - DOI 10.1787/18151973 // OECD Economics Department Working Papers. - № 443. - OECD Publishing, Paris, 2005. - URL: https://www.oecd-ilibrary.org/economics/getting-better-value-for-money-from-sweden-s-healthcare-system_082725005676 (дата обращения: 08.08.2023). - Текст: электронный.
7. Socialstyrelsen. About the National Board of Health and Welfare. - URL: <https://www.socialstyrelsen.se/en/about-us/> (дата обращения: 08.08.2023). - Текст: электронный.
8. Glenngård, A.H. Health Systems in Transition: Sweden / A.H. Glenngård, F. Hjalte, M. Svensson, A. Anell, V. Bankauskaite. - Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005. – 145 p. - URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107738/HiT-7-4-2005-eng.pdf?sequence=10&isAllowed=y> (дата обращения: 08.08.2023). - Текст: электронный.

9. Government Offices of Sweden. Organisation of the Ministry of Employment. – 02.02.2023. - URL: <https://government.se/government-of-sweden/ministry-of-employment/organisation-of-the-ministry-of-employment/> (дата обращения: 08.08.2023). - Текст: электронный.
10. Statement of Government Policy. Prime Minister Ulf Kristersson, the Riksdag, 18 October 2022. - URL: <https://government.se/speeches/2022/10/statement-of-government-policy/> (дата обращения: 08.08.2023). - Текст: электронный.
11. World Health Organization. Rehabilitation in health systems. - Geneva: World Health Organization; 2017. – 92 p. - URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254506> (дата обращения: 08.08.2023). - Текст: электронный.
12. Lagen om särskild service till vissa funktionshindrade. - 31.05.2019. - URL: https://sv.wikipedia.org/wiki/Lagen_om_st%C3%B6d_och_service_till_vissa_funktionshindrade (дата обращения: 08.08.2023). - Текст: электронный.
13. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) (с изменениями и дополнениями по состоянию на 2016 г.): проект – СПб: Человек, 2017. – 262 с. - Текст: непосредственный.
14. Socialstyrelsen. Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI). – Socialstyrelsen, 2022. – 347 p. URL: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2022-5-7900.pdf> – (дата обращения: 24.07.2023). - Текст: электронный.
15. Inspektionen för vård och omsorg. - URL: <https://www.ivo.se/> (дата обращения: 08.08.2023). - Текст: электронный.
16. International Classification of Health Interventions browser. - URL: <https://icd.who.int/dev11/l-ichi/en> (дата обращения: 08.08.2023). - Текст: электронный.
17. Almborg, A.-H. Use of Swedish classification of health interventions in community-based health care / A.-H. Almborg, J. Löfman. – Booklet WHO-FIC 2020 virtual 2020. - Geneva, Switzerland, 2020. - P.90. - URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/who-fic-network/meetings/who-fic-network-annual-meeting-2020/posters_whofic_2020_compressed.pdf?sfvrsn=3ed02a4f_1 (дата обращения: 08.08.2023). - Текст: электронный.
18. Cederberg, J. Today's medicine visited the winners of the «Best Hospital» in 2016. That's how it looked. Dagens Medicin. – URL: <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/01/18/se-bilder-fran-de-basta-sjukhusen/> (дата обращения: 08.08.2023). - Текст: электронный.
19. Fristedt, S. Concurrent validity of the Swedish version of the life-space assessment questionnaire / S. Fristedt, A.S. Kammerlind, M.E. Bravell, E.I. Fransson. - DOI: 10.1186/s12877-016-0357-4 // BMC Geriatrics. – 2016. – № 16. - URL: https://www.researchgate.net/publication/309796417_Concurrent_validity_of_the_Swedish_version_of_the_life-space_assessment_questionnaire (дата обращения: 08.08.2023). - Текст: электронный.
20. Schon, P. Rapid decrease in length of stay in institutional care for older people in Sweden between 2006 and 2012: results from a population-based study / P. Schon, M. Lagergren, I. Kareholt. - DOI: 10.1111/hsc.12237 // Health and Social Care in the Community. – 2016. – № 24. – P. 631–638. – URL: [276072378_Rapid_decrease_in_length_of_stay_in_institutional_care_for_older_people_in_Sweden_between_2006_and_2012_Results_from_a_population](https://doi.org/10.1111/hsc.12237) (дата обращения: 08.08.2023). - Текст: электронный.
21. Налоговая система Швеции. – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Налоговая_система_Швеции (дата обращения: 08.08.2023). - Текст: электронный.

УДК 364.444: 316.356.2-340.5

ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ УСЛУГ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ИХ СЕМЬЯМ

Павлова С.В., Салогуб А.М., Сокуров А.В., Ермоленко Т.В., Ишутина И.С.

ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия

Аннотация.

Введение. Рассмотрены основные вопросы изучения эффективности предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям, их влияния на качество жизни семей. Эффективность предоставления услуг зависит от использования научно доказанных технологий, методов и методик ранней помощи детям и их семьям, которые могут быть адаптированы и использованы в работе организаций ранней помощи детям и их семьям в Российской Федерации.

Цель. Изучить качество и эффективность предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям, что позволит сформировать единые подходы к предоставлению услуг в различных ведомствах системы ранней помощи, в различных регионах Российской Федерации.

Материалы и методы. Нормативная правовая и методическая документация, специальная литература, информационные системы федеральных органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Применены общенаучные методы (контент-анализа, аналитический, системно-структурный, сравнительный) и методологические приемы систематизации, сопоставления, обобщения, интерпретации.

Результаты. Оценка всесторонней эффективности услуг ранней помощи детям и их семьям включает в себя анализ управленческих аспектов, наличие необходимого оборудования, качество персонала и другие аспекты, связанные с обеспечением работы службы ранней помощи. Особое внимание следует уделить процессу и/или результатам предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям. Количественное отражение степени достижения целей системы ранней помощи детям и их семьям является основным показателем эффективности услуг. Поэтому, для оценки качества и эффективности таких услуг, необходимо использовать набор количественных и качественных показателей или критериев, которые охватывают различные аспекты услуги.

Выводы. Полученные результаты показателей эффективности предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям позволяет контролировать качество обслуживания, анализировать и принимать управленческие решения, а также обеспечивает обратную связь для развития устойчивой системы ранней помощи детям и их семьям в Российской Федерации.

Ключевые слова: ранняя помощь детям и их семьям, ранняя помощь, эффективность услуг, качество услуг, количественные показатели, качественные показатели, профилактика инвалидизации.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Павлова Стефанида Васильевна, кандидат медицинских наук, руководитель отдела ранней помощи детям и их семьям Института реабилитации и абилитации инвалидов, ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: stefanida-pavlova@yandex.ru, ORCID 0000-0003-4353-8823

Салогуб Александра Михайловна, кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отдела ранней помощи детям и их семьям Института реабилитации и абилитации инвалидов, ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: alexis1005@yandex.ru, ORCID 0009-0001-4576-7614

Сокуров Андрей Владимирович, доктор медицинских наук, директор Института дополнительного профессионального образования, ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: ansokurov@yandex.ru, ORCID 0000-0002-3736-2895

Ермоленко Татьяна Валерьевна, кандидат медицинских наук, заместитель директора Института дополнительного профессионального образования, ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: tatvalerm@yandex.ru, ORCID 0000-0002-3903-5417

Ишутина Инна Сергеевна, кандидат медицинских наук, руководитель отдела медицинского обеспечения ранней помощи и сопровождения Института реабилитации и абилитации инвалидов, ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: in.ishutina@yandex.ru, ORCID 0000-0002-6640-904X

Вклад авторов:

Павлова Стефанида Васильевна, вклад в статью – анализ данных литературы, поиск трендов;

Салогуб Александра Михайловна, вклад в статью – анализ и обобщение полученных результатов, написание текста статьи;

Сокуров Андрей Владимирович, вклад в статью – обобщение практического опыта, дизайн исследования;

Ермоленко Татьяна Валерьевна, вклад в статью – анализ полученных данных;

Ишутина Инна Сергеевна, вклад в статью – обобщение полученных результатов.

INDICATORS OF THE EFFECTIVENESS OF EARLY CARE SERVICES FOR CHILDREN AND THEIR FAMILIES

Pavlova S.V., Salogub A.M., Sokurov A.V., Ermolenko T.V., Ishutina I. S.

Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Saint Petersburg, Russia

Abstract.

Background. *The main issues of studying the effectiveness of early care services, their impact on the quality of life of families are considered. The effectiveness of the provision of services depends on the use of scientifically proven technologies, methods and techniques of early care, which can be adapted and used in the work of early care organizations for children and their families in the Russian Federation.*

Aim. *To study the quality and effectiveness of the provision of early care services, which will allow us to form unified approaches to the provision of services in various departments of the early care system, in various regions of the Russian Federation.*

Materials and methods. *Normative legal and methodological documentation, special literature, information systems of federal executive authorities of the subjects of the Russian Federation. General scientific methods (content analysis, analytical, system-structured, comparative) and methodological methods of systematization, comparison, generalization, interpretation are applied.*

Results. *The assessment of the comprehensive effectiveness of early assistance services includes an analysis of management aspects, the availability of necessary equipment, the quality of personnel and other aspects related to ensuring the operation of the early assistance service. Particular attention should be paid to the process and/or results of providing early care services. Quantitative reflection of the degree of achievement of the goals of the early care system for children and their families is the main indicator of the effectiveness of services. Therefore, to assess the quality and effectiveness of such services, it is necessary to use a set of quantitative and qualitative.*

Conclusions. *The obtained results of the indicators of the effectiveness of the provision of early care services to children and their families allows you to monitor the quality of service, analyze and make management decisions, and also provides feedback for the development of a sustainable system of early care for children and their families in the Russian Federation.*

Keywords: *early care for children and their families, early care, efficiency of services, quality of services, quantitative indicators, qualitative indicators, prevention of disability.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Pavlova Stefanida Vasilyevna, Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Early Care for Children and Their Families of the Institute of Rehabilitation and Habilitation of the Disabled, Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, St. Petersburg, Russia, E-mail: stefanida-pavlova@yandex.ru, ORCID 0000-0003-4353-8823

Salogub Alexandra Mikhailovna, Candidate of Psychological Sciences, Leading Researcher of the Department of Early Care for Children and Their Families of the Institute of Rehabilitation and Habilitation of the Disabled, Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, St. Petersburg, Russia, e-mail: alexis1005@yandex.ru, ORCID 0009-0001-4576-7614

Sokurov Andrey Vladimirovich, MD, Director of the Institute of Additional Professional Education, Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, St. Petersburg, Russia, E-mail: ansokurov@yandex.ru, ORCID 0000-0002-3736-2895

Ermolenko Tatiana Valeryevna, Candidate of Medical Sciences, Deputy Director of the Institute of Additional Professional Education, Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, St. Petersburg, Russia, E-mail: tatvalerm@yandex.ru, ORCID 0000-0002-3903-5417

Ishutina Inna Sergeevna, Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Medi-

cal Support of Early Care and Support of the Institute of Rehabilitation and Habilitation of the Disabled, Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, St. Petersburg, Russia, e-mail: in.ishutina@yandex.ru, ORCID 0000-0002-6640-904X

Contribution of the authors:

Pavlova Stefanida Vasilyevna, contribution to the article: analysis of literature data, search for trends;

Sokurov Andrey Vladimirovich, contribution to the article: generalization of practical experience, research design;

Salogub Alexandra Mikhailovna, contribution to the article: analysis and generalization of the results obtained, research design;

Ermolenko Tatiana Valeryevna, contribution to the article: analysis of the data obtained;

Ishutina Inna Sergeevna, contribution to the article: generalization of the results obtained.

Введение. Развитие ранней помощи детям и их семьям (Ранней помощи) как профилактики инвалидизации детей в системе комплексной реабилитации и абилитации поднимает вопрос о необходимости изучения эффективности предоставления услуг Ранней помощи, их влияния на качество жизни семей. Международный опыт показывает, что эффективность предоставления услуг зависит от использования научно доказанных технологий, методов и методик Ранней помощи, которые могут быть адаптированы и использованы в Российской Федерации [1].

Одним из основных направлений помощи ребенку и его семье рассматривается предоставление услуг Ранней помощи. Через систему раннего выявления и Ранней помощи детям с отклонениями в развитии осуществляется организация оптимальных моделей повышения качества жизни для детей с разным уровнем психофизического развития. Предоставление услуг Ранней помощи, осуществляется в соответствии с действующими нормативными правовыми актами [2].

Цель. Изучить качество и эффективность предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям, что позволит сформировать единые подходы к предоставлению услуг в различных ведомствах системы ранней помощи, в различных регионах Российской Федерации.

Материалы и методы. Нормативная правовая и методическая документация, специальная литература, информационные системы федеральных органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Применены общенаучные методы (контент-анализа, аналитический, системно-структурный, сравнительный) и методологические приемы систематизации, сопоставления, обобщения, интерпретации.

Результаты. Основные методологические вопросы предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям связаны с тем, как мы определяем понятия «качество», «эффективность» и «оценка», а также определение самих «услуг ранней помощи». Далее, мы последовательно проанализируем основные понятия.

В настоящее время предоставление услуг является одной из самых перспективных и стремительно развивающихся отраслей экономики. Эта отрасль формирует сферу услуг, которая направлена на удовлетворение возрастающих потребностей людей и обеспечение комфортной жизни.

Услуги Ранней помощи представляют собой набор профессиональных мероприятий, которые предоставляются нуждающимся семьям с детьми от рождения до трех лет с целью:

- повышения различных навыков и умений ребенка, успешной адаптации и функционирования в повседневных ситуациях, где он вовлечен и активно участвует;
- установления и поддержки позитивного взаимодействия и укрепления отношений между детьми и их родителями;
- развития навыков и знаний родителей, повышения их компетентности.

Услуги Ранней помощи являются гибким объектом, и их границы могут меняться в зависимости от целей, желаний и возможностей учреждения Ранней помощи и/или получателя услуг Ранней помощи [3].

Услуги по Ранней помощи имеют отличительные, специфические особенности и выражаются в следующих характеристиках:

- нематериальная природа услуг Ранней помощи заключается в том, что их нельзя визуально воспринять, почувствовать или сохранить;
- невозможность сохранения услуги Ранней помощи заключается в том, что ее нельзя запланировать и предварительно накопить для будущего использования;
- своеобразие и непостоянство услуг Ранней помощи связаны с тем, что однотипные услуги Ранней помощи могут различаться в зависимости от нескольких факторов, таких как место оказания, время, квалификация персонала, использование оборудования и уровень конкуренции в сфере услуг;
- неотделимость от источника предоставления услуги Ранней помощи. Одно из важных свойств, которое заключается в том, что услуги по Ранней помощи тесно связаны с самой организацией службы Ранней помощи (оборудование, техническое оснащение, специалисты и т.д.);
- неотделимость от получателя услуг Ранней помощи. Важно отметить, что непосредственно набор услуг Ранней помощи, определяется получателем (семьей с ребенком) и формируется только при ее использовании самим получателем.

Необходимо проводить контроль и оценку качества и эффективности предоставления услуг Ранней помощи в учреждении, а именно:

- осуществлять проверку и определение соответствия предлагаемых услуг нормативным документам, которые устанавливают правила и условия их предоставления;
- обеспечить процесс самоконтроля персонала, предоставляющего услуги Ранней помощи, который является неотъемлемой частью процесса контроля;
- учитывать приоритетность мнения клиентов при оценке качества предоставляемых услуг Ранней помощи. С этой целью регулярно проводить различные социологические опросы и анкетирования клиентов для оценки степени удовлетворенности услугами.

Понятия «качество» и «эффективность» - понятия не тождественные, они могут разнонаправленно изменяться. Эффективность предоставления услуг Ранней помощи является по-

нятием более широким и приоритетным по отношению к качеству предоставления услуг. Эффективность услуг Ранней помощи – это один из важнейших показателей, итоговая составляющая качества предоставления услуг по Ранней помощи, описывающая результат оказания услуг по Ранней помощи (отношение фактически достигнутых результатов к планируемым). В данном случае под результатами оказания услуг Ранней помощи понимают [4]:

- динамику развития конкретного ребенка, целевой группы;
- результаты, достигнутые при оказании услуг детям и их семьям за отчетный период;
- состояние здоровья всех детей в возрасте до трёх лет, проживающих на территории субъекта.

Таблица 1

Соотношение понятий качества и эффективности услуг

Параметр	Качество	Эффективность
Определение	Совокупность свойств, определяющих степень пригодности для использования по назначению; степень совершенства, которым обладает услуга, соответствие требованиям получателя услуг.	Соотношение между достигнутым результатом и использованными ресурсами
Область применения	Объекты любой природы, в том числе элементы систем	Только целенаправленные операции, проводимые системой
Основная характеристика	Совокупность свойств системы, необходимых для ее применения	Степень соответствия результатов операции ее цели
Показатели	Количественная характеристика одного или нескольких свойств, составляющих ее качество применительно к условиям создания, применения	Совокупность количественных и качественных характеристик, отражающих результат деятельности, степень достижения, и затраты на получение результата

Таким образом, эффективность и качество услуг Ранней помощи можно определить как некую совокупность их свойств, которая обуславливает их способность удовлетворить потребности детей целевой группы и их родителей в содействии их физическому и психическому развитию, вовлечению в повседневные, естественные жизненные ситуации, формированию позитивного взаимодействия и отношений детей и родителей, включению детей в среду сверстников и их интеграции в общество, а также в сопровождении и поддержке их семьи, повышении компетентности родителей (законных представителей) и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц.

Вместе с тем, эффективность услуг Ранней помощи, как конечного результата можно оценивать на трех уровнях [4]:

1-й уровень – по отношению к конкретному ребенку целевой группы (оценивается, насколько достигнутые результаты близки к возможным результатам с учетом динамики развития, возраста ребенка и других факторов);

2-й уровень – по отношению ко всем детям целевой группы, обратившимся в учреждение за услугой Ранней помощи в течение определенного (отчетного) периода. В практике учреждений предоставляющих услуги по Ранней помощи детям и их семьям используется множество параметров, характеризующих качество результата оказанного воздействия. Особое место среди них занимают: своевременное выявление детей, доступность, приобретение новых знаний, умений и навыков детьми целевой группы;

3-й уровень – по отношению к детскому населению в возрасте от рождения до трёх лет в конкретном субъекте в целом (качество превентологической помощи населению). Этот уровень оценки эффективности результата характеризуют показатели здоровья детского населения в возрасте до трёх лет: заболеваемость, смертность, младенческая смертность, рождаемость и др. Данный уровень необходим для учета и анализа статистических данных, принятия управленческих решений.

Все составляющие трех уровней взаимосвязаны между собой и оказывают влияние друг на друга. При низком уровне качества структуры сложно обеспечить приемлемый уровень оказания услуг Ранней помощи. Высокий уровень структурного качества является только потенциальной, но не всегда реализуемой возможностью иметь высокий уровень эффективности технологии и результата.

Ключевые показатели эффективности определяют набор показателей, по которым проводится измерение [4]. Существуют две категории ключевых показателей эффективности услуг Ранней помощи:

- количественные показатели, представленные с конкретным объективным числовым значением, измеряемым по стандарту (достигнутые результаты с учетом динамики развития (в категориях МКФ), изменения факторов внешней среды, время ожидания услуги, время предоставления услуги, характеристики оборудования, инструментария, материалов, полнота услуги, безопасность процессов оказания услуги). Обычно они не подвержены искажениям, личным чувствам, предрассудкам или интерпретациям и имеют объективную оценку;

- качественные показатели представляют собой нечисловое соответствие стандарту или интерпретацию личных чувств, вкусов, мнений или опыта (удовлетворенность представителей ребенка, репутация организации, предоставляющей услуги Ранней помощи, знания (осведомленность о нуждах клиентов), компетентность и мастерство специалистов, доступность персонала, эффективность коммуникации специалистов Ранней помощи и получателей услуг, особенности коммуникации специалистов (обходительность, вежливость, чуткость), доверие к специалистам Ранней помощи, надежность и безопасность предоставление услуг Ранней помощи, внешний вид специалистов, обстановка учреждения (эстетика интерьера, оборудование, ремонт), комфортность условий обслуживания).

Комплексная оценка эффективности услуг Ранней помощи подразумевает оценку управленческого аспекта, материально-технической оснащенности, качества персонала учреждения и других сторон обеспеченности службы Ранней помощи. В фокусе оценки должны также оказаться процесс и/или результаты оказания услуг Ранней помощи.

Основным показателем эффективности услуг Ранней помощи детям и их семьям яв-

ляется количественное отражение степени достижения системой Ранней помощи поставленных перед ней целей. Следовательно, чтобы оценить качество и эффективность услуг Ранней помощи, необходим набор качественных и количественных показателей, или критериев, характеризующих услугу в этих аспектах.

В фокусе оценки могут оказаться процесс и/или результаты оказания услуг Ранней помощи. Если оценка концентрируется на изучении процесса реализации программы Ранней помощи, то внимание уделяется соответствию программы предписанному плану (замыслу) или тому, что происходит. Если же цель оценки – результат и эффект программы Ранней помощи для ее получателей (т.е. тех людей или целевых групп, на улучшение жизни которых направлена программа), то внимание уделяется тому, какие изменения в жизни этих людей произошли (детей, родителей, семьи в целом).

Выводы. Таким образом, оценка показателей эффективности предоставленных услуг Ранней помощи детям и их семьям позволит проводить контроль качества обслуживания, предоставит базу для анализа и принятия управленческих решений, обеспечит обратную связь, необходимую для любой устойчивой и способной к развитию системы.

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

Conflict of interest. The authors confirm that there are no obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Старобина Е.М., Лорер В.В., Владимирова О.Н. Ранняя помощь детям и их семьям: теоретические и организационно-методические основы: методическое пособие. – СПб: «ЦИАЦАН», 2020. – 144 с.
2. Самарина Л.В. (2018). Современный этап развития ранней помощи в Российской Федерации. Социальное развитие: регион 24, (2), 60–63. URL: <http://files.rmc24.ru/region/pdf/23.pdf> (дата обращения 26.06.2023).
3. Старобина Е.М., Владимирова О.Н., Ишутина И.С., Лорер В.В., Шошмин А.В., Ермолаева Е.Е., Самарина Л.В., Казьмин А.М., Мухамедрахимов Р.Ж. (2019). Организация предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям: Методическое пособие Г.Н. Пономаренко (ред.). Санкт-Петербург, 72.
4. Методические рекомендации по организации услуг ранней помощи детям и их семьям в рамках формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов. URL: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/274> (Дата обращения 25.06.2023).
5. REFERENCES:
6. Starobina E.M., Lorere V.V., Vladimirova O.N. Early assistance to children and their families: theoretical and organizational and methodological foundations: a methodological guide. – ST. PETERSBURG: “TSIATSAN”, 2020. – 144 p.
7. Samarina L.V. (2018). The current stage of early care development in the Russian Federation. Social Development: Region 24, (2), 60-63. URL: <http://files.rmc24.ru/region/pdf/23.pdf> (accessed 26.06.2023).
8. Starobina E.M., Vladimirova O.N., Ishutina I.S., Lorere V.V., Shoshmin A.V., Ermolaeva E.E., Samarina L.V., Kazmin A.M., Mukhamedrakhimov R.Zh. (2019). Organization of early care services for children and their families: A methodological guide by G.N. Ponomarenko (ed.). St. Petersburg, 72.
9. Methodological recommendations on the organization of early care services for children and their families within the framework of the formation of a system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children. URL: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/274>. (Accessed 25.06.2023).

УДК 616-036.82/.85

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПОЛОЖЕНИЙ КОНВЕНЦИИ О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

¹ ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

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

Аннотация

Введение. Актуальность исследования определяется международными договорами, ратифицированными Российской Федерацией, требующими создания для инвалидов равных возможностей во всех сферах жизни. Являясь участницей Конвенции о правах инвалидов, Россия несет обязательства по обеспечению прав инвалидов на достойную самостоятельную жизнь в местном сообществе, без дискриминации наравне с другими, готовит и представляет периодические доклады в Комитет ООН по правам инвалидов о достигнутых результатах. В статье рассматриваются достижения Российской Федерации в области обеспечения доступности приоритетных объектов и услуг за 10 лет реализации положений Конвенции о правах инвалидов в рамках государственной программы Российской Федерации «Доступная среда».

Цель работы – оценка результатов реализации положений Конвенции о правах инвалидов в Российской Федерации.

Материал и методы. В работе использованы ежегодные отчеты: Минтруда России за 2011-2022 гг. «Отчеты о ходе реализации государственной программы Российской Федерации «Доступная среда», Минпросвещения и Минобрнауки России о создании условий для инклюзивного образования детей, подростков и молодежи в образовательных организациях Российской Федерации, формы федерального государственного статистического наблюдения № 7 – собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше» и № 7г – собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте до 18 лет». Методы изучения включали контент-анализ правовых документов, сравнительный статистический анализ сведений о положении инвалидов.

Результаты. В стране сложилась правовая система, обеспечивающая реализацию прав инвалидов: законодательно закреплены права, регламентированы механизмы их реализации, порядок государственного контроля исполнения принятых положений и норм, контроля независимыми организациями. За период от 2011 до 2021 гг. в рамках реализации мероприятий государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» и «дорожных карт» субъектов Российской Федерации были достигнуты соответствующие целевые показатели. Положительные результаты в доступности объектов и услуг во всех приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов в общем

количестве приоритетных объектов: социальной защиты - до 79,6 %, здравоохранения - до 61,3 %, службы занятости — до 50,2 %. Созданы условия для получения детьми-инвалидами качественного образования в дошкольных образовательных организациях — 21,0 %, в общеобразовательных организациях — 24,5 %, в образовательных организациях среднего профессионального образования - 79,8 %, высшего профессионального образования — 26,0 %, в сфере физической культуры и спорта - 66,0 %, культуры — 59,4 %. Доля парка подвижного состава, оборудованного для перевозки маломобильных групп населения, в парке подвижного состава: автомобильного (22,9 %) и городского наземного электрического транспорта общего пользования (трамваи — 21,2 %, троллейбусы — 33,0 %). Доля доступных станций метро, в общем количестве станций метро — 32,5 %. Уровень обеспеченности беспрепятственного доступа для инвалидов и других маломобильных групп населения к местам проведения праздничных мероприятий — 100,0 %. Обеспечены трансляции 16 тысяч часов ежегодно скрытых субтитров телепрограмм общероссийских обязательных общедоступных телеканалов. Инвалидам по слуху (глухим) обеспечен допуск сурдопереводчика на приемах врача и при лечении в медицинских организациях, в образовании — школах, колледжах, институтах, при общении на деловых мероприятиях, в административных и судебных разбирательствах. Инвалидам по зрению (слепым) информация предоставляется с использованием шрифта Брайля, аудиозаписей. Доля инвалидов, положительно оценивающих уровень доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности, составила 89,3 %.

Дошкольным образованием охвачены 100,0 % детей-инвалидов. Доля детей-инвалидов в возрасте от 5 до 18 лет, получающих дополнительное образование, в общей численности детей-инвалидов такого возраста составила 50,6 %. Доля инвалидов, принятых на обучение по образовательным программам среднего профессионального образования (по отношению к значению показателя предыдущего года), в среднем по Российской Федерации составляла 107,0 % — 111,0 %, а доля студентов, выбывших по причине академической неуспеваемости, в среднем по стране, составляла 2,4 % - 7,0 %.

Доля инвалидов, в отношении которых осуществлялись мероприятия по реабилитации и (или) абилитации, в общей численности инвалидов, имеющих такие рекомендации в индивидуальной программе реабилитации или абилитации и реализуемых в субъектах Российской Федерации, составила 80,0 %, детей-инвалидов - 84,0 %. Техническими средствами реабилитации обеспечены 98,8 % инвалидов. Доля граждан, удовлетворенных качеством предоставления государственной услуги по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации (услугами), в общем числе граждан, получивших технические средства реабилитации (услуги), составила 93,5 %.

Из всех граждан, относящихся к категории инвалидов, обратившихся в органы службы занятости за содействием в поиске подходящей работы, смогли трудоустроиться только 38,5 % (в 2019 г. 57,02 %), показатель не достиг целевого значения - 60 %. Доля работающих инвалидов в общей численности инвалидов, состоящих на учете в системе обязательного пенсионного страхования, сократилась на 32,83 % (с 20,5 до 13,77 %).

В результате независимой оценка доступности и качества услуг, наиболее стабильные и высокие положительные оценки респондентов получили услуги социального обслуживания, затем образования, а наиболее низкие — здравоохранения.

Важным показателем эффективности социальной политики в отношении инвалидов является изменение отношения к инвалидам в обществе: доля инвалидов, положительно оценивающих отношение населения к проблемам инвалидов, в общей численно-

сти опрошенных инвалидов, составила 77,7 %, а доля граждан, признающих навыки, достоинства и способности инвалидов - 87,8 %.

Заключение. Мониторинг выполнения госпрограммы позволяет сделать вывод, что в 2021 году практически все показатели достигли целевых значений. Улучшение доступности окружающей среды позволило инвалидам реализовать свое право на получение различных услуг социального обслуживания, образования, здравоохранения, культуры, физической культуры и спорта, о чем свидетельствуют показатели удовлетворенности инвалидов доступностью объектов и качеством оказанных услуг – более 75 % опрошенных.

Анализ результатов реализации госпрограммы показал необходимость разработки для субъектов Российской Федерации системы постоянного мониторинга, включающего общий порядок сбора, хранения, обработки и анализа единого набора индикаторов и показателей доступности объектов, доступности, качества и эффективности оказываемых услуг.

Ключевые слова: права инвалидов, Российская Федерация, инвалиды, доступность объектов и услуг в сферах здравоохранения, образования, социальной защиты, транспорта, информации и связи, абилитация и реабилитация.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Чернякина Татьяна Сергеевна – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела мониторинга соблюдения прав инвалидов Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. 195067 г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская д. 50; профессор кафедры профилактической медицины и охраны здоровья Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Министерства здравоохранения Российской Федерации 195067, г. Санкт-Петербург, Пискаревский пр. д.47, e-mail: maimulovt@mail.ru

Свинцов Александр Анатольевич – кандидат медицинских наук, доцент, директор Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. 195067 г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская д. 50; e-mail: aleksv53@ya.ru

Радуто Владимир Иванович – старший научный сотрудник отдела мониторинга соблюдения прав инвалидов Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. 195067 г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская д.50, email: radutoy@mail.ru

Колюка Ольга Евгеньевна – старший научный сотрудник отдела мониторинга соблюдения прав инвалидов Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, e-mail: problemkom@mail.ru

Рочева Яна Сергеевна – кандидат социологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник отдела мониторинга соблюдения прав инвалидов Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России; доцент кафедры связи с общественностью Санкт-Петербургского государственного электротехнического университета «ЛЭТИ» им В.И. Ленина, e-mail: rocheva_yana@mail.ru

Шестаков Владимир Петрович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель научного направления ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. 195067 г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская д. 50; email: Schestakov.V.P@yandex.ru

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

EVALUATION OF THE RESULTS OF THE IMPLEMENTATION OF THE PROVISIONS OF THE CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABLED IN THE RUSSIAN FEDERATION

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

¹ *Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Saint Petersburg, Russia*

² *North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia*

³ *Saint Petersburg Electrotechnical University "LETI", Saint Petersburg, Russia*

Abstract

Background. *The relevance of the study is determined by international treaties ratified by the Russian Federation, which require the creation of equal opportunities for disabled people in all spheres of life. As a party to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Russia bears obligations to ensure the rights of persons with disabilities to a decent independent life in the local community, without discrimination. on an equal basis with others, prepares and submits periodic reports to the UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities on the results achieved. The article discusses the achievements of the Russian Federation in the field of ensuring the accessibility of priority facilities and services over 10 years of implementing the provisions of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities within the framework of the state program of the Russian Federation "Accessible Environment".*

Aim. *The purpose of the work is to evaluate the results of the implementation of the provisions of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities in the Russian Federation.*

Material and methods. *The work used annual reports: the Ministry of Labor of Russia for 2011-2022. "Reports on the implementation of the state program of the Russian Federation "Accessible Environment", the Ministry of Education and the Ministry of Education of Russia on the creation of conditions for inclusive education of children, adolescents and youth in educational organizations of the Russian Federation, federal state statistical observation form No. 7 - social security "Information on medical and social examination of persons aged 18 years and over" and No. 7d – social security code "Information on the medical and social examination of persons under the age of 18", Study methods included content analysis of legal documents, comparative statistical analysis of information about the situation of persons with disabilities.*

Results. *The country has developed a legal system that ensures the realization of the rights of people with disabilities: the rights are legislated, the mechanisms for their implementation are regulated, the procedure for state control over the implementation of adopted provisions and norms, and control by independent organizations. For the period from 2011 to 2021. as part of the implementation of the activities of the state program of the Russian Federation "Accessible Environment" and the "road maps" of the constituent entities of the Russian Federation, positive results were achieved in accordance with the target indicators of the availability of facilities and services in all priority areas of life of the disabled in the total number of priority facilities: social protection - up to 79, 6 %, healthcare - up to 61.3 %, employment services - up to 50.2 %. Conditions have been created for children with disabilities to receive a quality education in preschool educational institutions - 21 %, in general educational institutions - 24.5 %, in educational institutions of secondary vocational education - 79.8 %, higher professional education - 26.0 %. in the field of physical culture and sports - 66.0 %, culture - 59.4 %. The share*

of the rolling stock fleet equipped for the transportation of people with limited mobility in the rolling stock fleet: automobile (22.9 %) and urban ground electric public transport (trams - 21.2 No., trolleybuses - 33.0 %). The share of available metro stations in the total number of metro stations is 32.5 %. The level of providing unhindered access for the disabled and other people with limited mobility to the venues of festive events is 100.0 %. 16,000 hours of closed captioning of TV programs of all-Russian mandatory public TV channels were broadcast annually. Hearing-impaired (deaf) persons are provided with access to a sign language interpreter at doctor's appointments and during treatment in medical organizations, in education - schools, colleges, institutes, when communicating at business events, in administrative and judicial proceedings. Visually impaired (blind) information is provided using Braille, audio recordings. The proportion of people with disabilities who positively assess the level of accessibility of priority facilities and services in priority areas of life was 89.3 %.

Preschool education covers 100.0 % of disabled children. The proportion of disabled children aged 5 to 18 receiving additional education in the total number of disabled children of this age was 50.6 %. The share of disabled people admitted to study in educational programs of secondary vocational education (in relation to the value of the indicator of the previous year), on average in the Russian Federation, was 107.0 % - 111.0 %, and the share of students who dropped out due to academic failure, on average across the country, amounted to 2.4 % - 7.0 %.

The proportion of people with disabilities who received rehabilitation and (or) habilitation measures in the total number of people with disabilities who have such recommendations in an individual program of rehabilitation or habilitation and implemented in the constituent entities of the Russian Federation was 80.0 %, children with disabilities - 84.0 %. 98.8 % of disabled people are provided with technical means of rehabilitation. The share of citizens satisfied with the quality of the provision of public services for the provision of disabled people with technical means of rehabilitation (services), in the total number of citizens who received technical means of rehabilitation (services), amounted to 93.5 %.

Of all citizens with disabilities who applied to the employment service for assistance in finding a suitable job, only 38.5 % were able to find a job (57.02 % in 2019), the indicator did not reach the target value - 60 %. The share of working disabled people in the total number of disabled people registered in the mandatory pension insurance system decreased by 32.83 % (from 20.5 % to 13.77 %).

As a result of an independent assessment of the availability and quality of services, the most stable and highest positive assessments of respondents received social services, then education, and the lowest - health care.

An important indicator of the effectiveness of social policy in relation to people with disabilities is the change in attitudes towards people with disabilities in society: the proportion of people with disabilities who positively assess the attitude of the population towards the problems of people with disabilities in the total number of people with disabilities surveyed was 77.7 %, and the proportion of citizens who recognize the skills, dignity and abilities of people with disabilities - 87.8 %.

Conclusion. Monitoring the implementation of the state program allows us to conclude that in 2021 almost all indicators reached the target values, improving the accessibility of the environment allowed people with disabilities to exercise their right to receive various social services, education, healthcare, culture, physical culture and sports, as evidenced by the satisfaction indicators accessibility of facilities and the quality of services rendered – more than 75 % of the respondents.

An analysis of the results of the implementation of the state program showed the need to develop a continuous monitoring system for the constituent entities of the Russian Federation, including a general procedure for collecting, storing, processing and analyzing a single set of indicators and indicators of the availability of facilities, accessibility, quality and efficiency of services provided.

Key words: *Russian Federation, people with disabilities, rights of people with disabilities, accessibility of facilities and services in the areas of healthcare, education, social protection, transport, information and communications, habilitation and rehabilitation.*

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Chernyakina Tatyana Sergeevna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief Researcher of the Department for Monitoring the Observance of the Rights of the Disabled at the Institute for the Rehabilitation and Habilitation of the Disabled, Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation. 195067 St. Petersburg, st. Bestuzhevskaya d. 50; Professor of the Department of Preventive Medicine and Health Protection of the North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, 195067, St. Petersburg, Piskarevsky pr. 47, e-mail: maimulovt@mail.ru

Svintsov Alexander Anatolyevich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Director of the Institute for Rehabilitation and Habilitation of the Disabled, Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation. 195067 St. Petersburg, st. Bestuzhevskaya d. 50; e-mail: aleksv53@ya.ru

Raduto Vladimir Ivanovich – Senior Researcher of the Department for Monitoring Observance of the Rights of the Disabled at the Institute for Rehabilitation and Habilitation of the Disabled, Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation. 195067 St. Petersburg, st. Bestuzhevskaya d.50, email: radutoy@mail.ru

Kolyuka Olga Evgenievna – Senior Researcher of the Department for Monitoring the Observance of the Rights of the Disabled at the Institute for the Rehabilitation and Habilitation of the Disabled, Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, e-mail: problemkom@mail.ru

Rocheva Yana Sergeevna – Candidate of Sciences in Sociology, Associate Professor, Leading Researcher of the Department for Monitoring the Observance of the Rights of the Disabled at the Institute for the Rehabilitation and Habilitation of the Disabled, Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation; Associate Professor of the Department of Public Relations, Saint Petersburg Electrotechnical University "LETI", e-mail: rocheva_yana@mail.ru

Shestakov Vladimir Petrovich - Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Scientific Direction of the Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation. 195067 St. Petersburg, st. Bestuzhevskaya d. 50; email: Schestakov.V.P@yandex.ru

Author contributions. The authors were equally involved in the development of the study design, data collection, analysis, and writing of the article.

Введение. Актуальность исследования определяется международными договорами, ратифицированными Российской Федерацией, требующими создания для инвалидов равных возможностей во всех сферах жизни и систематическим совершенствованием социальной политики государства [1]. Являясь участницей Конвенции о правах инвалидов [2], Россия несет обязательства по обеспечению прав инвалидов на достойную самостоятельную жизнь в местном сообществе, без дискриминации наравне с другими, готовит и представляет периодические доклады в Комитет ООН по правам инвалидам о достигнутых результатах.

В настоящее время в стране сложилась правовая система, обеспечивающая реализацию прав инвалидов: законодательное закрепление прав, регламентация механизмов их реализации, государственного контроля исполнения принятых положений и норм, контроля независимыми организациями. В работе [9] сделан вывод о том, что социальная политика в отношении инвалидов в современной России находится в состоянии «окончательного оформления» в соответствии с мировыми стандартами и рекомендациями ООН и развивается в русле общей социальной политики страны.

Практическое воплощение норм Конвенции в России нашло свое выражение в государственной программе «Доступная среда» [3], реализация которой в период 2011–2021 гг. продемонстрировала как серьезные успехи [5, 7], так и выявила ряд трудностей, значительная часть которых лежит в плоскости правового регулирования: интеграция норм федерального и регионального законодательства [4, 8]. Выявлены системные недостатки реализации законодательства о социальной защите инвалидов, регулирующие проведение медико-социальной экспертизы, обеспечение доступности среды, составление и реализацию индивидуальной программы реабилитации и абилитации, осуществление медицинской реабилитации, предоставление бесплатного лекарственного обеспечения и санаторно-курортного лечения, обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации, организацию образования инвалидов, обеспечение занятости инвалидов, социальное обеспечение в связи с инвалидностью, предоставление жилищных льгот, стационарное социальное обслуживание [6]. Остается актуальной проблема реализации трудового потенциала инвалидов, проблема реального трудоустройства, которую обуславливает комплекс факторов [10].

Персональный учет прав инвалида осуществляется в личном кабинете инвалида Федерального реестра инвалидов (ФРИ). Для каждого инвалида предоставлена возможность доступа к «личному кабинету». Через «личный кабинет» инвалид может получить государственные услуги в электронной форме, оставить отзыв об их качестве и при необходимости подать жалобу. Предусматривается и возможность подачи инвалидом заявлений на досудебное обжалование действий (бездействий) должностных лиц при оказании государственных услуг. Кроме того, на сайте ФРИ размещена информация по основным жизненным ситуациям, с которыми инвалид сталкивается: оформление инвалидности, пенсионное обеспечение, социальные выплаты, материнский (семейный) капитал, трудоустройство, получение образования. В доступной форме описан алгоритм решения конкретной жизненной ситуации. Важным решением стала отмена обязанности инвалидов предоставлять справки об инвалидности и индивидуальные программы реабилитации при получении государственных и муниципальных услуг.

Создание равных возможностей для инвалидов во всех сферах жизни общества путем обеспечения доступности физического, социального, экономического и культурного окружения, здравоохранения и образования, информации и связи - важная социальная задача, решаемая государством.

Цель работы – оценка результатов реализации положений Конвенции о правах инвалидов в Российской Федерации.

Материал и методы. В работе использованы ежегодные отчеты: Минтруда России за 2011-2022 гг. «Отчеты о ходе реализации государственной программы Российской Федерации «Доступная среда», Минпросвещения и Минобрнауки России о создании условий

для инклюзивного образования детей, подростков и молодежи в образовательных организациях Российской Федерации, формы федерального государственного статистического наблюдения № 7 – собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше» и № 7д – собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте до 18 лет». Методы изучения включали контент-анализ правовых документов, сравнительный статистический анализ сведений о положении инвалидов.

Результаты. В Российской Федерации поэтапно осуществляется формирование безбарьерной среды во всех регионах страны, в том числе в отдаленных и сельских районах в рамках реализации государственной программы Российской Федерации «Доступная среда». С 2011 года по 2020 год включительно субъектам Российской Федерации из федерального бюджета оказывалась финансовая поддержка в виде консолидированной субсидии на реализацию мероприятий по:

- обеспечению доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения;
- созданию в дошкольных образовательных, общеобразовательных организациях, организациях дополнительного образования детей (в том числе в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам) условий для получения детьми-инвалидами качественного образования;
- поддержке учреждений спортивной направленности по адаптивной физической культуре и спорту в субъектах Российской Федерации - закупается оборудование, инвентарь и экипировка, компьютерная и оргтехника, транспортные средства для оснащения указанных учреждений (субсидия по линии Минспорта России);
- реализацию мероприятий региональных программ развития системы реабилитации и абилитации (на оснащение реабилитационных организаций оборудованием, компьютерной техникой и программным обеспечением, развитие региональных информационных систем и обучение специалистов в сфере реабилитации).

Доступность приоритетных для инвалидов и маломобильных групп населения объектов, достигается приспособлением архитектурной среды к их возможностям. С 2016 г. проектирование и строительство новых зданий, реконструкция, модернизация, ремонт существующих зданий ведется с учетом потребностей инвалидов и маломобильных групп населения. На объектах и учреждениях, приоритетных для инвалидов, обеспечено дублирование информации, необходимой для инвалидов, в звуковой и зрительной форме, а также имеются надписи, знаки и иная текстовая и графическая информация, выполненные рельефно-точечным шрифтом Брайля и на контрастной основе. Улицы в городской среде адаптируются для передвижения инвалидов (звуковое сопровождение светофоров, тактильная плитка на переходах, надписи шрифтом Брайля на табличках, пандусы и др.).

Благодаря принятым мерам государственной социальной политики в отношении инвалидов, в целом и реализации госпрограммы в частности, за период от 2011 до 2021 гг. были достигнуты положительные результаты во всех приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов.

За период с 2011 г. по 2021 г. обеспечено увеличение количества доступных для инвалидов и других маломобильных групп населения приоритетных объектов социальной, транспортной, инженерной инфраструктуры в общем количестве приоритетных объектов, почти в 5 раз (с 5472 ед. до 26752 ед. от общего количества – свыше 38 тыс. приоритетных объектов), а их доли - с 14,4 % до 74,2 %.

Доля приоритетных объектов, доступных для инвалидов и других маломобильных групп населения в общем количестве приоритетных объектов в сфере здравоохранения составляет 61,3 %; в сфере социальной защиты - 79,6 %; органов службы занятости – 53,0 %. Доля приоритетных объектов транспортной инфраструктуры, доступных для инвалидов и других маломобильных групп населения, в общем количестве приоритетных объектов транспортной инфраструктуры составила 74,2%. В парке подвижного состава в 2020 г. наибольшую долю оборудованного для перевозки маломобильных групп населения составили троллейбусы – 33,0 % (в 2014 г. – 21,3 %). Более чем в 2 раза увеличилась доля автобусного и трамвайного состава (с 7,1 % до 22,9 % и с 8,3 % до 21,2% соответственно). Доля станций метро, доступных для маломобильных групп населения, в общем количестве станций метро увеличилось на 15,2 % (с 17,3 % в 2017 г. до 32,5 % в 2020 г.).

В стране обеспечено право получения доступа транспортных средств, управляемых инвалидами I, II групп, а также инвалидами III группы, к бесплатной парковке около объектов социальной, инженерной и транспортной инфраструктур (жилых, общественных и производственных зданий, строений и сооружений, включая те, в которых расположены физкультурно-спортивные организации, организации культуры и другие организации), мест отдыха. Доля автомобильных стоянок с выделенными бесплатными парковочными местами для инвалидов (от общего числа автомобильных стоянок) составила 46,1 %. Доля улиц в городской среде, адаптированных для передвижения инвалидов (звуковое сопровождение светофоров, бордюров тактильная плитка на переходах, надписи шрифтом Брайля на табличках, пандусы и др.) составила менее 50 %.

Доля субъектов Российской Федерации, имеющих сформированные и обновляемые карты доступности объектов и услуг, в общем количестве субъектов Российской Федерации в 2021 г. достигла 100,0 %, увеличившись в 2,5 раза - с 40,0 % в 2012 г., до– 53,0 % в 2013 г., 70,0 % в 2014 г., 90,0 % в 2015 г., 91,6 % в 2016 г., 94,1 % в 2017 г., 98,8 % в 2018 г., 99,0 % в 2020 г.

В стране поэтапно обеспечиваются условия для инклюзивного образования инвалидов всех возрастных групп. Доля дошкольных образовательных организаций, в которых создана универсальная безбарьерная среда для инклюзивного образования детей-инвалидов, в общем количестве дошкольных образовательных организаций увеличилась с 17,1 % в 2017 г. до 21,8 % в 2020 г. Доля общеобразовательных организаций, в которых создана универсальная безбарьерная среда для инклюзивного образования детей-инвалидов, в общем количестве общеобразовательных организаций увеличилась с 4,6 % в 2011 г. до 28,0 % в 2020 г. Доля профессиональных образовательных организаций, в которых обеспечены условия для получения среднего профессионального образования инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий, в общем количестве таких организаций увеличилась с 43,5 % в 2019 г. до 79,8% в 2021г. Доля числа образовательных организаций высшего об-

разования, здания которых приспособлены для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья, увеличилась с 24,0 % в 2019 г. до 26,0 % в 2021 г.

Положительная динамика отмечена в повышении показателя доступности учреждений культуры, физической культуры и спорта. Доля приоритетных объектов, доступных для инвалидов и других маломобильных групп населения в сфере физической культуры и спорта, в общем количестве приоритетных объектов составляет 66 %. Доля приоритетных объектов, доступных для инвалидов и других маломобильных групп населения в сфере культуры, в общем количестве приоритетных объектов в сфере культуры увеличилась на 59,4 %. Уровень обеспеченности беспрепятственного доступа для инвалидов и других маломобильных групп населения к местам проведения праздничных мероприятий достиг 100,0 %.

С 1 января 2020 года в лицензионные требования включена обязанность обеспечивать доступность продукции средств массовой информации в объеме не менее пяти процентов объема вещания в неделю любым способом адаптации, в том числе путем применения телеканалами различных способов субтитрования, скрытого субтитрования, перевода на русский жестовый язык, способом «бегущей строки».

На 8 телевизионных каналах произведена модернизация программно-аппаратных комплексов для организации скрытого субтитрования. Количество произведенных для субтитрования и транслированных субтитров телевизионных программ общероссийских обязательных общедоступных каналов увеличено в 5,33 раза (с 3 000 часов в год в 2011 г. до 13 365 часов в год в 2020 г. и 16 000 в 2022 г.).

Количество игровых, неигровых и анимационных фильмов прошлых лет средней продолжительностью 100 минут, которые обеспечены субтитрованием и тифлокомментированием, составляет 43 единицы.

Количество страниц нот, изданных рельефно-точечным шрифтом Брайля, готовых к размещению в Национальной электронной библиотеке увеличено с 3371 единиц в 2017 г. до 5400 единиц в 2018 г. (на 60,2 %).

В целях обеспечения доступности информации, повышения информированности и качества жизни слабослышащих граждан предусмотрено субтитрование телевизионных программ общероссийских обязательных общедоступных каналов.

Минцифры России реализованы мероприятия по организации скрытого субтитрования телевизионных программ общероссийских обязательных общедоступных телеканалов «Первый канал», «Телеканал «Россия» (Россия-1)», «Матч ТВ», «Телекомпания НТВ», «Петербург –5 канал», «Телеканал «Россия-Культура» (Россия-К)», «Детско-юношеский телеканал «Карусель» и «ТВ ЦЕНТР - Москва», имеющих максимальный охват зрительской аудитории. В рамках выполнения мероприятия субтитрируется большое количество разнообразных программ (за исключением музыкальных программ и «прямого эфира») и фильмов различных тематик.

За период с 2014 по 2022 годы количество часов транслированных субтитров увеличилось в 3,5 раза (с 3000 в 2014 г. до 13365 часов в 2021 г. и 16000 в 2022 г.).

Согласно статей 14 и 19 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», русский жестовый язык признается языком общения при устном применении государственного русского языка.

По данным отчета МСЭ услуги сурдопереводчика были предоставлены инвалидам в 2018 г. - 489 227 ед., в 2019 г. – 495 812 ед., в 2020 г. – 446 823, в 2021 г. – 530 557 (в 2011 г. – 311 585 ед.), тогда как ежегодный объем услуг по переводу русского жестового языка (сурдопереводу, тифлосурдопереводу), предусмотренный федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду составляет не более 386 312 часов.

Количество учтенных слепых и слабовидящих инвалидов в России, нуждающихся в литературе специальных форматов составляет 218 тыс. чел., из них абсолютно слепых – 103 тыс. чел.

Публичная информация, доступная для инвалидов в легком для чтения формате, представлена на сайтах всех театров, музеев, библиотек, иных культурно-досуговых организаций.

Количество книжных и периодических печатных изданий для инвалидов и инвалидов по зрению в субъекте Российской Федерации – 1692 ед. (базовый 1511 ед.)

В России пристальное внимание уделяется расширению ассортимента книг как учебного, так и развлекательного характера. Традиционно функцию книгоиздания в специальных форматах в нашей стране выполняют три специализированных издательства ВОС: «Логос», «Чтение» и «Репро».

Обеспечен выпуск 1689 книг, изданий, в том числе учебников и учебных пособий, для инвалидов по зрению, в том числе рельефно-точечным шрифтом Брайля, плоскочечатным крупно-шрифтовым способом.

Обеспечен выпуск 5 ед. периодических изданий для инвалидов по зрению, в том числе рельефно-точечным шрифтом Брайля, плоскочечатным крупно-шрифтовым способом. Сегмент «говорящих» книг на кассетах составляет 24,0 % от общего библиотечного фонда. В фонд библиотек ежегодно поступают книги на флеш-картах 1100-1300 наименований произведений (120-300 флеш-карт). Фонд «говорящей» литературы на флеш-картах составляет 10532 наименований произведений на 1753 флеш-картах, что составляет 17,0 % от совокупного фонда библиотеки.

Об обеспечении доступности инфраструктуры для лиц со всеми типами нарушений можно судить по увеличению численности инвалидов, в том числе детей-инвалидов, получающих услуги и охваченных различными мероприятиями на этих объектах.

Доля органов и организаций, предоставляющих услуги, официальный сайт, которых адаптирован для лиц с нарушением зрения (слабовидящих) достиг 95-100,0 %.

Доля детей-инвалидов в возрасте от 1,5 до 7 лет, охваченных дошкольным образованием, составила 98-100,0 %. Доля детей - инвалидов, которым созданы условия для получения качественного начального общего, основного общего, среднего общего образования, в общей численности детей-инвалидов школьного возраста составила 97-100,0 %. Доля детей-инвалидов в возрасте от 5 до 18 лет, получающих дополнительное образование, в общей численности детей-инвалидов такого возраста в 2020 г. составила в Российской Федерации – 50,6 %.

Доля лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов в возрасте от 6 до 18 лет, систематически занимающихся физической культурой и спортом, в общей численности этой категории населения увеличилась до 76 %.

По данным реализации государственной программы «Доступная среда» обеспечено увеличение на 14,9 % доли выпускников-инвалидов 9 и 11 классов, охваченных профориентационной работой, в общей численности выпускников-инвалидов (с 85 % 2017 г. до 99,9 % в 2020 г.);

Доля инвалидов, принятых на обучение по образовательным программам среднего профессионального образования (по отношению к значению показателя предыдущего года), в среднем по Российской Федерации составляла в 2013-2022 гг. 107,0 % – 111,0 %, а доля студентов, выбывших по причине академической неуспеваемости, в среднем по стране составляла 2,4 % - 7,0 %.

Доля инвалидов, принятых на обучение по программам бакалавриата и специалитета, по отношению к предыдущему году уменьшилась с 112,8 % в 2017 г. до 108,4 % в 2020 г.), уменьшилась доля студентов из числа инвалидов, обучавшихся по программам бакалавриата и специалитета, выбывших (отчисленных) по причине академической неуспеваемости (задолженности), в общей численности инвалидов, принятых на обучение по программам бакалавриата и специалитета (с 8,0 % в 2017 г. до 3,7 % в 2020 г. и до 2,5 % в 2021 г.).

Количество выпускников-инвалидов, получивших в 2021 году среднее профессиональное и высшее образование, составляет 5,9 тысячи и 3,5 тысячи человек соответственно, из них 45,0 % трудоустроены, 19,0 % выпускников-инвалидов продолжили обучение по другим уровням профессионального образования (например, после обучения по программе бакалавриата (специалитета) продолжают обучение в магистратуре, аспирантуре).

По данным фонда социального страхования Российской Федерации по состоянию на 1 января 2022 года численность инвалидов трудоспособного возраста в Российской Федерации возросла и составила 4 553 161 чел., что на 18,3 % больше, чем на 1 января 2021 года (3 848 164 чел.).

За период с 2012 г. по 2022 г. численность работающих инвалидов сократилась на 717 тыс. чел., что составило 31,50 % (2 543 тыс. чел. – в 2016 г., 1 644 тыс. чел. – в 2018 г., 1 559 тыс. чел. – в 2022 г.), причем по всем группам инвалидности за исключением инвалидов с детства, численность которых, напротив, увеличилась в 2,2 - 3,5 раза.

Доля работающих инвалидов в общей численности инвалидов, состоящих на учете в системе Пенсионного фонда Российской Федерации, постепенно сокращалась и составила на 1 января 2022 г. - 13,77 %, в 2021 г. – 13,9 %, в 2020 г. – 14,0 %, в 2019 г. - 14,7 %, в 2018 г. - 14,3 %, в 2017 г. - 16,9 %, в 2016 г. - 20,5 %.

Из всех граждан, относящихся к категории инвалидов, обратившихся за содействием в поиске подходящей работы в органы службы занятости, смогли трудоустроиться в 2011 г. – 87 218 чел. из 268 202 чел. (32,52 %), в 2021 г. – 69 475 чел. из 147 187 чел. (47,20 %). Наибольший показатель отмечен в 2019 г. 57,02 % и в 2022 году – 53,06%, а наименьший в 2020 г. - 38,5 %.

Доля трудоустроенных инвалидов в счет квот в общей численности трудоустроенных граждан в счет квот за 10 лет значительно увеличилась и составила в 2011 г. - 57,07 %, в 2022 году - 75,64% (в 2021 г. - 71,72 %, в 2019 г. - 73,44 %, в 2018 г. – 77,18 %).

Для стабильного трудоустройства инвалидов большое значение придается профессиональной ориентации и профессиональной подготовке. Численность граждан, относящихся

к категории инвалидов, которым органами службы занятости населения предоставлены государственные услуги по организации профессиональной ориентации за 10 лет уменьшилась с 155 558 чел. в 2011 г. до 119 758 чел. в 2021 г. на 35 800 – 23,01 %, а в 2022 году составила 95 910 чел. по сравнению с 2021 годом уменьшилась на 23 848 чел. (-19,9%).

Доля занятых инвалидов трудоспособного возраста в общей численности инвалидов трудоспособного возраста в Российской Федерации уменьшилась на 7,8 % (с 33,2 % в 2017 г. до 32,0 % в 2019 г. и до 25,5 % в 2021 году).

На основании нормативных правовых актов Российской Федерации в регионах разработаны и размещены на официальных сайтах органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления, освещаются средствами массовой информации рекомендации по содержанию голосовых обращений и оформлению SMS сообщений при вызове экстренных оперативных служб через единый номер «112». Подготовлены памятки о способах обращения граждан в экстренные службы шрифтом Брайля для чтения незрячими и плохо видящими людьми, памятки по оформлению SMS – сообщения для инвалидов по слуху и плохо слышащих граждан, которые размещены на сайтах и страницах в социальных сетях («В Контакте», «Инстаграм»), доведены до сведения инвалидов краевыми организациями ВОГ и ВОС.

В соответствии с нормами гражданского, арбитражного, административного и уголовного судопроизводства лицам, участвующим в деле и не владеющим языком, на котором ведется судопроизводство, разъясняется и обеспечивается право давать объяснения, заключения, выступать, заявлять ходатайства, подавать жалобы на родном языке или на любом свободно избранном языке общения, а также пользоваться услугами переводчика.

Доля услуг, предоставляемых при судебных разбирательствах с использованием русского жестового языка, с допуском сурдопереводчика и тифлосурдопереводчика (от общего количества предоставляемых услуг) составляет 100 %, так как инвалиды изначально обращаются в судебные органы в сопровождении необходимых специалистов.

Доля инвалидов, получивших услугу «тревожная кнопка» (от общего числа обратившихся за данной услугой) увеличилась по сравнению с 2019 г. в 3,3 раза и на 1 января 2020 года составила в среднем по Российской Федерации более 75,0 %.

Основными направлениями дальнейшего совершенствования социальной политики, в целях обеспечения самостоятельного образа жизни инвалидов в местном сообществе, является развитие инновационных форм социального обслуживания, расширение практики устройства инвалидов в патронатные семьи, внедрение частно-государственного партнерства и развитие конкурентной среды в сфере предоставления им социальных услуг, формирование системы комплексной реабилитации инвалидов.

Альтернативной формой проживания в стационарной организации является стационарозамещающая технология социального обслуживания инвалидов - технология сопровождаемого проживания инвалидов, которая внедряется и развивается в 88 субъектах Российской Федерации. Технология сопровождаемого проживания предусматривает возможность предоставления инвалиду социальных услуг, услуг по реабилитации и абилитации, образовательных услуг в привычной, благоприятной для него обстановке, максимально приближенной к домашней.

Важнейшее значение имеет повышение доли эффективных реабилитационных технологий, создание оптимальной сети реабилитационных учреждений, позволяющей осуществлять реабилитацию на более ранних стадиях в рамках местного сообщества и с участием семьи. В целях реализации этой задачи в 50 субъектах Российской Федерации проведена работа по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. Важной составляющей в формировании системы комплексной реабилитации является развитие технологий сопровождения. К ним относится ранняя помощь, сопровождаемое проживание инвалидов и сопровождаемая трудовая деятельность.

Доля субъектов Российской Федерации, сформировавших систему комплексной реабилитации и абилитации, в 2021 году увеличилась на 24,1% в сравнении с 2020 годом, составив 70,0%.

К 2021 году произошло увеличение доли детей целевой группы, получивших услуги ранней помощи, в общем числе детей целевой группы, нуждающихся в получении таких услуг, с 30,0 до 52,0 %.

Доля услуг с сопровождением ассистента-помощника (ситуационная помощь) от общего количества предоставляемых инвалидам услуг в среднем по стране составила в 2021 г. 54,4 %.

Доля инвалидов в отношении которых осуществлялись мероприятия по реабилитации и (или) абилитации, в общей численности инвалидов, имеющих такие рекомендации в индивидуальной программе реабилитации или абилитации и реализуемых в субъектах Российской Федерации увеличилась в 2022 г. по сравнению с 2017 г. как в возрастной группе взрослых инвалидов на 11,1 % (с 68,9 % до 80,0 %), так и в возрастной группе детей-инвалидов - на 13,8 % (с 70,8 % до 84,0 %).

При переосвидетельствовании, доля детей-инвалидов с положительными результатами реабилитации в численности детей-инвалидов, выполнивших индивидуальные программы реабилитации, составила в 2015 г. - 65,8 %, в 2016 г. - 64,0 %, в 2017 г. – 60,4 %, в 2018 г.- 62,88 %, в 2019 г. - 64,60 %, в 2020 г.- 63,52 %, в 2021 г.- 63,84 %.

Доля инвалидов выполнивших индивидуальную программу реабилитации или абилитации при переосвидетельствовании инвалидов в возрасте 18 лет и старше ежегодно составляла 44-61,0 %, в 2021 году показатель составил 44,04%.

В 2018 г. в Российской Федерации определены новые сроки пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены (ТСР). В перечень включены брайлевский дисплей и программное обеспечение экранного доступа – необходимые условия коммуникации для инвалидов по зрению. Для инвалидов с одновременным нарушением слуха и зрения (слепоглухих) с этого года был установлен повышенный объем бесплатно предоставляемых им услуг тифлосурдоперевода. С учетом степени нарушения он может достигать до 240 часов в год. Кроме того, на получение реабилитационных средств, не вошедших в федеральный перечень, можно использовать материнский капитал. Для обеспечения инвалиду возможности избрать наиболее подходящее ему средство реабилитации введен еще один механизм – электронный сертификат. Электронный сертификат позволяет инвалидам самостоятельно выбирать, модель, функционал и марку изделия. В 2019 году сокращен срок обеспечения ТСР инвалидов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи с 30 до 7 дней. Для обе-

спечения инвалидов средствами реабилитации в сельских районах созданы передвижные пункты проката и ремонта средств реабилитации.

Доля инвалидов, обеспеченных техническими средствами реабилитации (услугами) в соответствии с федеральным перечнем в рамках индивидуальной программы реабилитации, в общей численности инвалидов в Российской Федерации в 2021 г.- 94,7 %.

Численность инвалидов, которым оказаны услуги по протезированию в период пребывания их в стационарах сложного протезирования федеральных государственных унитарных предприятий, составила в 2021 году 9 851 чел.

Доля граждан, удовлетворенных качеством предоставления государственной услуги по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации (услугами), в общем числе граждан, получивших технические средства реабилитации (услуги), возросла на 3,5 % (с 90,0 % в 2017 г. до 93,5 % в 2021 г.).

Для граждан, в том числе женщин-инвалидов, девочек-инвалидов, а также пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций в Российской Федерации создан информационно-справочный центр поддержки, в который ежегодно обращаются по вопросам инвалидности, социальной защиты, медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов значительная численность инвалидов. За период с 2015 г. по 2020 г. количество обращений (консультаций) увеличилось с 23 804 ед. в 2015 г. до 30 621 ед. до 2020 г. на 5071 ед. обращений (28,64 %).

В Российской Федерации обеспечивается равный доступ к достаточному питанию, доступному жилью и другим элементарным материальным потребностям, а также к вспомогательным услугам и вспомогательным устройствам и технологиям.

К поощрению прав инвалидов на самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество можно отнести меры социальной поддержки инвалидов.

Социальные пенсии по инвалидности в 2022 году выросли на 7,7 % и в результате составили: для детей-инвалидов и инвалидов 1 группы с детства – 14 983,33 руб., для инвалидов 1 группы и инвалидов 2 группы с детства – 12 486,28 руб., для инвалидов 2 группы – 6 243,13 руб., для инвалидов 3 группы – 5 306,69 руб. В 2023 г. размер пенсий еще увеличен на 3,3 % и составил соответственно: 16 619,38 руб., 13 849,69 руб., 6 924,81 руб., 5 886,14 руб. За 7 лет средний размер назначенных пенсий инвалидов вырос на 62,67 % - 99,25 %. Соотношение среднего размера назначенных пенсий инвалидов и величины прожиточного минимума в целях установления социальной доплаты к пенсии в Российской Федерации составляло 136,1 - 159,32 %, детей-инвалидов 134,2 – 129,0 %.

Средний размер ежемесячной денежной выплаты в 2021 г. инвалидам составил 2393 рубля в месяц на одного получателя, инвалидам 1 группы – 3515 рублей, 2 группы – 2513 рублей, 3 группы – 1932 рубля, детям-инвалидам – 2189 рублей. В 2023 г. размер ежемесячной денежной выплаты инвалидам 1 группы составили 4957,95 руб., 2 группы - - 3540,76 руб., 3 группы - 2834,4 руб., детям-инвалидам - 3540,76 руб.

Для граждан, полностью или частично утративших способность либо возможность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности, имеющих инвалидность, в стране сохраняется система социального обслуживания в стационарной и полустационарной форме.

В 2021 году уменьшилось число стационарных организаций социального обслуживания для детей-инвалидов до 228 единиц с 243 единиц в 2020 году, достигнув уровня 2018 года (228 ед.). Однако, численность проживающих детей-инвалидов увеличилась на 4 тыс. чел. (с 27 тыс. чел. до 31 тыс. детей-инвалидов), а количество мест в стационарных организациях социального обслуживания для детей-инвалидов уменьшилось на 1 тыс. ед. (с 26 до 25 тыс. ед.). Наибольшая численность детей-инвалидов, проживавших в стационарных организациях социального обслуживания отмечена в 2017 г. – 43 тыс. чел.

Число стационарных организаций социального обслуживания для взрослых за 10 лет (2011-2021 гг.) сократилось на 180 ед. (с 1417 ед. до 1237 ед.), а мест в них, напротив, увеличилось на 9 тыс. (с 249 тыс. до 258 тыс.) и увеличилась численность проживающих на 11 тыс. человек (с 245 тыс. чел. до 256 тыс. чел.).

Инвалиды, проживающие в семьях или самостоятельно, получают услуги в форме социального обслуживания на дому «Центрами социального обслуживания населения» и «Центрами социального обслуживания, в том числе: комплексными и для граждан пожилого возраста и инвалидов», предоставлении социальных услуг «мобильными бригадами» и полустационарное социальное обслуживание. Численность обслуживаемых инвалидов на дому Центрами (отделениями) социального обслуживания в 2021 г. составила: детей-инвалидов – 19 277 чел. (21 079 чел. в 2020 г.), молодых инвалидов возрасте 18 - 35 лет – 24 811 чел. (22 365 чел. в 2020 г.); получателей полустационарного социального обслуживания в 2021 г. составила: детей-инвалидов – 201 460 чел. (179 571 чел. в 2020 г.), молодых инвалидов возрасте 18 - 35 лет – 81 544 чел. (88 158 чел. в 2020 г.); получателей социальных услуг, предоставленных мобильными бригадами в 2021 г. составила: детей-инвалидов – 14371 чел. (12 473 чел. в 2020 г.), молодых инвалидов возрасте 18 - 35 лет – 13 682 чел. (8 859 чел. в 2020 г.); обслуженных специализированными отделениями социально-медицинского обслуживания в 2021 г. составила: детей-инвалидов – 19 869 чел. (787 чел. в 2020 г.), молодых инвалидов возрасте 18 - 35 лет – 18 630 чел. (823 чел. в 2020 г.)

Доля инвалидов положительно оценивающих уровень доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности составила в 2015 г. – 71,8 %, в 2016 г. – 79,3 %, в 2021 г. – 75,0 % в общей численности опрошенных инвалидов по программе «Доступная среда», 89,3% – по результатам проведенных в 2021 г. социологических исследований.

Государственными органами и независимыми организациями с помощью анкетирования, интервьюирования и телефонных опросов систематически по плану осуществляется мониторинг мнения граждан о качестве услуг в организациях социальной сферы.

Независимая оценка качества оказания услуг в каждой сфере деятельности: здравоохранения, образования и социального обслуживания проведена в 2020 г. членами общественных советов при Администрациях субъектов Российской Федерации органов местного самоуправления каждой сферы. Мнение общественности (получателей социальных услуг) о качестве услуг оценивалось по 5 основным критериям:

- открытость и доступность информации об организации;
- комфортность условий, в которых осуществляется деятельность;
- доступность получения услуг для инвалидов;

- доброжелательность, вежливость работников организации;
- удовлетворенность условиями ведения деятельности организациями.

Наиболее стабильные и высокие положительные оценки «отлично» и «хорошо» получили услуги социального обслуживания респондентов, затем образования, а наиболее низкие – здравоохранения.

Количество респондентов, оценивших на «отлично» и «хорошо» услуги социального обслуживания, составило 83,9% и 83,3 %, образования 75,0%, и 74,7 %, здравоохранения 65,2% и 47,5 % соответственно в 2018 и 2020 гг.

Количество респондентов, оценивших на «отлично» услуги социального обслуживания, составило 76,9% и 93,0 %, образования 60,9 % и 74,7 %, здравоохранения 10,0 % и 12,75 % в 2022 и 2023 гг. соответственно.

Количество респондентов, оценивших на «хорошо» услуги социального обслуживания, составило 18,0 % и 17,09 %, образования 49,4% и 56,9 %, здравоохранения 4,0 %, и 4,72 % в 2022 и 2023 гг. соответственно.

О наличии или отсутствии дискриминации инвалидов в различных сферах жизнедеятельности можно судить по динамике изменения отношения к инвалидам в обществе. Доля инвалидов, положительно оценивающих отношение населения к проблемам инвалидов, в общей численности опрошенных инвалидов, увеличилась с 32,2 % в 2011 году до 77,7 % в 2021 г. Доля граждан, признающих навыки, достоинства и способности инвалидов, в общей численности опрошенных граждан выросла с 35,5 % в 2014 году до 87,8 % в 2021 г.

Заключение. В 2021 году исполнилось 10 лет с момента старта государственной программы Российской Федерации «Доступная среда», а в 2022 г. – 10 лет с момента ратификации Конвенции о правах инвалидов. Все эти годы происходила работа по совершенствованию национального законодательства, корректировке и модернизации государственной программы «Доступная среда» с учетом мнения граждан с инвалидностью и общественных организаций, представляющих интересы инвалидов. Обеспечение реализации всех прав инвалидами является сложной задачей по причине значительной численности инвалидов в стране, большой протяженностью территории и удаленностью сельских населенных пунктов от городов с развитой инфраструктурой.

Мониторинг выполнения госпрограммы позволяет сделать вывод, что в 2021 году практически все показатели достигли целевых значений. Улучшение доступности окружающей среды позволило инвалидам реализовать свое право на получение различных услуг социального обслуживания, образования, здравоохранения, культуры, физической культуры и спорта, о чем свидетельствуют показатели удовлетворенности инвалидов доступностью объектов и качеством оказанных услуг – более 75 % опрошенных.

Только один показатель – по трудоустройству, не достиг заявленных на 2020 год 60% инвалидов, трудоустроенных службами занятости, достигнуто было только 38,2%. Следовательно, необходимо выявление причин неэффективности принятых мер и дополнительная разработка новых решений. Кроме того, остались не решенными задачи, сформулированные Конвенцией и другими международными документами, деинституционализации инвалидов и детей-инвалидов, интеграции их в общество.

Важным достижением информационной работы СМИ и образовательных организаций является увеличение доли инвалидов, положительно оценивающих отношение населения к проблемам инвалидов, в общей численности опрошенных инвалидов, до 77,7 %, а доли граждан,

признающих навыки, достоинства и способности инвалидов, в общей численности опрошенных граждан, до 87,8 %.

На реализацию права инвалидов вести самостоятельный образ жизни направлено дальнейшее развитие комплексной реабилитации, включая раннюю помощь, услуги сопровождения, альтернативных форм жизнеустройства инвалидов.

Анализ результатов реализации госпрограммы показал необходимость разработки для субъектов Российской Федерации системы постоянного мониторинга, включающего общий порядок сбора, хранения, обработки и анализа единого набора индикаторов и показателей.

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

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации [Текст]: федер. закон: принят Гос. Думой от 24.11.1995 № 181 - ФЗ. [O social'noj zashchite invalidov v Rossijskoj Federacii [Tekst]: feder. zakon: prinyat Gos. Dumoj ot 24.11.1995 № 181 - FZ. (in Russ.).].
2. Конвенция ООН о правах инвалидов: резолюция Генеральной Ассамблеи № 61/106 от 13 декабря 2006 г. [Konvenciya OON o pravah invalidov: rezolyuciya General'noj Assamblei № 61/106 ot 13 dekabrya 2006 g. (in Russ.).].
3. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы [Текст]: постановление Правительства Российской Федерации № 1297 - от 01.12.2015. [Ob utverzhdenii gosudarstvennoj programmy Rossijskoj Federacii «Dostupnaya sreda» na 2011-2020 gody [Tekst]: postanovlenie Pravitel'stva RF № 1297 - ot 01.12.2015. (in Russ.).].
4. Архипова О.В., Зелезинский А.Л., Породин И.В. Современные подходы к обеспечению доступности объектов и услуг для лиц с ограниченными возможностями в инфраструктуре современного мегаполиса // Экономический вектор. - 2021. - 1(24). - С. 10-22. [Arhipova O.V., Zelezinskij A.L., Porodin I.V. Sovremennye podhody k obespecheniyu dostupnosti ob'ektov i uslug dlya lic s ogranicennymi vozmozhnostyami v infrastrukture sovremennogo megapolisa // Ekonomicheskij vektor. - 2021. - 1(24). - S. 10-22. (in Russ.).].
5. Владимирова О.Н., Ишутина И.С., Шабанова О.А. Реализация социальной политики Российской Федерации по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг: Материалы общероссийского мониторинга за 2019 г. // Физическая и реабилитационная медицина. – 2022. – С. 8-19. [Vladimirova O.N., Ishutina I.S., Shabanova O.A. Realizaciya social'noj politiki Rossijskoj Federacii po povysheniyu znachenij pokazatelej dostupnosti dlya invalidov ob'ektov i uslug: Materialy obshcherossijskogo monitoringa za 2019 g. // Fizicheskaya i reabilitacionnaya medicina. – 2022. – S. 8-19. (in Russ.).].
6. Жаворонков Р.Н. Проблемы реализации законодательства о социальной защите инвалидов 2019 Том I №1 Физическая и реабилитационная медицина С. 16-22. DOI: 10.26211/2658-4522-2019-1-1-16-22 [Zavoronkov R.N. Problemy realizacii zakonodatel'stva o social'noj zashchite invalidov 2019 Tom I №1 Fizicheskaya i reabilitacionnaya medicina S. 16-22. DOI: 10.26211/2658-4522-2019-1-1-16-22 (in Russ.).].
7. Кожушко Л.А., Ишутина И.С., Кантышева И.Г. Сопровождаемое проживание: возможность независимого образа жизни // Сборник статей ежегодной Научно-практической конференции «Ранняя помощь и сопровождение (Санкт-Петербург, 14 сентября 2022 года). - Санкт-Петербург: Изд-во: ООО «ЦИАЦАН», 2022. – С. 47-50. [Kozhushko L.A., Ishutina I.S., Kantysheva I.G. Soprovozhdaemoe prozhivanie: vozmozhnost' nezavisimogo obraza zhizni // Sbornik statej ezhegodnoj Nauchno-prakticheskoy konferencii «Rannaya pomoshch' i soprovozhdenie (Sankt-Peterburg, 14 sentyabrya 2022 goda). - Sankt-Peterburg: Izd-vo: OOO «CIACAN», 2022. – S. 47-50. (in Russ.).].
8. Морозова Е.А. Правовые основы государственной социальной политики в отношении инвалидов в Российской Федерации // Международный научно-исследовательский журнал 2021. - Выпуск: № 12 (114), - С. 14-18. DOI 10.23670/IRJ.2021.114.12.118 [Morozova E.A.

Pravovye osnovy gosudarstvennoj social'noj politiki v otnoshenii invalidov v Rossijskoj Federacii // Mezhdunarodnyj nauchno-issledovatel'skij zhurnal 2021. - Vypusk: № 12 (114), - S. 14-18. DOI 10.23670/IRJ.2021.114.12.118 (in Russ.).].

9. Низиньковская В.В. Государственная политика и нормативно-правовое обоснование социальной защиты инвалидов // Вестник Таганрогского института управления и экономики. - 2019. – С. 50-53. [Nizin'kovskaya V.V. Gosudarstvennaya politika i normativno-pravovoe obosnovanie social'noj zashchity invalidov // Vestnik Taganrogskogo instituta upravleniya i ekonomiki. - 2019. – S. 50-53. (in Russ.).].
10. Тарабан О.В., Седых О.Г. Проблемы реализации занятости инвалидов: мнение экспертов // Экономика труда. – 2022. – Том 9. – № 2. – С. 321-332. DOI: 10.18334/et.9.2.114194 [Taraban O.V., Sedyh O.G. Problemy realizacii zanyatosti invalidov: mnenie ekspertov // Ekonomika truda. – 2022. – Tom 9. – № 2. – S. 321-332. DOI: 10.18334/et.9.2.114194 (in Russ.).].

УДК 311.41

РОЛЬ УПОЛНОМОЧЕННЫХ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА В СОДЕЙСТВИИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Колюка О.Е.¹, Чернякина Т.С.^{1,2}

¹ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия

²ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Российской Федерацией ратифицирована Конвенция ООН о правах инвалидов в целях обеспечения и поощрения полной реализации инвалидами всех прав человека и основных свобод, что фактически утвердило принципы, на которых должна строиться политика государства в отношении инвалидов [1]. В ежегодных докладах Уполномоченного содержится информация о количестве поступивших жалоб и о результатах рассмотрения. Важнейшим показателем эффективности является доля жалоб, по которым Уполномоченному удалось восстановить права заявителя [2].

Цель. Выявление и анализ трудностей с последующим принятием мер по устранению возникших барьеров у лиц с инвалидностью по данным мониторинга обращений инвалидов в адрес Уполномоченных по правам человека в субъектах Российской Федерации в 2021-2022 гг.

Материалы и методы. Материалом исследования являлись обращения инвалидов в аппарат Уполномоченных по правам человека 85 субъектов Российской Федерации. Применены общенаучные методы: аналитический, сравнительный.

Результаты. Проведенный анализ обращений граждан в адрес Уполномоченных по правам человека показал наличие большого количества нерешенных вопросов по социальному обеспечению, в том числе лиц с инвалидностью.

Заключение. Представленные институтом Уполномоченных по правам человека Российской Федерации в отчетных докладах сведения об обращениях инвалидов в 8 федеральных округах позволяют выявить трудности в той или иной сфере жизнедеятельности лиц с инвалидностью, а дальнейшее принятие тех или иных мер позволяет устранить возникшие барьеры. Проведение мониторинга в целях оценки эффективности системы мер по соблюдению прав инвалидов в субъектах Российской Федерации требует системного подхода.

Ключевые слова: мониторинг, соблюдение прав, Конвенция ООН о правах инвалидов, субъекты Российской Федерации.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Колюка Ольга Евгеньевна – старший научный сотрудник отдела мониторинга соблюдения прав инвалидов Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Author ID: 1004149, e-mail: problemkom@mail.ru

Чернякина Татьяна Сергеевна – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела мониторинга соблюдения прав инвалидов Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНОЦМСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. 195067 г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская д. 50; профессор кафедры профилактической медицины и охраны здоровья Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Министерства здравоохранения Российской Федерации 195067, г. Санкт-Петербург, Пискаревский пр. д.47, Author ID: 862039, e-mail: maimulovt@mail.ru

Вклад авторов: Колюка О.Е.: сбор данных, анализ и написание статьи; Чернякина Т.С.: разработка проекта и рекомендаций.

THE ROLE OF THE COMMISSIONERS FOR HUMAN RIGHTS IN PROMOTING THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABLED IN THE RUSSIAN FEDERATION

Kolyuka O.E.¹, Chernyakina T.S.^{1,2}

¹ *Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Saint Petersburg, Russia*

² *North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia*

Abstract

Background. *The Russian Federation ratified the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities in order to ensure and promote the full enjoyment by persons with disabilities of all human rights and fundamental freedoms, which in fact approved the principles on which the State policy on persons with disabilities should be based [1]. The Commissioner's annual reports provide information on the number of complaints received and the outcome of the review. The most important indicator of effectiveness is the proportion of complaints on which the Commissioner managed to restore the rights of the applicant [2].*

Purpose. *Monitoring of appeals of persons with disabilities to the Commissioners for Human Rights in the constituent entities of the Russian Federation in 2021-2022 to identify and analyze difficulties with the subsequent adoption of measures to eliminate barriers in persons with disabilities.*

Materials and methods. *The study material was the appeals of people with disabilities to the apparatus of the Commissioners for Human Rights of 85 constituent entities of the Russian Federation. General scientific methods applied: analytical, compare.*

Results. *The analysis of citizens' appeals to the Commissioners for Human Rights showed the presence of a large number of unresolved issues on social security, including those with disabilities.*

Conclusion. *The information provided by the Institute of Commissioners for Human Rights of the Russian Federation in reporting reports on the treatment of persons with disabilities in 8 federal districts allows you to identify difficulties in a particular area of the life of persons with disabilities, and further adoption of certain measures allows you to eliminate the barriers that have arisen. Monitoring in order to assess the effectiveness of the system of measures to comply with the rights of persons with disabilities in the constituent entities of the Russian Federation requires a systematic approach.*

Keywords: *monitoring, observance of rights, UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, constituent entities of the Russian Federation.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Olga E. Kolyuka – Senior Researcher of the Department for monitoring the observance of the rights of disabled People at the Institute of Rehabilitation and Habilitation of Disabled People of the Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Author ID: 1004149, e-mail: problemkom@mail.ru

Tatyana Sergeevna Chernyakina - Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department for monitoring the observance of the rights of disabled people at the Institute for Rehabilitation and Habilitation of Disabled People of the Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation. 50 Bestuzhevskaya str., Saint Petersburg, 195067; Professor of the Department of Preventive Medicine and Health Protection of the North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, 47 Piskarevsky Ave., Saint Petersburg, 195067; Author ID: 862039, e-mail: maimulovt@mail.ru

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

Введение. Многие страны начали признавать актуальность и значимость статистики инвалидности для разработки более эффективной политики и программ и необходимость надлежащего сбора информации, который позволит защищать, поощрять и реализовывать права инвалидов.

Благодаря институту Уполномоченного возможен контроль над органами государственной власти и должностными лицами за соблюдением прав и свобод человека.

Институтом Уполномоченных по правам человека в Российской Федерации ведётся комплексный анализ обращений, включающий сбор информации, ее обобщение и экспертную оценку. Оценка обращений граждан осуществляется Уполномоченными по правам человека по укрупненным конституционным правам: личные права граждан; политические права граждан; социальные права граждан; экономические права граждан; экологические права граждан; культурные права граждан. К конституционным социальным правам отнесены такие, как право на жилище и его справедливую оплату; право на труд и его справедливую оплату; право на социальное/пенсионное обеспечение; защита прав военнослужащих и членов их семей; защита семьи, материнства и детства; доступное и качественное здравоохранение; право на благоприятную окружающую среду.

Цель. Мониторинг обращений инвалидов в адрес Уполномоченных по правам человека в субъектах Российской Федерации в 2021-2022 гг. для выявления и анализа трудностей с последующим принятием мер по устранению возникших барьеров у лиц с инвалидностью.

Материалы и методы. Материалом исследования являлись обращения инвалидов в аппарат Уполномоченных по правам человека 85 субъектов Российской Федерации. Применены общенаучные методы: аналитический, сравнительный.

Результаты. Проведенный анализ обращений граждан в адрес Уполномоченных по правам человека показал наличие большого количества вопросов по социальному обеспе-

чению, в том числе и у лиц с инвалидностью. В 2021 году количество обращений по социальному обеспечению в субъектах Центрального Федерального округа было таковым: г. Москва (268), Ярославская область (263), Орловская область (219), Рязанская область (216), Калужская область (157), Тульская область (156), Тамбовская область (134), Курская область (102). В 2022 году возросло количество обращений в г. Москва (368), Курской области (239), Калужской (162) и уменьшилось, в таких областях, как Ярославской (254), Тульской (155), Тамбовской (127) областях. В субъектах Северо-Западного Федерального округа в 2021 году обращений граждан было также не мало – в Калининградской области (927), Ненецком автономном округе (273), Республике Коми (216), Республике Карелия (156). В 2022 году возросло количество обращений в этих же субъектах – Калининградская область (1036), Республика Карелия (239). В субъектах Южного Федерального округа в 2021 году - Краснодарский край (371), Астраханская область (140), Волгоградская область (101). В 2022 году количество обращений сократилось в Краснодарском крае (224). В субъектах Северо-Кавказского Федерального округа в 2021 году по количеству обращений граждан по проблемам социального обеспечения лидировала республика Дагестан (184). В субъектах Приволжского Федерального округа в 2021 году наибольшее количество обращений граждан по социальному обеспечению отмечено в Самарской области (634), Саратовской области (579), Пермском крае (310), Республики Татарстан (365), Ульяновской области (204), Кировской области (111). В субъектах - Саратовская область, Пермский край, Республика Татарстан, Ульяновская область, Кировская область в 2022 году количество обращений затрагивающих указанную проблему возросло, отмечен рост количества обращений – 583, 357, 434, 211, 207 соответственно. В результате проведенной работы в 2022 году во взаимодействии с компетентными органами, учреждениями и общественными организациями удалось оказать содействие в положительном разрешении вопросов социального обеспечения в Самарской области. Количество обращений сократилось почти в 2 раза с 634 (2021 г.) до 309 (2022 г.) обращений. В Уральском Федеральном округе в 2021 году количество обращений граждан по вопросам социального обеспечения указано наибольшее в Ханты - Мансийском автономном округе - 710 обращений, Челябинской области (171), Курганской области (41), Тюменской области (12). В субъектах Сибирского Федерального округа в 2021 году высоким оказалось количество обращений граждан в Томской области (344), Иркутской области (255), Новосибирской области (231), Омской области (204), Забайкальском крае (106), Республике Алтай (101). Отмечено менее 100 обращений в таких субъектах – Кемеровская область (49), Республика Хакасия (49), Республика Тыва (10). В 2022 году количество обращений сократилось в Томской области (342), в Иркутской области (162), а возросло в Забайкальском крае (183), в республике Хакасия (72), Кемеровской области (64). В субъектах Дальневосточного Федерального округа в 2021 году наибольшее количество обращений граждан по проблеме социального обеспечения в Приморском крае (619), Камчатском крае (415), Еврейской автономной области (201), в Амурской области (190). В 2022 году количество обращений сократилось в Приморском крае (550).

Обращения инвалидов в Центральном Федеральном округе показали, что в Белгородской области в 2021 году в аппарат к Уполномоченному по правам человека обратилось 11% инвалидов. В Брянской области в течение 2021 года с просьбой о содействии в восстановлении нарушенных прав обратилось 45 граждан – инвалиды. Количество обративших-

ся Владимирской области пенсионеров и инвалидов составило 1056 человек. В 2022 году наибольшее количество обращений во Владимирской области поступило от социально незащищенных категорий граждан (инвалиды, пенсионеры, многодетные) - 43% от общего числа обращений. В Воронежской области обратилось в 2021 году 5,6% инвалидов, в 2022 году 5,0% инвалидов. Граждан, обратившихся в 2021 году в Ивановской области за помощью в восстановлении нарушенных прав с социальным статусом инвалид – 8%. За 2021 год в Курской области от инвалидов поступило 102 обращения. Поступило 98 обращений по вопросам социального обеспечения (11,9%). Обращения в Калужской области с жалобами на пенсии и социальное обеспечение (льготы, и инвалидность и др.) в 2020 году составили 166 (11,6%), в 2021 году количество обращений уменьшилось на 1,9% от общего числа жалоб (157 жалоб). В 2021 году в аппарат омбудсмена поступило 268 обращений от лиц с ОВЗ (5,64%), проживающих в г. Москва. Статистика прошлых лет показывает, что в 2018 году было рассмотрено 271 обращение, в 2019 году их количество составило 272, а в 2020 году их число снизилось до 179. В г. Москва в 2021 году количество вопросов сферы социальной защиты не значительно снизилось – 289 (6,42%). В Московской области в 2021 году уменьшилась доля обращений от инвалидов - 3,6%, в аналогичный период прошлого года - 2020 года доля обращений составляла - 5,2%. В 2021 году в Рязанской области в сфере защиты социальных прав граждан, из общего количества обращений, треть поступила от людей с инвалидностью (216 обращений). В Тамбовской области в 2021 году возросло количество заявителей-инвалидов на 42,6% и составило 134 обращения, в 2022 году 127 инвалидов обратились в адрес Уполномоченного. В Тверской области самыми многочисленными обращениями были обращения, касающиеся нарушений социальных прав граждан. В 2022 году доля таких обращений составила 54% (в 2021 году – 66%). Обращения инвалидов в 2021 году составили 10,0%, в 2022 году - 11,0%. В 2021 году в Тульской области 7,0 % процентов среди обратившихся граждан составили инвалиды – 156 человек, в 2022 году инвалиды составили 155 человек (9,5%), многодетных семей, семей с детьми-инвалидами и сирот – 78 (4,8%). В 2021 году к Уполномоченному по правам человека в Ярославской области поступило от инвалидов 263 обращения, в 2022 году обратились 254 инвалида и их родственники.

Проведенный мониторинг обращений инвалидов в адрес Уполномоченных в Центральном Федеральном округе выявил трудности, требующие принятия мер по решению вопросов своевременного обеспечения / замены ТСР, вопросы установления группы инвалидности, вопросы доступной среды, вопросы жилья, а также вопросы, касающиеся отсрочки от частичной мобилизации лиц, в семьях которых есть лица с инвалидностью.

Проведенное изучение обращений в адрес Уполномоченных по правам человека в Северо-Западном Федеральном округе показало, что в 2021 году в Республики Коми 4 обращения от граждан с ограниченными возможностями. Вопросы, связанные с обеспечением прав инвалидов, в 2021 г. являлись предметом 2,1% жалоб и обращений в Архангельской области. В 2022 году наблюдалось увеличение количества обращений от лиц с инвалидностью в Калининградской области, до 260 обращений (12,0 %), в 2021 году поступило 229 обращений – 11,5% от общего количества обращений. В 2021 г. поступило 442 жалобы от лиц с ограниченными возможностями здоровья из 14 муниципальных районов и города Сосновый Бор в Ленинградской области, в 2022 году от лиц с ограниченными возмож-

ностями здоровья поступило 336 обращений, что составляет 11,6 % от их общего числа. В 2021 году обратившихся в Новгородской области, было 30 инвалидов, в 2022 году - 22 инвалида. В 2021 году в адрес Уполномоченного по правам человека в Псковской области поступало два обращения о нарушении прав инвалидов.

Оценка обращений инвалидов за 2021-2022 гг. в Северо-Западном Федеральном округе показала, что наибольшее количество обращений инвалидов в адрес Уполномоченного по правам человека отмечено в Калининградской области (229-260 чел.). В Ленинградской области основными вопросами, поднятыми инвалидами в обращениях были - несвоевременное обеспечение бесплатными лекарственными препаратами, отсутствие доступной среды, некачественное оказание услуги социального такси, нарушения жилищных прав (отказ в постановке на учет нуждающихся в жилье, длительное не предоставление жилья по договорам социального найма), а также необеспечение техническими средствами реабилитации. В Мурманской области вопросы «доступной среды», в Вологодской области вопросы по реализации права инвалидов на обеспечение ТСР и протезно-ортопедическими изделиями, вопросы финансовой грамотности. В Архангельской области основными проблемными вопросами для инвалидов являлись вопросы проведения МСЭ (порядок проведения экспертизы, обжалования решений бюро МСЭ различных уровней); обеспечение инвалидов ТСР; создание доступной среды жизнеобеспечения и обеспечения беспрепятственного доступа к объектам социальной инфраструктуры; обеспечение инвалидов квалифицированной медицинской помощью, необходимыми лекарственными средствами и др. В г. Санкт-Петербурге обращения инвалидов затрагивали вопросы наличия парковочных мест у объектов социальной инфраструктуры, обеспечения доступности услуг (оформление и получение документов, удостоверяющих личность, доступность транспорта, доступность жилых помещений); продолжали поступать жалобы инвалидов на нарушения их прав на предоставление технических средств реабилитации.

В Южном Федеральном округе в аппарат Уполномоченного по правам человека в Краснодарском крае в 2021 году обращалось 69 инвалидов (5,6%), в 2022 году обратились 64 инвалида (6,2%). В 2020 - 2021 годы в республике Адыгея поступило 4 обращения граждан по вопросу обеспечения доступной среды. Анализ обращений к Уполномоченному по правам человека в Ростовской области в 2021 году, показал, что большая часть обратившихся людей, нуждающихся в правовой защите - это социально незащищённые слои населения: пенсионеры, ветераны и инвалиды (15,6%). Все Уполномоченные по правам человека в докладах отразили проблемы, с которыми обращались лица с инвалидностью в каждом субъекте Южного Федерального округа.

В Северо-Кавказском Федеральном округе в Карачаево-Черкесской Республике поступило 27 обращений от инвалидов (11,6%). В Чеченской Республики по вопросам установление инвалидности обращались 7 человек в 2021 году, им было оказано содействие в решении проблемы. В Ставропольском крае в 2021 году поступило 40 обращений от инвалидов, в которых поднимались вопросы пенсионного обеспечения, обеспечения техническими средствами реабилитации, предоставления социального обслуживания и льгот, реализации права на доступную среду и благоприятные условия проживания. Количество обращений от инвалидов Ставропольского края к 2022 году возросло до 71 (7,4%). Уполномоченные по правам человека в докладах отразили обращения и принятые меры по реше-

нию возникших трудностей, с которыми обращались в той или иной форме (письменной, устной) лица с инвалидностью, лица с ограниченными возможностями в Северо-Кавказском Федеральном округе.

В Приволжском Федеральном округе в Республики Марий Эл в 2021 году по сравнению с аналогичным периодом прошлого года отмечен рост числа обращений от инвалидов – на 31,3 %. В течение 2021 года в Пензенской области обратились 26 инвалидов, в 2022 году обратилось в 2 раза больше - 56 лиц с инвалидностью. В 2021 году количество заявителей - инвалидов обратившихся, в Ульяновской области составило 204 человека, в 2022 году - 211 человек.

К Уполномоченным Приволжского Федерального округа обращались инвалиды по таким, не менее актуальным вопросам, как вопросы разработки программ реабилитации, организации реабилитационных мероприятий, обеспечения техническими средствами реабилитации; обеспечения жилищных прав, приспособления общего имущества в многоквартирном доме для беспрепятственного доступа, вопросы о трудоустройстве инвалидов с ментальными нарушениями и др.

В Уральском Федеральном округе, в Челябинской области, в 2022 году от граждан с инвалидностью поступило 6 обращений по вопросу приспособления жилых помещений и общего имущества в многоквартирных домах с учетом потребностей инвалидов, в 2021 году таких было 3. В Ханты - Мансийском автономном округе в 2021 году количество обращений от инвалидов - 243(15%), в сравнении с 2020 годом количество обращений от данной категории заявителей увеличилось в 1,3 раза; в 2022 году в 214 случаях обращения затронули отдельные права лиц с инвалидностью. Мониторинг обращений инвалидов в аппарат Уполномоченных по правам человека Уральского Федерального округа показал существование идентичных проблем, как и в других округах Российской Федерации. Соблюдение прав инвалидов требует регулярного методического контроля в обозначенных проблемных сферах Уральского Федерального округа, какими являются: жилье, доступная среда, социальная, медицинская, профессиональная реабилитация; трудоустройство; правовое и юридическое обеспечение.

Проведенный анализ показал, что в Сибирском Федеральном округе количество обращений инвалидов, семей с ребенком инвалидом, в Республике Алтай уменьшилось с 40 (4,1%) человек в 2020 году до 35 (2,6%) человек в 2021 году, однако в 2022 году количество обращений лиц с инвалидностью увеличилось до 44 (3,4%). В Республике Бурятия указано снижение обращений людей с инвалидностью - 8% (110 обращений), однако, безработные, пенсионеры и инвалиды не снижали социальной активности в 2022 году, доля их обращений составила 13,4%. В Республике Тыва в 2021 году увеличилось количество обращений, поступивших от лиц с ограниченными возможностями здоровья, и составило 12 обращений. В Алтайском крае в 2021 году обратилось 12% инвалидов. Количество обращений в Кемеровской области в 2022 году от инвалидов и лиц с ОВЗ - 105 (10,2%) - остается на том же уровне, что и в 2021 году. Количество обращений инвалидов в Новосибирской области в 2021 году составило 231 (7,40%). Несмотря на принимаемые меры, вопросы обеспечения прав лиц с инвалидностью, лиц с ограниченными возможностями, маломобильных групп населения остаются актуальными и в Сибирском Федеральном округе.

В Дальневосточном Федеральном округе, категория заявителей - инвалиды составила 86 человек (6,8% от общего количества) в 2021 году в Республике Саха (Якутия), что в 2 раза больше, чем в 2020 году (41 инвалид). В 2022 году обращения инвалидов составили 4,3% (81 инвалид). В Амурской области в 2021 году обратились 6,0% инвалидов, в 2022 году обратились 4 % инвалидов. В 2022 году свое социальное положение обратившиеся граждане – инвалиды указали в 4,5% случаев (19 инвалидов) в Сахалинской области, в 2021 году обратилось 10 инвалидов. Наибольшее абсолютное число инвалидов, в Дальневосточном Федеральном округе в 2021 году было в Хабаровском крае – 98 (4,5%), в Республике Саха (Якутия) – 86 инвалидов. В Магаданской области - 7 обращений, в Камчатском крае - 4 обращения.

Обращения лиц с инвалидностью указывают на затруднения при решении вопросов - прохождения медико-социальной экспертизы, длительность ожидания и качество технических средств реабилитации, вопросы реализации права на санаторно-курортное лечение, доступной среды в санаториях, в жилых помещениях «старого фонда» и других объектах инфраструктуры; вопросы жилья, помощь в подтверждении права на внеочередное обеспечение жильем людей с ограниченными возможностями по месту их проживания во всех Федеральных округах, включая Дальневосточный Федеральный округ.

Преимущественно жалобы инвалидов в 2021 году касались вопросов обеспечения техническими средствами реабилитации (ТСР) в Ханты – Мансийском автономном округе (24 обращения), Пермском крае (21), Пензенской области (18), Ивановской области (15), Астраханской области (14), Тульской области (11), Курской области (10), Челябинской области (3), Тамбовской области (2) и др.; прохождения медико-социальной экспертизы (МСЭ) в Пермском крае (60 обращений), Белгородской области (38), Астраханской области (24), Волгоградской области (21), Республики Марий Эл (21), Республики Кабардино-Балкария (20), Тульской области (12), Челябинской области (11), Республики Хакасия (11), Курганской области (8 обращений в 2021 году, 10 обращений в 2022 году), Республики Ингушетия (7), Республики Коми (4), и др.; санаторно-курортного лечения в Республики Мордовия (17 обращений), Пермском крае (7 обращений), Пензенской области (5), Челябинской области (4) и др.; доступной среды в Пермском крае (7 обращений), Пензенской области (3), Челябинской области (3 обращения в 2021 году, 10 обращений в 2022 году.) и др.; жилищного обеспечения в Кировской области (6 чел.), Республики Хакасия (7 чел.) и др.; трудоустройства в Ханты - Мансийском автономном округе (19 обращений) и др.

Заключение. Проблемных вопросов, с которыми обращаются лица с инвалидностью в аппарат Уполномоченных по правам человека в субъектах много, среди которых поставка неподходящих или некачественных технических средств реабилитации, длительность их ожидания в связи с проведением конкурсных процедур; трудности при реализации права на санаторно-курортное лечение; вопросы доступной среды в санаториях, объектах инфраструктуры; вопросы трудоустройства, вопросы прохождения медико-социальной экспертизы; вопросы жилья, помощь в подтверждении права на внеочередное обеспечение жильем людей с ограниченными возможностями по месту их проживания в жилых помещениях «старого фонда» и др. С целью соблюдения прав инвалидов рассматриваются обращения граждан указанной категории и в результате принимаемых мер, Уполномоченны-

ми по правам человека удастся восстановить нарушенные права, преодолеть возникающие барьеры.

Однако, полученные сведения об обращениях инвалидов в аппарат Уполномоченных по правам человека трудно сопоставимы (часть сведений представлена в процентном выражении, часть в абсолютных цифрах, не всегда указана причина обращения или обращение лица с инвалидностью затрагивает несколько нарушений прав и др.). Отсутствие единой формы статистического наблюдения, с отражением количества обратившихся инвалидов, указанием причин обращений, которые не соотносились со статьями Конвенции о правах инвалидов, отсутствие относительных показателей на численность инвалидов 18 лет и старше затрудняет сравнительный анализ обращений инвалидов между субъектами и ведение динамического наблюдения.

Повышение независимой контрольной функции института Уполномоченного по правам человека позволит приведение отчетных докладов к единообразной форме, что будет способствовать организации согласованных действий органов государственной власти по обеспечению реализации прав инвалидов и повысит доказательность законотворческой деятельности на уровне Российской Федерации.

Источник финансирования: исследование проводилось в рамках Государственного задания.

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

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Конвенция о правах инвалидов. ООН, 2006. (принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г., подписана от имени Российской Федерации 24 сентября 2008 г., ратифицирована Федеральным законом №46-ФЗ от 03.05.2012). Режим доступа. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения: 15.08.2021).
2. Федеральный конституционный закон «Об Уполномоченном по права человека в Российской Федерации» 26.02.1997 №1-ФКЗ (с изм. от 31.01.2016 №1-ФКЗ) // Собрание законодательства Российской Федерации, 03.03.1997, № 9, ст. 1011.

REFERENCES:

1. Convention on the Rights of Persons with Disabilities [Konvenciya o pravah invalidov]. UN; 2006. Available from: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (appeal date: 10/20/2018) (in Russian).
2. Federal Constitutional Law “On the Commissioner for Human Rights in the Russian Federation” 26.02.1997 № 1-FKZ (as amended by 31.01.2016 № 1-FKZ) // Collection of Legislation of the Russian Federation, 03.03.1997, № 9, Art. 1011.

УДК 342.72/73

ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Жаворонков Р.Н.

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

Аннотация

Введение. *В настоящее время актуальным является изучение правовых аспектов защиты прав граждан при осуществлении медико-социальной экспертизы, результаты которой влияют на предоставление гражданину значительной социальной поддержки со стороны государства.*

Цель исследования. *Анализ правовых норм, регулирующих деятельность федеральных учреждений медико-социальной экспертизы, и определений высших судов, касающихся споров, связанных с медико-социальной экспертизой.*

Материалы и методы исследования. *При проведении исследования применялись диалектический, формально-юридический и другие методы познания. Были проанализированы правовые нормы Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ и подзаконных нормативных правовых актов, определения Верховного Суда Российской Федерации.*

Результаты исследования.

При проведении медико-социальной экспертизы могут возникать спорные ситуации. В этом случае гражданин может обжаловать решение бюро медико-социальной экспертизы в вышестоящее бюро, либо в суд.

Ряд судебных дел по поводу обжалования решений учреждений медико-социальной экспертизы были рассмотрены в кассационном порядке Верховным Судом Российской Федерации. Принятые Верховным Судом Российской Федерации определения имеют важное значение, поскольку влияют на формирование судебной практики, являясь образцом для принятия решений нижестоящими судами.

Большинство определений Верховного Суда Российской Федерации касаются процессуальных вопросов. Это связано с тем, что суд, рассматривая спорные ситуации, не выполняет функции учреждений медико-социальной экспертизы. Если подается иск, в котором ставится под сомнение правильность результатов проведенной указанными учреждениями экспертизы, то суд назначает судебную медико-социальную экспертизу, на основании которой выносит решение по рассматриваемому делу.

В настоящее время основная проблема заключается в том, что отсутствует правовая основа для проведения независимой медико-социальной экспертизы. Так, ст. 8.1 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» предусматривает проведение независимой оценки только качества условий оказания услуг федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы.

Верховный Суд Российской Федерации на основе действующего законодательства установил, что судебную медико-социальную экспертизу могут проводить только

федеральные учреждения медико-социальной экспертизы. Исходя из этого можно заключить, что судебный порядок рассмотрения жалоб на решения учреждений МСЭ качественно мало чем отличается от административного порядка рассмотрения этих жалоб. Так, при административном порядке решение нижестоящего учреждения МСЭ обжалуется в вышестоящее учреждение МСЭ, которое повторно проводит медико-социальную экспертизу. При судебном порядке суд назначает проведение медико-социальной экспертизы также в учреждении МСЭ. Результаты указанной экспертизы ложатся в основу решения суда. Необходимо отметить, что в ряде случаев проведение экспертизы по спорным ситуациям учреждениями, входящими в одну ведомственную систему, снижает гарантии объективности данной экспертизы.

Заключение. Основной проблемой, препятствующей наиболее полной судебной защите прав граждан, связанных с проведением медико-социальной экспертизы, является отсутствие правовой основы для осуществления независимой судебной медико-социальной экспертизы организациями, не являющимися федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, что требует внесения необходимых изменений в законодательство.

Ключевые слова: инвалид; медико-социальная экспертиза; защита прав; Верховный Суд Российской Федерации.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Жаворонков Роман Николаевич, доктор юридических наук, доцент, профессор кафедры трудового права и права социального обеспечения ФГБОУ ВО «Московский государственный юридический университет имени О.Е.Кутафина (МГЮА)»; адрес: ул. Садовая-Кудринская, д.9, 125993, Москва, Россия; телефон: +7 499 244 88 88; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7836-8639>; eLibrary SPIN: 9269-6515; e-mail: javoronkov@mail.ru

PROBLEMS OF REALIZATION OF CITIZENS RIGHTS IN IMPLEMENTATION OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE

Zhavoronkov R.N.

Kutafin Moscow State Law University (MSAL), Moscow, Russia

Abstract

Background. Currently, it is relevant to study the legal aspects of protecting the rights of citizens in the implementation of medical and social expertise, the results of which affect the provision of a citizen with significant social support from the state.

Aim. The work is aimed at studying the legal norms governing the activities of federal institutions of medical and social expertise, and the definitions of the Supreme Court of the Russian Federation related to disputes related to the implementation of medical and social expertise.

Materials and methods. During the study, dialectical, formal-legal and other methods of cognition were used. The legal norms of the Federal Law "On Social Protection of Persons with Disabilities in the Russian Federation" of November 24, 1995 No. 181-FZ and by-laws of the Russian Federation, the definitions of the Supreme Court of the Russian Federation were analyzed.

Results. When conducting a medical and social examination, controversial situations may arise. In this case, a citizen can appeal the decision of the bureau of medical and social expertise to a higher bureau, or to the court.

A number of court cases regarding the appeal of decisions of institutions of medical and social expertise were considered in cassation by the Supreme Court of the Russian Federation. The definitions adopted by the Supreme Court of the Russian Federation are important, since they affect the formation of judicial practice, being a model for decision-making by lower courts.

Most of the decisions of the Supreme Court of the Russian Federation relate to procedural issues. This is due to the fact that the court, considering controversial situations, does not fulfill the functions of institutions of medical and social expertise. If a claim is filed in which the correctness of the results of the examination carried out by these institutions is questioned, the court appoints a forensic medical and social examination, on the basis of which it makes a decision on the case in question.

Currently, the main problem is that there is no legal basis for conducting an independent medical and social examination. Thus, Art. 8.1 of the Federal Law "On Social Protection of Persons with Disabilities in the Russian Federation" provides for an independent assessment of only the quality of the conditions for the provision of services by federal institutions of medical and social expertise.

The Supreme Court of the Russian Federation, on the basis of the current legislation, established that only federal institutions of medical and social expertise can conduct judicial medical and social expertise. Based on this, it can be concluded that the judicial procedure for considering complaints about the decisions of institutions of medical and social expertise is qualitatively not much different from the administrative procedure for considering these complaints. Thus, in the administrative procedure, the decision of the lower institution of medical and social expertise is appealed to the higher institution of medical and social expertise, which re-conducts medical and social expertise. In court, the court appoints a medical and social examination also in the institution of medical and social expertise. The results of this examination form the basis of the court decision. It should be noted that in some cases, the examination of controversial situations by institutions that are part of one departmental system reduces the guarantees of the objectivity of this examination.

Conclusion. The main problem impeding the most complete judicial protection of citizens' rights related to the conduct of medical and social expertise is the lack of a legal basis for the implementation of independent judicial medical and social expertise by organizations that are not federal institutions of medical and social expertise, which requires the necessary amendments to the legislation.

Keywords: person with disabilities; medical and social expertise; protection of rights; Supreme Court of the Russian Federation.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

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

Введение. В настоящее время выросло количество научных исследований правового регулирования социальной защиты инвалидов [1, 2, 3, 4, и др.]. В этой связи является ак-

туальным изучение правовых аспектов защиты прав граждан при осуществлении медико-социальной экспертизы, результаты которой влияют на предоставление гражданину значительной социальной поддержки со стороны государства.

Цель исследования. Анализ правовых норм, регулирующих деятельность федеральных учреждений медико-социальной экспертизы, и определений высших судов, касающихся споров, связанных с медико-социальной экспертизой.

Материалы и методы исследования. При проведении исследования применялись диалектический, формально-юридический и другие методы познания. Были проанализированы правовые нормы Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ (Закон о социальной защите инвалидов) и подзаконных нормативных правовых актов, определения Верховного Суда Российской Федерации.

Результаты исследования.

Результаты проведения медико-социальной экспертизы (МСЭ) имеют важные юридические последствия для гражданина. В случае признания инвалидом у гражданина возникает право на получение от государства связанных с этим правовым статусом мер социальной поддержки. Установление группы и причины инвалидности, а также разработка индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида влияют на объем указанной социальной поддержки.

При проведении медико-социальной экспертизы могут возникать спорные ситуации. Согласно пп. 55 – 59 Правил признания лица инвалидом, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 г. № 588, гражданин может обжаловать решение бюро медико-социальной экспертизы в вышестоящее бюро, либо в суд.

Ряд судебных дел по поводу обжалования решений учреждений медико-социальной экспертизы были рассмотрены в кассационном порядке Верховным Судом Российской Федерации. Принятые Верховным Судом Российской Федерации определения имеют важное значение, поскольку влияют на формирование судебной практики, являясь образцом для принятия решений нижестоящими судами. Верховный Суд Российской Федерации установил следующее:

- дела о признании незаконными решений федеральных учреждений медико-социальной экспертизы рассматриваются судом в порядке гражданского судопроизводства (Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 22 января 2018 г. № 39-КГ17-13);

- право осуществлять судебную медико-социальную экспертизу имеют только федеральные учреждения медико-социальной экспертизы (Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 15 февраля 2016 г. № 14-КГ15-22);

- судебная медико-социальная экспертиза проводится Федеральным бюро медико-социальной экспертизы бесплатно, поскольку осуществление такой экспертизы входит в функциональные обязанности Федерального бюро (Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 27 сентября 2021 г. № 36-КГ21-3-К2; Определение Верховного Суда Российской Федерации от 06 июня 2022 № 16-КГ22-6-К4);

- при рассмотрении дела о признании справки об установлении инвалидности недействительной бремя доказывания недобросовестности ответчика при получении статуса инвалида необходимо возложить на истца. Также в ходе проведения судьей подготовки дела к судебному разбирательству либо судом в процессе судебного разбирательства ответчику необходимо разъяснить его право заявить ходатайство о проведении судебно-медицинской экспертизы для подтверждения наличия у него критериев для установления группы инвалидности, равно как судом по собственной инициативе должен быть поставлен на обсуждение сторон спора вопрос о назначении такой экспертизы (Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 1 марта 2021 г. № 41-КГ20-27-К4; Определение Верховного Суда Российской Федерации от 3 августа 2020 г. № 41-КГ20-6-К4);

- отсутствие специально разработанных правил освидетельствования пострадавших не на производстве федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы не может ограничивать право гражданина на получение государственной услуги, результатом которой является определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, без которого невозможно получение им страхового возмещения в связи с повреждением здоровья в результате дорожно-транспортного происшествия (Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 29 сентября 2014 г. № 12-КГ14-5).

Из приведенного перечня видно, что большинство определений Верховного Суда Российской Федерации касаются процессуальных вопросов. Это связано с тем, что суд, рассматривая спорные ситуации, не выполняет функции учреждений медико-социальной экспертизы. Если подается иск, в котором ставится под сомнение правильность результатов проведенной указанными учреждениями экспертизы, то суд назначает судебную медико-социальную экспертизу, на основании которой выносит решение по рассматриваемому делу.

В настоящее время основная проблема заключается в том, что отсутствует правовая основа для проведения независимой медико-социальной экспертизы. Так, ст. 8.1 Закона о социальной защите инвалидов предусматривает проведение независимой оценки только качества условий оказания услуг федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы. Согласно данной статье, независимая оценка качества условий оказания услуг указанными учреждениями предусматривает оценку условий оказания услуг по таким общим критериям, как открытость и доступность информации об учреждении; комфортность условий предоставления услуги, в том числе время ожидания ее предоставления; доброжелательность, вежливость работников учреждения; удовлетворенность условиями оказания услуг, а также доступность услуг для инвалидов. Таким образом, структуры, осуществляющие независимую оценку, не проверяют обоснованность решений, принимаемых учреждениями медико-социальной экспертизы.

Как указывалось выше, Верховный Суд Российской Федерации на основе действующего законодательства в Определении № 14-КГ15-22 установил, что судебную медико-социальную экспертизу могут проводить только федеральные учреждения медико-социальной экспертизы. Исходя из этого можно заключить, что судебный порядок рассмотрения жалоб на решения учреждений МСЭ качественно мало чем отличается от администра-

тивного порядка рассмотрения этих жалоб. Так, при административном порядке решение нижестоящего учреждения МСЭ обжалуется в вышестоящее учреждение МСЭ, которое повторно проводит медико-социальную экспертизу. При судебном порядке суд назначает проведение медико-социальной экспертизы также в учреждении МСЭ. Результаты указанной экспертизы ложатся в основу решения суда. Необходимо отметить, что в ряде случаев проведение экспертизы по спорным ситуациям учреждениями, входящими в одну ведомственную систему, снижает гарантии объективности данной экспертизы. В качестве примера можно привести обстоятельства дела, по которому было вынесено Верховным Судом Российской Федерации указанное Определение № 14-КГ15-22. Истец до обращения в суд последовательно обжаловал решения районного бюро МСЭ в Главное бюро МСЭ субъекта Российской Федерации, затем решение Главного бюро – в Федеральное бюро МСЭ. Получив отрицательное решение Федерального бюро, истец подал иск в суд, который назначил судебную медико-социальную экспертизу в Главном бюро МСЭ другого субъекта Российской Федерации. Таким образом, Главное бюро должно было проверять обоснованность решения вышестоящего бюро.

Заключение. Проведенное исследование показывает, что Верховным Судом Российской Федерации принято ряд определений, которые служат основой для формирования единообразной судебной практики рассмотрения дел, связанных с обжалованием решений федеральных учреждений медико-социальной экспертизы. Большинство этих определений направлены на создание для граждан правовых возможностей защищать свои права и законные интересы.

Основной проблемой, препятствующей наиболее полной судебной защите прав граждан, связанных с проведением медико-социальной экспертизы, является отсутствие правовой основы для осуществления независимой судебной медико-социальной экспертизы организациями, не являющимися федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы. В связи с этим необходимо разработать и принять дополнения в действующее законодательство. На наш взгляд, независимую экспертизу могут осуществлять научные организации, разрабатывающие методологию медико-социальной экспертизы, и образовательные организации, осуществляющие подготовку врачей медико-социальной экспертизы.

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

The author declares no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Албеева А.Ю. Правовая политика в отношении инвалидов (1917 – начало XXI века): историко-правовое исследование. Монография. Самара: Изд-во Самар. гос. экон. ун-та, 2016. 140 с. [Albeeva A.J. Pravovaja politika v otnoshenii invalidov (1917 – nachalo XXI veka): istoriko-pravovoe issledovanie. Monografija. Samara: Izd-vo Samar. gos. jekon. un-ta, 2016. 140 s. (In Russ.).]
2. Жаворонков Р.Н. Социальная защита инвалидов: вчера, сегодня, завтра (правовые аспекты). Монография. М.: Издательство «У Никитских ворот», 2020. 248 с. [Zhavoronkov R.N. Social'naja zashhita invalidov: vchera, segodnja, zavtra (pravovye aspekty). Monografija. M.: Izdatel'stvo «U Nikitskih vorot», 2020. 248 s. (In Russ.).]

3. *Права инвалидов* / Сабаева С.В., Боброва Т.М., Исаева А.Н., Сивакова И.В., Скопина М.В. Брошюра. М.: Проспект, 2018. 232 с. [*Prava invalidov / Sabaeva S.V., Bobrova T.M., Isaeva A.N., Sivakova I.V., Skorina M.V. Broshjura. M.: Prospekt, 2018. 232 s. (In Russ.).*]
4. *Права инвалидов: правовое регулирования, механизмы защиты и реализации* / Байрамов Ф.Д., Белова Т.В., Собенина М.А., Каирова А.И., Литягин Н.Н., Попов О.В., Смыслова В.Н., Степанов В.В., Хакимов Р.М. Монография. М.: МГТЭУ, 2017. 228 с. [*Prava invalidov: pravovoe regulirovanija, mehanizmy zashhity i realizacii / Bajramov F.D., Belova T.V., Sobenina M.A., Kairova A.I., Litygin N.N., Popov O.V., Smyslova V.N., Stepanov V.V., Hakimov R.M. Monografija. M.: MGTJeU, 2017. 228 s. (In Russ.).*]

Раздел 2

**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОГРАММА РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ «ДОСТУПНАЯ СРЕДА»**

Section 2

**STATE PROGRAMME OF THE RUSSIAN FEDERATION
“ACCESSIBLE ENVIROMENT”**

УДК 316.4.063

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВШтепа А.В.^{1,2}, Мальков Н.Р.¹¹ ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия² ЧОУ ВПО СПбУТУиЭ, Санкт-Петербург, Россия**Аннотация**

Введение. Рассматриваются результаты социологического исследования, проведенного Федеральным ресурсным центром по формированию доступной среды в 2022 году в рамках реализации мероприятий государственной программы Российской Федерации «Доступная среда». Социологический мониторинг, осуществляемый центром, представляет собой целостную систему отслеживания уровня удовлетворенности граждан с инвалидностью доступностью объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности, возможностью реализовать свои права наравне с другими гражданами. Проблема доступности гражданам с инвалидностью физической, социальной и информационной среды рассматривается в парадигме качества жизни. Оценки качества жизни, представленные в статье, являются субъективными оценками лиц с инвалидностью - респонденты сами определяли, насколько качественно они живут, исходя из своих собственных критериев.

Цель. Анализ влияния доступности физической, социально-экономической и информационной среды на оценку лицами с инвалидностью качества своей жизни.

Материалы и методы. Целевой группой социологического исследования являются граждане с инвалидностью. Были опрошены 6984 человека в соответствии с процедурой выборочного исследования в каждом субъекте Российской Федерации на базе нестационарных организаций социального обслуживания. Для сбора данных был использован метод полуструктурированного интервью с инвалидами. Статистический анализ проводился с использованием STATISTICA (версия 12) и SPSS (версия 23).

Результаты. Результаты опроса показали, что приоритетными для лиц с инвалидностью являются такие сферы жизнедеятельности как здравоохранение, социальная защита населения, информация и связь, транспорт, торговля. Наиболее сильно влияют на возможность получить услугу недоступность транспорта, недоступные пешеходные пути к объекту и грубость работников. Участники опроса в целом положительно оценили отношение к себе окружающих в различных ситуациях социального взаимодействия. Были выявлены статистически значимые корреляционные связи между оценками респондентов качества своей жизни и оценками доступности физической, социально-экономической и информационной среды. Дискриминантный анализ показал, что сильнее всего различают полярные группы респондентов - полностью удовлетворенных качеством своей жизни и определенно не удовлетворенных им - три дискриминантные переменные: удовлетворенность уровнем доступности объектов и услуг, удовлетворенность отношением населения к проблемам инвалидов, уровень дохода семьи.

Заключение. На материалах социологического исследования было показано влияние на оценку инвалидов качества своей жизни различных факторов. Наиболее значимые из них: удовлетворенность уровнем доступности объектов и услуг, доброжелательное отноше-

ние населения к проблемам инвалидов. Делается предположение, что доступная безбарьерная среда способствует активации у лиц с инвалидностью потребности конкурировать с другими людьми, влияя тем самым на изменение оценки качества своей.

Ключевые слова: лица с инвалидностью, государственная программа, доступность, социологический мониторинг, качество жизни, конкурентоспособность.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Штепа Алена Владимировна, аспирант кафедры экономики и управления социально-экономическими системами ЧОУ ВО «Санкт-Петербургский университет технологий управления и экономики»; адрес: 190103, г. Санкт-Петербург, Лермонтовский пр., д.44; начальник информационно-аналитического отдела Федерального ресурсного (информационно-методического) центра по формированию доступной среды для инвалидов и маломобильных групп населения ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России; адрес: 194044, г. Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., дом 11/12; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0012-579X>; eLibrary SPIN: 9783-7978; e-mail: alenashtepa@gmail.com

Мальков Николай Романович, канд. психол. наук, ведущий методист по вопросам формирования доступной среды информационно-аналитического отдела Федерального ресурсного (информационно-методического) центра по формированию доступной среды для инвалидов и маломобильных групп населения ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России; адрес: 194044, г. Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., дом 11/12; ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2331-6051>; eLibrary SPIN: 6682-1943; e-mail: malkovn@yandex.ru

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

FACTORS AFFECTING THE QUALITY OF LIFE OF THE DISABLED

Shtepa A.V.^{1,2}, Malkov M.N.¹

¹ *Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Saint Petersburg, Russia*

² *St. Petersburg University of Management Technologies and Economics (UMTE), St. Petersburg, Russia*

Abstract

Background. *The article discusses the results of a sociological study conducted by the Federal Resource Center for the formation of an accessible environment in 2022 within the framework of the implementation of measures of the state program of the Russian Federation "Accessible Environment". The problem of accessibility of physical, social and informational environment for citizens with disabilities is considered in the paradigm of quality of life.*

Aim. *The aim of the work was to investigate the impact of accessibility of physical, social-economic and informational environment on the assessment of the quality of life by persons with disabilities.*

Materials and methods. *6,984 people were interviewed in accordance with the sampling procedure in each constituent entity of the Russian Federation on the basis of non-patient social service organizations. The method of semi-structured interview with disabled people was*

used for data collection. Statistical analysis was carried out using STATISTICA (version 12) and SPSS (version 23).

Results. The results of the survey have shown that priority for persons with disabilities are such spheres of life activity as health care, social protection of the population, information and communication, transportation, and trade. Discriminant analysis showed that the three discriminant variables that most strongly distinguish polar groups of respondents - those who are fully satisfied with the quality of their life and those who are definitely not satisfied with it - are: satisfaction with the level of accessibility of objects and services, satisfaction with the attitude of the population to the problems of the disabled, and the level of family income.

Conclusion. The materials of the sociological study showed the influence of various factors on the assessment of the quality of life of disabled people. The most significant of them are: satisfaction with the level of accessibility of objects and services, friendly attitude of the population to the problems of the disabled. The assumption is made that an accessible barrier-free environment contributes to the activation of the need for persons with disabilities to compete with other people, thus influencing the change in the assessment of the quality of their life.

Keywords: persons with disabilities, state program, accessibility, sociological monitoring, quality of life, competitive ability.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Alena V. Shtepa, postgraduate student of the Department of Economics and Management of Social and Economic Sciences, Saint Petersburg University of Management Technologies and Economics; 44 Lermontovskiy ave., Saint Petersburg, 190103; Head of the Information and analytical department of the Federal resource (information and methodological) center for the formation of an accessible environment for the disabled and people with limited mobility of the Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation; 11/12 Bolshoi Sampsonievskiy ave., Saint Petersburg, 194044; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0012-579X>; eLibrary SPIN: 9783-7978; e-mail: alenashtepa@gmail.com

Nikolay R. Malkov, candidate of psychological sciences, Leading methodologist for the formation of an accessible environment of the Information and analytical department of the Federal resource (information and methodological) center for the formation of an accessible environment for the disabled and people with limited mobility of the Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation; 11/12 Bolshoi Sampsonievskiy ave., Saint Petersburg, 194044; ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2331-6051>; eLibrary SPIN: 6682-1943; e-mail: malkovn@yandex.ru

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

Введение. Федеральным ресурсным (информационно-методическим) центром по формированию доступной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения ежегодно проводятся мониторинговые социологические исследования в рамках реализации мероприятий государственной программы Российской Федерации «Доступная среда». Получаемый в результате мониторинговых исследований фактологический материал позволяет увидеть динамику социальных процессов: изменения уровня удовлетворенности граждан с инвалидностью доступностью объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности, возможности реализовать свои права наравне с другими гражданами [1].

Доступная безбарьерная среда — важный шаг к реализации прав людей с инвалидностью на участие во всех сферах общественной жизни. В обществе, которое предлагает всем своим членам надлежащий и равный доступ к транспорту, технологиям, жилью, услугам и общественной инфраструктуре, у людей с ограниченными возможностями больше возможностей развивать свои навыки и вносить свой вклад в жизнь общества, что в свою очередь будет способствовать экономическому росту и развитию общества в целом.

Проблема доступности гражданам с инвалидностью физической, социальной и информационной среды рассматривается нами в парадигме качества жизни. Всемирная организация здравоохранения определяет качество жизни как восприятие людьми своего положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых они живут, и в связи с их отношением к жизни [2]. Качество жизни содержит как объективные, так и субъективные компоненты. Объективные компоненты состоят из измеримых показателей, таких как условия жизни, здоровье, экономическая безопасность и образование [3]. Субъективные компоненты определяют качество жизни по отношению к психологическим показателям, включая восприятие жизненного опыта и возможности [4].

В историческом плане, исследования, касающиеся людей с инвалидностью, изначально были сосредоточены на преимущественно объективных факторах качества жизни. В дальнейшем в исследованиях качества жизни инвалидов наблюдается смещение акцента на субъективные элементы, поскольку было обнаружено, что такие факторы, связанные с качеством жизни, как чувства, удовлетворение, счастье, безопасность и др., становятся все более важными для лиц с инвалидностью в связи с проблемой доступности к физической и социальной среде [5].

Представленные в статье материалы репрезентативного всероссийского социологического мониторингового исследования, проведенного в 2022 году, содержат субъективные оценки лиц с инвалидностью качества своей жизни - респонденты сами определяли, насколько качественно они живут, исходя из своих собственных критериев.

Цель исследования. Анализ влияния доступности физической, социально-экономической и информационной среды на оценку лицами с инвалидностью качества своей жизни.

Материалы и методы исследования. Целевой группой мониторингового социологического исследования являются граждане Российской Федерации, признанные в установленном порядке инвалидами - люди с ограниченными возможностями, у которых навсегда или на длительный срок нарушены какие-то важные функции организма (глухие, слабослышащие, слепые, слабовидящие, с ментальными нарушениями, нарушениями опорно-двигательного аппарата и другие, в том числе дети-инвалиды). Генеральная совокупность граждан с инвалидностью была рассчитана с использованием статистических данных, предоставленных ГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

Выборка квотная. Контролируемые параметры: пол, возраст, городское / сельское население, форма инвалидности. Были опрошены 6984 человека с инвалидностью в соответствии с процедурой выборочного исследования. Опрос респондентов был осуществлен в каждом субъекте Российской Федерации на базе нестационарных организаций социального обслуживания.

В исследовании для сбора данных был использован метод полуструктурированного интервью с инвалидами. В бланк полуструктурированного интервью были включены 78 вопросов, часть из которых были открытыми и полуоткрытыми.

Статистический анализ проводился с использованием STATISTICA (версия 12) и SPSS (версия 23).

Результаты исследования. Результаты опроса показали, что наиболее важными для лиц с инвалидностью являются такие сферы жизнедеятельности как здравоохранение, социальная защита населения, информация и связь, транспорт, торговля.

В 2022 году получили услуги на объектах здравоохранения 65,5% участников исследования, социальной защиты населения – 51,5%, торговли – 56,3%. Воспользовались услугами транспорта - 58,1% респондентов.

Респонденты чаще всего указывали в качестве факторов, наиболее сильно влияющих на возможность получить услугу: отсутствие транспорта (44,8%), недоступные пешеходные пути к объекту (40,5%), грубость, конфликтность, бестактность работников объекта (42,1%).

Характеризуя доступность цифровой среды, необходимо отметить, что 62,4% участников исследования свободно пользуются кнопочным мобильным телефоном, 39,8% смартфоном. Не испытывают проблем с выходом в сеть Интернет 43,2% респондентов. Указали на отсутствие проблем при пользовании Единым порталом государственных и муниципальных услуг 29,5% респондентов.

Респондентов просили оценить, как к ним относятся окружающие в различных ситуациях социального взаимодействия. Отношение к себе со стороны семьи, соседей в целом положительно оценили 94,4%; доброжелательное отношение других людей в организациях здравоохранения, социальной защиты населения - 87,6%; при приобретении товаров и услуг – 79,5%; в государственных, административных структурах - 77,3%; на транспорте – 70,3%; на отдыхе – 59,2%; в коллективе – 58,5%; в средствах массовой информации – 57,8%.

Были выявлены корреляционные связи между оценками респондентов качества своей жизни и важностью для них организаций общественного питания ($r=0,23$), культуры и туризма ($r=0,23$), рекреационных зон ($r=0,22$).

Также существуют корреляционные связи между оценками респондентов качества своей жизни и оценками уровня доброжелательности к ним других людей: в быту ($r=0,29$), в коллективе ($r=0,34$), на транспорте ($r=0,40$), в СМИ ($r=0,37$), на отдыхе ($r=0,40$), при приобретении товаров и услуг ($r=0,42$), а государственных, административных структурах ($r=0,36$), в социально значимых организациях ($r=0,33$).

Самые высокие коэффициенты корреляции выявлены между оценками респондентов качества своей жизни и их удовлетворенностью уровнем доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности ($r=0,57$), удовлетворенностью доброжелательным отношением населения к проблемам инвалидов ($r=0,52$).

Все приведенные коэффициенты корреляции статистически значимы на уровне $p<0,01$.

На рисунке 1 представлена диаграмма распределения ответов респондентов на вопросы об удовлетворенности уровнем доступности жизненно важных объектов и услуг, толерант-

ности населения к проблемам инвалидов и удовлетворенности качеством своей жизни. Удовлетворены уровнем доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности в целом 61,4% респондентов. 62,2% участников опроса оценили отношение населения к проблемам инвалидов как доброжелательное. В целом положительные ответы на вопрос об удовлетворенности качеством своей жизни дали 59,4% респондентов.



Рисунок 1. Распределение ответов респондентов на вопросы об удовлетворенности уровнем доступности жизненно важных объектов и услуг, толерантности населения к инвалидам и удовлетворенности качеством жизни, %

Чтобы выяснить, какие переменные, коррелирующие с показателем качества жизни, сильнее всего различают (дискриминируют) полярные группы респондентов - полностью удовлетворенных качеством своей жизни ($n=751$) и определенно не удовлетворенных им ($n=166$) - был проведен дискриминантный анализ. В качестве зависимой переменной выступила переменная, отражающая удовлетворенность инвалидов качеством своей жизни. Группирующие признаки: «Полностью удовлетворен» и «Определенно не удовлетворен».

В таблице 1 представлена итоговая модель дискриминантного анализа. Дискриминация между группами значима ($p < 0,0000$). В итоговую модель вошли три статистически значимые дискриминантные переменные: удовлетворенность уровнем доступности объектов и услуг, удовлетворенность отношением населения к проблемам инвалидов, уровень дохода семьи.

Переменная «Удовлетворенность уровнем доступности объектов и услуг» дает вклад в дискриминацию между совокупностями «Полностью удовлетворен» качеством своей жизни и «Определенно не удовлетворен» им, больше других переменных, вошедших в модель (Partial $\lambda = 0,673128$).

Переменная «Уровень дохода семьи» занимает третье место. Одним из негативных последствий инвалидности является снижение материального положения, возникающее в результате: дополнительных медицинских расходов; снижения потенциального заработка; увеличение стоимости жизни (потребность в дополнительном специализированном оборудовании для передвижения и оснащения дома); ограниченного доступа к финансовым

продуктам и услугам; высокая зависимость от государственной поддержки; социальная изоляция.

Таблица 1

Дискриминантные переменные, включенные в итоговую модель

Дискриминантные переменные	Discriminant Function Analysis Summary (Массив_2022_инв) No. of vars in model: 4; Grouping: 11.1 (2 grps) Wilks' Lambda: ,40552 approx. F (4,912) =334,24 p<0,0000					
	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove	p-level	Toler.	1-Toler.
Удовлетворенность уровнем доступности объектов и услуг	0,640152	0,673128	443,3542	0,00000	0,865329	0,134671
Удовлетворенность отношением населения к проблемам инвалидов	0,450707	0,956062	41,9595	0,00000	0,865917	0,134083
Уровень дохода семьи	0,445423	0,967404	30,7628	0,00000	0,99926	0,00074

Влияние инвалидности на материальное положение, требует применение экономического подхода. Один из способов справиться с финансовыми последствиями инвалидности – сосредоточиться на улучшении инклюзивного образования, профессиональной подготовки и возможностей трудоустройства для людей с инвалидностью. Это включает в себя содействие созданию малого и среднего бизнеса, доступного для людей с ограниченными возможностями, и поощрение предпринимательства в этой группе. Инвалиды обладают значительным экономическим потенциалом, как в качестве потребителей, так и в качестве наемных работников.

Заключение. Результаты социологического исследования выявили наиболее значимые для граждан с инвалидностью сферы жизнедеятельности, их оценки уровня доступности объектов и услуг, толерантности окружающих в различных ситуациях социального взаимодействия.

Было показано, что на субъективную оценку качества жизни лиц с инвалидностью влияют различные факторы, отражающие доступность физической, социальной и информационной среды. Наиболее значимыми из них являются удовлетворенность уровнем доступности объектов и услуг, доброжелательное отношение населения к проблемам инвалидов. Эти факторы следует рассматривать как социально-экономические ресурсы, повышающие конкурентоспособность лиц с инвалидностью в повседневной жизни.

Можно предположить, что доступная безбарьерная среда способствует активации у лиц с инвалидностью потребности конкурировать с другими людьми, поскольку известно, что конкурентоспособность является драйвером, запускающим процесс личностного развития человека (стремление больше учиться, усерднее работать, увеличивать уровень дохода, совершенствовать то, что он знает).

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

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES:

1. Халиков М.С., Магомедов К.О. Социологический мониторинг как технология научного анализа и способ коммуникативного взаимодействия // *Коммуникология: электронный научный журнал*. 2019. Том 4. №4. С. 62-75. [Khalikov M.S., Magomedov K.O. Sociological monitoring as a technology of scientific analysis and method of communicative interaction // *Communicology: electronic scientific journal*. 2019. Vol. 4. no. 4. P. 62-75.]
2. Chowdhury, M., & Benson, B. A. (2011). Deinstitutionalization and quality of life of individuals with intellectual disability: A review of the international literature. *Journal of Policy & Practice in Intellectual Disabilities*, 8(4), 256–265. doi.org/10.1111/j.1741-1130.2011.00325.x
3. Theofilou, P. (2013). Quality of life: Definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 150–162. doi.org/10.5964/ejop.v9i1.337
4. Weinberg, M. K., Seton, C., & Cameron, N. (2018). The measurement of subjective wellbeing: Item-order effects in the personal wellbeing index—adult. *Journal of Happiness Studies*, 19(1), 315–332. doi.org/10.1007/s10902-016-9822-1
5. Morisse, F., Vandemaele, E., Claes, C., Claes, L., & Vandeveldel, S. (2013). Quality of life in persons with intellectual disabilities and mental health problems: An explorative study. *The Scientific World Journal*, 2013, 491918-491918. doi.org/10.1155/2013/491918

УДК 364.1+364.07+364.24+364.25+376

МАРШРУТООРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД КАК СОВРЕМЕННАЯ ТЕНДЕНЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ДОСТУПНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ

Мирошниченко О.А., Вечканова И.Г.

ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Представлены критерии и показатели систематизирования статистических сведений об оценке практики субъектов Российской Федерации по созданию доступной среды. Обосновывается потребность в концептуальном пересмотре факторов обеспечения доступности по критериям: актуальность и социальная значимость; ориентация на потребителя и удовлетворённость потребителя; регламентированность (нормативное правовое, методическое регулирование практики); эффективность (действенность, результативность, экономичность); тиражируемость, масштабируемость практики. В ходе исследования в регионах динамично развивающихся современных технологий в сфере доступной среды определены следующие тенденции: универсальный (социальный) дизайн; маршрутизация; цифровая доступность; развитие универсальных моделей управления; персонафицированный и индивидуально-ориентированный подход в реабилитации. Даны предложения по разработке маршрутоориентированного подхода как методологии, определены тенденции и дальнейший вектор развития методологии информационной и когнитивной доступности.

Ключевые слова: *доступная среда, люди с инвалидностью, маршрутоориентированный подход, барьеры, реабилитация.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Мирошниченко О.А. кандидат психологических наук, директор Федерального ресурсного (информационно-методического) центра по формированию доступной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения, ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, адрес: 195067 г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, д. 50; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6327-1567>; eLibrary SPIN: 2363-2726; e-mail: miroshnichenko_oa@frcds.ru

Вечканова И.Г. кандидат педагогических наук, начальник отдела проектной деятельности федерального ресурсного (информационно-методического) центра по формированию доступной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения, ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, адрес: 195067 г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, д. 50; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6024-7820>; eLibrary SPIN: 1975-2797; e-mail: ivechkanowa@gmail.com

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

ROUTE-ORIENTED APPROACH AS A MODERN TREND IN THE FORMATION OF ACCESSIBLE ENVIRONMENT FOR DISABLED PEOPLE

Miroshnichenko O.A., Vechkanova I.G.

Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Saint Petersburg, Russia

Abstract

Background. *Modern studies have revealed tendencies to expand the concept of "accessible environment" beyond the usual understanding as only specialized architectural and planning solutions that are implemented in the construction or equipment of social facilities. At the present stage, these are interdepartmental solutions that are systemic in nature and include objects of the material world, information accessibility [2, 3, 7], new techniques of communicative interaction, the formation of cultural basic principles of barrier-freeness and friendliness in medicine and public consciousness [4, 5, 9].*

Aim. *To assess the activities of the constituent entities of the Russian Federation in the field of accessible environment for the disabled and other low-mobility groups in terms of best practices and problematic positions.*

Materials and methods. *Expert evaluation method by three focus groups: 1) executive authorities of the constituent entities - self-assessment; 2) mutual evaluation by experts of the regions (Moscow and Murmansk Oblasts, Khabarovsk Krai, Republic of Bashkortostan); 3) external evaluation by experts of the Federal Resource (Information and Methodological) Center for the formation of an accessible environment for the disabled and other low-mobility groups (FRC "Accessible Environment").*

The experts of the Federal Resource Center "Accessible Environment" together with the subjects of the Russian Federation that have confirmed their participation as pilot regions (project participants) are implementing a pilot project to develop system solutions in the field of accessibility for the disabled and other low-mobility groups of the population, including the dissemination of the best regional practices for ensuring unimpeded access of the disabled to social, engineering and transportation infrastructure facilities for further development and widespread dissemination.

The study proposed a form of expert assessment of practices in the field of accessible environment for the disabled and other low-mobility groups. The development used a classical model with the application of evaluation scores according to five criteria: relevance and social significance; customer orientation and customer satisfaction; regulation of the practice (normative legal, methodological regulation); efficiency (effectiveness, efficiency, cost-effectiveness) of the practice; replicability, scalability.

Results. *The proposed expert assessment as a methodology can be applied in the system of analytical activity [6]. According to the results of the study, the main objectives of the route-oriented approach include: implementation of new and non-standard approaches to the organization of processes and management of accessible environment; formation of a multidisciplinary team of specialists in the field of creating accessible environment; ensuring the accessibility of organizations providing services in priority spheres of life (health care, social protection, employment, culture, sports and transport) to movement and (or) self-service (which is consistent with environmental factors according to the ICF [8, 10]). For example, adaptation is carried out according to the principle of creating an accessible route: entrance, yard, roads, transportation, social facilities, commercial facilities, communicative functions. For this purpose, the prioritization of objects is determined.*

The prepared methodological recommendations [6] propose formats of application that do not limit the legal approaches in the subjects of the Russian Federation to implement the practice: 1. through priority project initiatives, 2. within the framework of the current regulatory legal framework of the subject of the Russian Federation, taking into account regional specifics and the amount of budget financing.

The relevance and necessity of creating a draft of Methodological Recommendations on cognitive accessibility have been revealed, so it is supposed to include such measures as: identification of the target group; determination of the routes necessary for adaptation; formation of individual communicative accessible routes for persons with mental and speech impairments; adaptation measures (taking necessary measures to remove barriers, development of assistive communicative technologies and simple (clear) communication). Normative and legal regulation will make it possible to form unified approaches and requirements to the development of the system of information accessibility in the Russian Federation for persons with intellectual and speech disabilities and autism.

Conclusion. *Based on the analysis of the evaluation and the development of practice indicators and evaluation criteria, methodological recommendations were prepared for the constituent entities of the Russian Federation on the implementation of a route-oriented approach to creating an accessible environment for persons with disabilities. The tested assessment facilitates a smooth transition from an object-oriented to a route-oriented approach to organizing an accessible environment that takes into account the individual needs of disabled people, including the need for further development of criteria for creating an accessible information space, cognitive accessibility and overcoming communication and information barriers.*

Keywords: *accessible environment, people with disabilities, barriers, route-oriented approach, rehabilitation*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Miroshnichenko Oksana Anatolyevna, Candidate of Psychological Sciences, Head of the Scientific and Methodological Department of the Federal Resource (Information and Methodological) Center for the Formation of an Accessible Environment for the Disabled and Other Low-Mobility Groups of the Population, Albreht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, 50 Bestuzhevskaya str., Saint Petersburg, 195067; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6327-1567>; eLibrary SPIN: 2363-2726; e-mail: miroshnichenko_oa@frcds.ru

Vechkanova Irina Gennad'evna, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor, Head of Project Activities Department of the Federal Resource (Information and Methodological) Center for the Formation of an Accessible Environment for the Disabled and Other Low-Mobility Groups of the Population, Albreht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, 50 Bestuzhevskaya str., Saint Petersburg, 195067; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6024-7820>; eLibrary SPIN: 1975-2797; e-mail: ivechkanowa@gmail.com

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

Введение

В современных исследованиях выявлены тенденции расширения понятия «доступная среда» за рамки привычного понимания только специализированных архитектурно-пла-

нировочных решений, которые реализуются при строительстве или оборудовании социальных объектов. На современном этапе - это межведомственные решения, которые носят системный характер и включают объекты материального мира, доступность информации [2, 3, 7], новые методики коммуникативного взаимодействия, формирование культурных базовых принципов безбарьерности и дружелюбности в медицине и общественном сознании [4, 5, 9].

Цель. Оценка деятельности субъектов Российской Федерации в области формирования доступной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения с точки зрения лучших практик и проблемных позиций.

Материалы и методы. Метод экспертной оценки по трем фокус-группам: 1) органы исполнительной власти субъектов – самооценка; 2) взаимная оценка экспертами регионов (Московская и Мурманская области, Хабаровский край, Республика Башкортостан); 3) внешняя оценка экспертами Федерального ресурсного (информационно-методического) центра по формированию доступной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения (ФРЦ «Доступная среда»).

Экспертами ФРЦ «Доступная среда» совместно с субъектами Российской Федерации, подтвердившими свое участие в качестве пилотных регионов (участники проекта), реализуется пилотный проект по разработке системных решений в сфере обеспечения доступности для инвалидов и маломобильных групп населения, включающий вопросы по распространению лучших региональных практик обеспечения беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, инженерной и транспортной инфраструктур для дальнейшего развития и широкого распространения.

В ходе исследования предлагалась форма экспертной оценки практики в области доступной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения. При разработке использована классическая модель с применением оценочных баллов по пяти критериям: актуальность и социальная значимость; ориентация на потребителя и удовлетворённость потребителя; регламентированность (нормативное правовое, методическое регулирование); эффективность (действенность, результативность, экономичность) практики; тиражируемость, масштабируемость.

Результаты. Предлагаемая экспертная оценка как методология может применяться в системе аналитической деятельности [6]. По итогам исследования к основным задачам маршрутоориентированного подхода относятся: реализация новых и нестандартных подходов к организации процессов и управлению доступной средой; формирование многопрофильной команды специалистов в области создания доступной среды; обеспечение доступности организаций, предоставляющих услуги в приоритетных сферах жизнедеятельности (здравоохранение, социальная защита, занятость, культура, спорт и транспорт) к передвижению и (или) самообслуживанию (что согласуется с факторами окружающей среды по МКФ [8, 10]). Например, адаптация проводится по принципу создания доступного маршрута: подъезд, двор, дороги, транспорт, социальные объекты, торговые объекты, коммуникативные функции. С этой целью определяется приоритетность объектов.

В подготовленных методических рекомендациях [6] предложены форматы применения, не ограничивающие правовые подходы в субъектах Российской Федерации по реализации

практики: 1. через приоритетные проектные инициативы, 2. в рамках действующей нормативной правовой базы субъекта Российской Федерации с учетом региональных особенностей и объёмов бюджетного финансирования.

Выявлены актуальность и необходимость создания проекта методических рекомендаций по когнитивной доступности, поэтому предполагается по выработанным в данном исследовании показателям поэтапно включить такие мероприятия, как: выявление целевой группы; определение необходимых к адаптации маршрутов; формирование индивидуальных коммуникативных доступных маршрутов для лиц с психическим и речевыми нарушениями; мероприятия по адаптации (принятие необходимых мер для устранения барьеров, развитие ассистивных коммуникативных технологий и простого (ясного) языка [1, 3, 5, 9, 11]) и ре/абилитации, контроль за ходом исполнения мероприятий. Нормативно-правовое регулирование позволит сформировать единые подходы и требования к развитию системы обеспечения информационной доступности в Российской Федерации для лиц с нарушениями интеллектуальных и речевых функций, с аутизмом. Инструментом регулирования системы создания условий доступности в субъектах Российской Федерации является комплекс правовых механизмов, которые реализуются как социальные практики. Предусмотрена пунктом 24 распоряжения Правительства Российской Федерации от 16 августа 2022 года № 2253-р «О Плана мероприятий по реализации Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года» разработка системы простого (ясного) языка как облегченной формы русского языка с целью полноценной социальной адаптации инвалидов с нарушениями ментальных функций, а также людей, испытывающих трудности в восприятии и понимании информации.

Так подчеркивается важная задача при разработке данного подхода - не только преодоление физических барьеров, но и коммуникативных, а именно формирование индивидуальных коммуникативных доступных маршрутов для лиц с психическими нарушениями. Целевой группой, нуждающихся в данных маршрутах являются лица с нарушением психических функций: с нарушениями интеллекта (умственная отсталость легкой, умеренной, тяжелой степени), с расстройством аутистического спектра (РАС); дети с задержкой психоречевого развития раннего возраста; лица, у которых с детства было нарушено развитие речи (моторная, сенсорная алалия, апраксия, диспраксия, анартрия, тяжелые формы дизартрии) или они потеряли речь (афазия) после инсультов и травм головы; люди со специфическими нарушениями чтения и письма (дислексия, дисграфия); люди после удаления опухолей головы и шеи, гортани; пожилые люди с нарушениями памяти, а также люди с нарушением внимания.

Определены характеристики коммуникационной маршрутизации по информационно-коммуникативным технологиям (коммуникативная эффективность) для устранения барьеров на пути к месту предоставления услуг: этика взаимодействия при формировании индивидуальных доступных маршрутов для лиц с психическими нарушениями; соблюдение юридических правил (договоры, и т.д.); общение «по правилам» в инклюзивном обществе; русский жестовый язык для глухих и функциональный жестовый язык для лиц с тяжелыми и множественными нарушениями развития; средства информирования и ориентации для инвалидов с нарушениями функций зрения (тактильная, цвето- и фито-навигация);

доступная информация (цифровая) на сайте; простой (ясный) язык; визуальная поддержка информации.

Для преодоления барьеров при восприятии, обработке и интерпретации информации лицам с речевыми и интеллектуальными проблемами, с аутизмом, необходима особая система коммуникационного пространства (в семье, учреждении, социуме) и реабилитационной атмосферы принятия. Важно для преодоления физических барьеров организовывать универсальное пространство, но и для преодоления коммуникативных барьеров, мешающих восприятию и интерпретации информации, требуется особый подход к подаче вербальной и невербальной информации, необходимо обучение альтернативным (дополнительным) способам коммуникации, как универсальному механизму.

Исходя из этого актуальными становятся требования к компетенциям специалистов в социальной сфере для обеспечения когнитивной доступности среды: знания ассистивных технологий, в том числе альтернативной и дополнительной коммуникации (АДК) для участия в социальном сопровождении; технологии безбарьерной коммуникации простого (ясного) языка для повышения коммуникативного потенциала и вовлечения в общественную жизнь инвалидов; коммуникативные игровые технологии при социокультурной реабилитации инвалидов; технологии абилитации по включению в социокультурные практики и досуговую деятельность (музей, театр, кино, художественные, танцевальные и музыкальные практики), адаптивный спорт.

Заключение. На основе анализа оценки и выработки показателей практики и критериев оценки подготовлены для субъектов Российской Федерации методические рекомендации по реализации маршрутоориентированного подхода в создании доступной среды для инвалидов. Реализация маршрутоориентированного подхода позволит субъектам Российской Федерации обеспечить единообразный подход по созданию условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, а также для организации адресной персональной помощи ветеранам специальной военной операции при первичной инвалидности в связи с тяжелым ранением, которую определил Президент Российской Федерации 21 февраля 2023 года в Послании Федеральному Собранию Российской Федерации.

Апробированная оценка способствует плавному переходу от объектоориентированного к маршрутоориентированному подходу организации доступной среды, учитывающему индивидуальные потребности инвалидов, в том числе требуется дальнейшая разработка критериев при создании доступного информационного пространства, когнитивной доступности и преодолении коммуникативных и информационных барьеров.

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

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бабкина, М. Д. Ясный язык как средство обеспечения доступности информации: Методические рекомендации: Предварительный национальный стандарт. – Москва: Наш солнечный мир, 2021. – 144 с. – ISBN 978-5-6045643-9-4. – Текст: непосредственный.

2. ГОСТ Р 52872-2019: Интернет-ресурсы и другая информация, представленная в электронно-цифровой форме: Приложения для стационарных и мобильных устройств, иные пользовательские интерфейсы: Требования доступности для людей с инвалидностью и других лиц с ограничениями жизнедеятельности: утвержден и введен приказом Росстандарта от 29 августа 2019 года № 589-ст. – Москва: Стандартниформ, 2019. – 37 с. – URL: <https://protect.gost.ru/document.aspx?control=7&id=233736> (дата обращения: 16.02.2023). – Текст: электронный.
3. ГОСТ Р ИСО 21801-1-2022 Когнитивная доступность: Ч.1 Общие руководящие указания: утвержден и введен приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 29 ноября 2022 года № 1399-ст. – Москва: Российский институт стандартизации. – 22 с. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/1200194463?section=text> (дата обращения: 29.07.2023). – Текст: электронный.
4. Дружелюбная медицина для пациентов с расстройствами аутистического спектра (РАС): Краткие алгоритмы для медицинских специалистов и материалы для родителей / Ассоциация психиатров и психологов за научно обоснованную практику. – 2020. – URL: <https://doctor.autism.help/> (дата обращения: 19.02.2023). – Текст: электронный.
5. Конвенция о правах инвалидов: принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 года // ООН: [официальный сайт]. – URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения: 16.02.2023). – Текст: электронный.
8. Маршрутоориентированный подход в создании доступной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения: методические рекомендации / Л. С. Болатова, Е. Б. Ермилов, Ю. Ю. Ивашкина, В. А. Ковалёв, О. С. Кудря, О. А. Мирошниченко, М. А. Смирнова; под редакцией О. Н. Владимировой. – Санкт-Петербург: СПбИУВЭК, ООО «ЦИАЦАН», 2023. – 52 с. – Текст: непосредственный.
9. Федеральный закон от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». – [Москва], 1995. – 20 с. – URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/laws/75> (дата обращения: 16.02.2023). – Текст: электронный.
10. Шошмин, А. В., Пономаренко, Г. Н., Бесстрашнова Я. К. [и др.]. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки эффективности реабилитации: методология, практика, результаты // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2016. – Т. 93, № 6. – С. 12 - 20. – DOI: 10.17116/kurort2016612-20. – Текст: электронный.
11. Шпицберг, И. Л., Попова, М. В., Криворучко, С. О. Обеспечение условий доступности всех объектов инфраструктуры и социальных услуг для людей, имеющих расстройства аутистического спектра (РАС) и другие формы ментальной инвалидности: информационно-методическое пособие. – Москва: Наш солнечный мир, 2019. – 92 с. – ISBN 978-5-6044746-7-9. – Текст: непосредственный

REFERENCES:

1. Babkina, M. D. Clear language as a means of ensuring accessibility of information: Methodological recommendations: Preliminary national standard. - Moscow: Our solar world, 2021. - 144 с. - ISBN 978-5-6045643-9-4. - Text: direct.
2. GOST R 52872-2019: Internet resources and other information presented in electronic digital form: Applications for stationary and mobile devices, other user interfaces: Accessibility requirements for people with disabilities and other persons with disabilities: approved and introduced by the order of Rosstandart from August 29, 2019 № 589-st. - Moscow: Standardniform, 2019. - 37 с. - URL: <https://protect.gost.ru/document.aspx?control=7&id=233736> (date of reference: 16.02.2023). - Text: electronic.
3. GOST R ISO 21801-1-2022 Cognitive accessibility: Ch.1 General guidelines: approved and introduced by the order of the Federal Agency for Technical Regulation and Metrology from November 29, 2022 № 1399-st. - Moscow: Russian Institute of Standardization. - 22 с. - URL: <https://docs.cntd.ru/document/1200194463?section=text> (date of reference: 29.07.2023). - Text: electronic.
4. Friendly medicine for patients with autism spectrum disorders (ASD): Brief algorithms for medical professionals and materials for parents / Association of Psychiatrists and Psychologists for Evidence-Based Practice. - 2020. - URL: <https://doctor.autism.help/> (accessed 19.02.2023). - Text: electronic.
5. Convention on the Rights of Persons with Disabilities: adopted by UN General Assembly resolution 61/106 of December 13, 2006 // UN: [official website]. - URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (date of access: 16.02.2023). - Text: electronic.

8. Route-oriented approach in creating an accessible environment for the disabled and other low-mobility groups: methodical recommendations / L. S. Bolataeva, E. B. Ermilov, Y. Y. Ivashkina, V. A. Kovalyov, O. S. Kudrya, O. A. Miroshnichenko, M. A. Smirnova; edited by O. N. Vladimirova. - St. Petersburg: SPbIUVEK, LLC «TSIATSAN», 2023. - 52 с. - Text: direct.
9. Federal Law of November 24, 1995, No. 181-FZ «On Social Protection of Disabled Persons in the Russian Federation». - [Moscow], 1995. - 20 с. - URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/laws/75> (date of reference: 16.02.2023). - Text: electronic.
10. Shoshmin, A. V., Ponomarenko, G. N., Bestrashnova Ya. K. [et al]. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health to assess the effectiveness of rehabilitation: methodology, practice, results // *Voprosy resortologii, physiotherapy and therapeutic physical training*. - 2016. - Т. 93, № 6. - P. 12 - 20. - DOI: 10.17116/kurort2016612-20. - Text: electronic.
11. Shpitsberg, I. L., Popova, M. V., Krivoruchko, S. O. Ensuring conditions of accessibility of all infrastructure objects and social services for people with autism spectrum disorders (ASD) and other forms of mental disability: informational and methodological manual. - Moscow: Our solar world, 2019. - 92 с. - ISBN 978-5-6044746-7-9. - Text: direct.

УДК 504.064.36 +364.075+364.1+364.48 +304.442

РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ДОСТУПНОСТИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ ОБЪЕКТОВ ТРАНСПОРТНОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ, ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ И ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ НА НИХ ТРАНСПОРТНЫХ УСЛУГ ЗА 2022 (ПО ДАННЫМ МИНИСТЕРСТВА ТРАНСПОРТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ)

Шабанова О.А., Иштутина И.С., Ходаковский М.Д., Сокуров А.В.

ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Приказом Министерства транспорта Российской Федерации от 11.02.2022 № 45 была утверждена «дорожная карта» Министерства транспорта Российской Федерации по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и предоставляемых им услуг до 2023 года, на основании которого проводился мониторинг, анализируемый в данной статье.

Цель. Анализ доступности для инвалидов объектов транспортной инфраструктуры, транспортных средств и предоставляемых на них транспортных услуг за 2022 (по данным Министерства транспорта Российской Федерации).

Материалы и методы. Минтранс России осуществляет анализ достижения показателей доступности и реализации «дорожных карт» в своем отраслевом разрезе, в информационных материалах Минтранса России преимущественно содержатся данные по объектам, находящимся в федеральном ведении. Проанализирована информация Федерального агентства железнодорожного транспорта, Федерального агентства морского и речного транспорта, а также данные об объектах транспортной инфраструктуры воздушного транспорта и в области автомобильного транспорта, городского наземного электрического транспорта и в дорожном хозяйстве.

Результаты. Мониторинг реализации федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг в транспортной сфере, показывает ежегодное увеличение доли доступных для инвалидов объектов воздушного, железнодорожного, морского, речного транспорта и автомобильной инфраструктуры и предоставляемых на них услуг.

Заключение. Необходимо обеспечить дальнейшую проработку повышения цифровой доступности сайтов транспортных организаций; проработку единых базовых требований по обеспечению доступности для инвалидов объектов транспортной инфраструктуры, транспортных средств и предоставляемых услуг, позволяющих обеспечить доступность транспорта для инвалидов и маломобильных групп населения в зависимости от специфики видов транспорта; обеспечить участие в оказании ситуационной помощи инвалидам специалистов сферы транспорта, обученных на оказание такой помощи с учетом видов нарушений функций организма и тяжести имеющихся нарушений.

Ключевые слова: мониторинг, инвалиды, объекты, транспорт, транспортные услуги и средства, доступность, транспортная инфраструктура.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Шабанова Оксана Антоновна, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела медицинского обеспечения ранней помощи и сопровождения Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России; адрес: 195067 г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская ул., д. 50; <https://orcid.org/0000-0002-8019-8963>; Researcher ID: O-3246-2014; eLibrary SPIN-код: 3085-5255; e-mail: expert-oksana@mail.ru.

Ишутина Инна Сергеевна, к.м.н., руководитель отдела медицинского обеспечения ранней помощи и сопровождения Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. E-mail: in.ishutina@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-6640-904X SPIN-код: 3433-3029, AuthorID: 625297

Ходаковский Матвей Дмитриевич, младший научный сотрудник отдела медицинского обеспечения ранней помощи и сопровождения Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. ORCID: 0000-0001-6953-5191; SPIN-код: 7618-1708; e-mail: hodak200@yandex.ru.

Сокуров Андрей Владимирович, доктор медицинских наук, директор Института дополнительного профессионального образования ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Бестужевская ул., д. 50, Санкт-Петербург, 195067, Российская Федерация; <https://orcid.org/0000-0002-3736-2895>; e-mail: ansokurov@yandex.ru

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

THE RESULTS OF MONITORING THE ACCESSIBILITY OF TRANSPORT INFRASTRUCTURE FACILITIES, VEHICLES AND THE TRANSPORT SERVICES PROVIDED TO THEM FOR 2022 (ACCORDING TO THE MINISTRY OF TRANSPORT OF THE RUSSIAN FEDERATION)

Shabanova O.A., Ishutina I.S., Khodakovsky M.D., Sokurov A.V.

Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Saint Petersburg, Russia

Abstract

Background. By order of the Ministry of Transport of the Russian Federation No. 45 dated February 11, 2022, the "road map" of the Ministry of Transport of the Russian Federation was approved to increase the values of accessibility indicators for objects and services provided to persons with disabilities until 2023, on the basis of which the monitoring analyzed in this article was carried out.

Aim. Analysis of the results of monitoring the accessibility of transport infrastructure facilities, vehicles and the transport services provided to them for 2022 (according to the Ministry of Transport of the Russian Federation).

Materials and methods. The Ministry of Transport of Russia independently analyzes the achievement of indicators of accessibility and implementation of the "road maps" in its sectoral context, the information materials of the Ministry of Transport of Russia mainly contain data on objects under federal jurisdiction. The information of the Federal Agency for Railway Transport, the Federal Agency for Maritime and River Transport, as well as data on the objects of the transport infrastructure of air transport and in the field of road transport, urban ground electric transport and in the road sector are analyzed.

Results. *Monitoring the implementation by federal executive authorities and executive authorities of the constituent entities of the Russian Federation of action plans ("road maps") to increase the values of accessibility indicators for objects and services in the transport sector for disabled people shows an annual increase in the share of air, rail, sea, river facilities accessible to disabled people. transport and road infrastructure and the services they provide.*

Conclusion. *It is necessary to provide further work to improve the digital accessibility of the websites of transportation organizations; to develop unified basic requirements for ensuring the accessibility of transport infrastructure facilities, vehicles, and services provided to the disabled, which will ensure the accessibility of transportation for the disabled and low-mobile population groups, depending on the specifics of types of transportation; to ensure the participation of transportation specialists trained to provide such assistance to the disabled in providing situational assistance, taking into account the type of transportation.*

Keywords: *monitoring, disabled people, facilities, transport, transport services and facilities, accessibility, transport infrastructure.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Shabanova Oksana Antonovna – Candidate of Medical Sciences, Leading Researcher, Institute of Rehabilitation and Habilitation of the Disabled of the Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation: 195067, Saint Petersburg, Bestuzhevskaya str., 50, Russian Federation; tel. +7(911)-257-42-64; Shabanova O.A., <https://orcid.org/0000-0002-8019-89634>; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8019-8963>; Researcher ID: O-3246-2014; eLibrary SPIN-код: 3085-5255; e-mail: expert-oksana@mail.ru

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

Khodakovskii Matvei Dmitrievich, junior researcher at the Department of medical support early care and support of the Institute of early help and support Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation. ORCID: 0000-0001-6953-5191; SPIN-код: 7618-1708, AuthorID: 1007188; e-mail: hodak200@yandex.ru

Sokurov Andrey Vladimirovich, Doctor of Medical Sciences, Director of the Institute of Additional Professional Education Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Bestuzhevskaya st., 50, St. Petersburg, 195067, Russian Federation;; <https://orcid.org/0000-0002-3736-2895>; e-mail: ansokurov@yandex.ru

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

Введение. Приказом Министерства транспорта Российской Федерации от 13 февраля 2023 г. № 36 «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») Министерства транспорта Российской Федерации по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и предоставляемых им услуг» отменен приказ Министерства транспорта Российской Федерации от 11.02.2022 № 45, где была утверждена «дорожная карта» Министерства транспорта Российской Федерации по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и предоставляемых им услуг до 2023 года, на основании которого проводился мониторинг, анализируемый в данной статье.

Цель исследования. Анализ доступности для инвалидов объектов транспортной инфраструктуры, транспортных средств и предоставляемых на них транспортных услуг за 2022 (по данным Министерства транспорта Российской Федерации).

Материалы и методы исследования. В целях обеспечения реализации статьи 26 Федерального закона от 1 декабря 2014 года номер 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов и пункта 3 Правил разработки федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления мероприятий по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг в установленных сферах деятельности, утверждённых постановлением Правительства Российской Федерации от 17 июня 2015 года № 599 признан утратившим силу приказ Минтранса России от 11 февраля 2022 года № 45 «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») Министерства транспорта Российской Федерации по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и предоставляемых им услуг» и утверждён новый план мероприятий «дорожной карты» от 13 февраля 2023 года № 36.

Субъекты Российской Федерации направляют информацию, в том числе в транспортной сфере, согласно перечню индикаторов Минтруда России (Приказ Минтруда России от 06.10.2022 № 626 «Об утверждении методики расчета показателей государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» и ее структурных элементов»). Так, в рамках осуществляемого по линии Минтруда России мониторинга подвергались анализу следующие индикаторы ежегодного мониторинга выполнения органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») повышения значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг в сфере транспорта:

- наличие в «дорожных картах» показателей повышения уровня доступности для инвалидов объектов в сфере транспорта (да/нет);
- объекты социальной инфраструктуры для инвалидов в сфере транспорта: всего объектов в сфере транспорта в отчетном году, в году, предшествующему отчетному (ед. абс.); число доступных объектов в сфере транспорта в отчетном году, в году, предшествующему отчетному (ед. абс.); число доступных объектов в сфере транспорта в отчетном году с нарастающим итогом; план в отчетном году (ед. абс.); выполнение плана (в %); доля доступных объектов в сфере транспорта в отчетном году, в году, предшествующему отчетному (в %);
- доступность для инвалидов общественного транспорта: общее число общественного транспорта (на 1 января текущего года), количество парка общественного транспорта, оснащенного услугой текстового и аудио-информирования на 01 января текущего года, доля парка общественного транспорта, оснащенного услугой текстового и аудио - информирования на 01 января текущего года;
- количество единиц транспорта, приспособленных (доступных) для использования инвалидами: автобусы, трамваи, троллейбусы, электробусы, внеуличный транспорт (в т.ч. метropоезда), легковое такси (всего, доступно, доля доступных);

- общее число автомобильных стоянок, количество автомобильных стоянок с выделенными бесплатными парковочными местами для инвалидов на 01 января текущего года, доля автомобильных стоянок с выделенными бесплатными парковочными местами для инвалидов на 01 января текущего года (от общего числа автомобильных стоянок).

В отличие от субъектов Российской Федерации, Минтранс России самостоятельно осуществляет анализ достижения показателей доступности и реализации «дорожных карт» в своем отраслевом разрезе, и не предоставляет в Минтруд России эту информацию. С учетом вышеописанного разграничения, в информационных материалах Минтранса России преимущественно содержатся данные по объектам, находящимся в федеральном ведении.

При этом, содержание региональных дорожных карт в части, касающейся железнодорожного транспорта, сведено к обобщению справочной информации о доступности транспортной инфраструктуры, полученной в территориальных управлениях железных дорог – филиалов ОАО РЖД, а под мероприятиями, реализуемыми субъектами Российской Федерации в целях повышения показателей доступности для инвалидов объектов железнодорожной транспортной инфраструктуры и оказываемых услуг, трактуются мероприятия, разработанные и реализуемые филиалами ОАО РЖД.

В области железнодорожного транспорта строительство и модернизации объектов транспортной инфраструктуры железнодорожного транспорта, обновление пассажирского железнодорожного подвижного состава в целях повышения значений их доступности для инвалидов осуществляется по планам и за счет финансирования ОАО «РЖД» в соответствии с дорожной картой - планом мероприятий ОАО «РЖД» по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов, подвижного состава и предоставляемых на них услуг на период 2022-2035 годов, утвержденной распоряжением ОАО «РЖД» от 4 апреля 2022 г. № 887/р.

Результаты исследования. По информации Федерального агентства железнодорожного транспорта (письмо от 03.02.2022 № АБ-23/922-ис), долгосрочной программой развития ОАО РЖД до 2025 г., утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 19.03.2019 № 466-р (Программа), в рамках обеспечения доступности объектов и услуг железнодорожного транспорта для пассажиров из числа инвалидов предусмотрено:

- 1) внедрение стандартов обслуживания маломобильных пассажиров;
- 2) оказание ситуационной помощи пассажирам с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, слуха и зрения;
- 3) обеспечение доступности пассажирской инфраструктуры и подвижного состава.

Данные инициативы позволят к 2025 г. увеличить долю доступных для инвалидов:

- вокзалов пассажирообразующих станций с 10 до 43 %;
- вагонов для перевозки инвалидов в поездах дальнего следования (штабных) от 60 до 85 %;
- пригородных пассажирских поездов от 10 до 25 %;
- высокоскоростных пассажирских поездов до 100 %.

Исходя из специфики системы организации водного транспорта, по причине отсутствия

в региональных «дорожных картах» мероприятий о доступности для инвалидов объектов водного транспорта отсутствуют основания для финансирования этих работ (услуг) из региональных бюджетов. Поэтому работы по дооборудованию и переоборудованию морских и речных судов, осуществляющих перевозки пассажиров, а также морских и речных вокзалов и пассажирских терминалов производятся в инициативном порядке силами собственников и эксплуатантов за счёт собственного финансирования.

По информации Федерального агентства морского и речного транспорта (письмо от 10.02.2022 № АЛ-22/1313), в соответствии с планом мероприятий «дорожной картой», реализуемым для достижения запланированных значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг, утвержденным приказом Федерального агентства морского и речного транспорта от 06.03.2017 № 15, выполняются следующие мероприятия:

- 1) проведение обследования объектов, подготовка и утверждение паспортов доступности объектов (на постоянной основе в соответствии с планом-графиком);
- 2) обсуждение на Общественном совете при Федеральном агентстве морского и речного транспорта результатов хода выполнения «дорожной карты» по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг (ежегодно);
- 3) обсуждение вопросов хода выполнения «дорожных карт» на совещаниях с участием представителей Федерального агентства морского и речного транспорта и подведомственных организаций (по мере необходимости);
- 4) проверка проектов документации на проведение капитального ремонта (модернизации, реконструкции) зданий, на строительство (аренду) новых зданий (помещений), проектов договоров о закупке оборудования и транспортных средств с последующим принятием решений по исключению случаев аренды, ввода в эксплуатацию новых объектов, не соответствующих требованиям об их полном соответствии потребностям в части доступности для инвалидов объектов и услуг (на постоянной основе);
- 5) улучшение условий для обеспечения индивидуальной мобильности инвалидов и возможности их самостоятельного передвижения по зданиям в рамках проведения их текущих ремонтов с точки зрения их конструктивно-технической возможности и при условии востребованности и необходимости посещения этих зданий гражданами из числа инвалидов и иных маломобильных групп населения (на постоянной основе);
- 6) определение объемов и сроков проведения работ по поэтапному приведению действующих объектов и порядков представления на них услуг в соответствии с требованиями по обеспечению их доступности для инвалидов с учетом утвержденных планов Федеральным агентством морского и речного транспорта, планов организаций (ежегодно);
- 7) подготовка расчетов потребности финансовых средств, необходимых для выполнения работ по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг в рамках финансирования мероприятий, предусмотренных планами Федерального агентства морского и речного транспорта, планами организаций (ежегодно, по мере необходимости);
- 8) организация проведения инструктирования (обучения сотрудников), представляющих услуги населению, по вопросам оказания услуг инвалидам в доступных для них фор-

матах на базе отраслевых учебных заведений транспортной отрасли по программам повышения квалификации (ежегодно);

9) назначение должностных лиц, ответственных за работу по взаимодействию с инвалидами и иными маломобильными группами населения (ежегодно);

10) внесение изменений в административные регламенты государственных служащих, работников организаций в части, касающейся их обязанностей по оказанию ситуационной помощи инвалидам и иным маломобильным группам населения при предоставлении им соответствующих услуг (ежегодно);

11) разработка и утверждение инструкции по взаимодействию сотрудников с инвалидами и иными маломобильными группами населения и оказанию им ситуационной помощи (ежегодно, по мере необходимости).

В области автомобильного транспорта, городского наземного электрического транспорта и в дорожном хозяйстве представлены данные об оборудовании средствами для перевозки маломобильных групп населения более 100 автобусов на территории Ярославской области, более 12 автобусов и 21 троллейбус закуплены в Республике Карелия, где также за счет средств госпрограммы «Доступная среда» закуплены и установлены на троллейбусы 36 комплектов системы автоинформирования на транспорте, обеспечивающей доступность для инвалидов с нарушениями слуха и зрения. Транспортные средства, предназначенные для оказания транспортных услуг, оснащены на кузове кнопкой вызова водителя для оказания помощи при посадке, в салоне - кнопкой требования об остановке с дублированием информации рельефно-точечным шрифтом Брайля. Введены в эксплуатацию автостанции, адаптированные для инвалидов всех категорий. в пгт. Пряжа и г. Пудож в Республике Карелия.

По состоянию на 1 января 2023 г. в поднадзорных субъектах на территории Российской Федерации находится 212 объектов инфраструктуры воздушного транспорта, использующихся для обслуживания пассажиров с инвалидностью, из них 181 объект имеет паспорт доступности объектов и предоставляемых на них услуг, что составляет 86 % от общего количества объектов (+ 23 % к 2021 году), 200 объектов имеют предусмотренные выделенные парковочные места для инвалидов, что составляет 94 % от общего количества объектов, что на 8 % выше предыдущих показателей в 2021 году.

Доля объектов инфраструктуры воздушного транспорта, в которых предоставляются услуги, соответствующие требованиям доступности для инвалидов и других маломобильных групп населения, на отчетный период составляет 99 % (209 объектов). По сравнению с 2021 годом рост по данному показателю составил 13 %. Количество объектов, имеющих медицинский пункт, адаптированный для оказания медицинской помощи инвалидам, составляет 166 объектов (78 % от общего количества объектов, по сравнению с 2021 годом произошел рост на 20 %). 185 единиц (87 % от общего количества, что выше показателей 2021 годом на 7 %.) объектов, в которых для инвалидов по зрению обеспечивается дублирование необходимой для ознакомления текстовой и графической информации знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля зафиксировано на 1 января 2023 г., а количество объектов, в которых для инвалидов по слуху обеспечивается дублирование необходимой звуковой информации доступными графическими средствами, составляет 187 единиц (88 % от общего количества объектов).

Количество объектов, в которых для инвалидов с нарушением функций опорно-двигательного аппарата обеспечивается оснащение средствами для самостоятельного передвижения, входа и выхода, в том числе с использованием кресла-коляски, а также имеется в наличии специальное оборудование, составляет 208 единиц (98 % от общего количества объектов). Предусмотрены санитарно-гигиенические помещения для инвалидов, на 1 января 2023 г. в 176 объектах (83 % от общего количества объектов). Количество объектов, в которых предусмотрены специальные транспортные средства, подъемные устройства для посадки/высадки в/из воздушного судна пассажиров из числа инвалидов, составляет 175 объектов (83 % от общего количества объектов). Подготовленный персонал, задействованный в обслуживании пассажиров из числа инвалидов, в наличии на 203 объектах (96 % от общего количества объектов). На авиапредприятиях, оказывающих услуги пассажирам, являющихся инвалидами, и на борту воздушного судна регулярно проводятся анкетирование и опрос о качестве предоставляемых услуг, на основе анализа которых оперативно принимаются управленческие решения и проводятся необходимые корректирующие мероприятия, расширяется спектр дополнительных услуг.

Заключение. Прделанная работа за отчетный период показывает планомерное увеличение доли доступных для инвалидов объектов воздушного транспорта и предоставляемых на них услуг и направлена на достижение доступности для инвалидов объектов и услуг во всех аэропортах до конца 2025 г.

Мониторинг реализации федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг в транспортной сфере, показывает ежегодное увеличение доли доступных для инвалидов объектов воздушного, железнодорожного, морского, речного транспорта и автомобильной инфраструктуры и предоставляемых на них услуг.

При этом по итогам мониторинга в целях дальнейшего совершенствования мер, направленных на обеспечение доступности для инвалидов объектов транспортной инфраструктуры, транспортных средств и предоставляемых транспортных услуг Минтрудом России предлагается:

- обеспечить дальнейшую проработку повышения цифровой доступности сайтов транспортных организаций (размещение на официальных сайтах органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и транспортных организаций в информационно-коммуникационной сети «Интернет» информации в доступной форме для различных категорий инвалидов о доступности маршрутов транспорта общего пользования и оказании ситуационной помощи для осуществления поездки с учетом нозологических групп);
- проработку единых базовых требований по обеспечению доступности для инвалидов объектов транспортной инфраструктуры, транспортных средств и предоставляемых услуг, содержащих набор установленных требований, позволяющих обеспечить доступность транспорта для инвалидов и маломобильных групп населения в зависимости от специфики видов транспорта;
- обеспечить участие в оказании ситуационной помощи инвалидам специалистов сферы транспорта, обученных на оказание такой помощи с учетом видов нарушений функций организма и тяжести имеющихся нарушений.

Источники финансирования. Исследование не имело спонсорской поддержки.

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

The authors declare no conflict of interest.

УДК 364

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Злоказов А.В., Федосеева О.Б., Любушкина Т.Л.

Министерство социальной политики Свердловской области, Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. В статье представлена организационная модель трехуровневой системы социальной реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области.

Цель. Обеспечение доступности, эффективности, результативности и качества реабилитационных и абилитационных мероприятий для инвалидов, в том числе детей-инвалидов, непрерывность реабилитационного процесса независимо от места проживания на территории субъекта Российской Федерации.

Материалы и методы. При написании статьи использовался теоретический (эмпирический) метод исследования. Анализ нормативной правовой базы, практики деятельности организаций социального обслуживания Свердловской области, обобщение опыта и методологических основ профессиональной деятельности специалистов, обеспечивающих реабилитацию и абилитацию инвалидов и детей-инвалидов, учтены территориальные особенности субъекта Российской Федерации.

Результаты. Выстроенная трехуровневая и четырехэтапная система социальной реабилитации и абилитации с построением индивидуального реабилитационного маршрута позволяет обеспечить доступность, эффективность, результативность и качество реабилитации и абилитации, организовать оказание услуг с использованием стандартов по реабилитации.

Заключение. Данный подход позволяет представить процесс реабилитации как целостную систему, в тоже время каждый этап является отдельным процессом реабилитации, имеющим свои задачи, которые учитывают индивидуальные особенности инвалида, его реабилитационный прогноз и потенциал.

Ключевые слова: реабилитационные и абилитационные мероприятия, трехуровневая система реабилитации, этапы системы реабилитации и абилитации, индивидуальный маршрут (маршрутизация).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Злоказов Андрей Владимирович, к.э.н., адрес: 620144, Свердловская обл., г. Екатеринбург, ул. Большакова, д. 105, Министерство социальной политики Свердловской области, телефон: (343) 312-00-08, e-mail: mspso@egov66.ru

Федосеева Оксана Борисовна, 620144, Свердловская обл., г. Екатеринбург, ул. Большакова, д. 105, Министерство социальной политики Свердловской области, телефон: (343) 312-00-08 (доб.011), e-mail: o.fedoseeva@egov66.ru

Любушкина Татьяна Леонидовна, 620144, Свердловская обл., г. Екатеринбург, ул. Большако-

ва, д. 105, Министерство социальной политики Свердловской области, телефон: (343) 312-00-08 (доб.111), e-mail: t.lyubushkina@egov66.ru

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

ORGANIZATIONAL MODEL OF A THREE-LEVEL SYSTEM OF SOCIAL REHABILITATION AND ABILITATION OF DISABLED PEOPLE IN THE SVERDLOVSK REGION

Zlokazov A.V., Fedoseeva O.B., Lyubushkina T.L.

Ministry of Social Policy of the Sverdlovsk region, Yekaterinburg, Russia

Abstract

Background. *The article presents an organizational model of a three-level system of social rehabilitation and abilitation of disabled people in the Sverdlovsk region.*

Aim. *Ensuring accessibility, efficiency, effectiveness and quality of rehabilitation and abilitation measures for the disabled, including children with disabilities, continuity of the rehabilitation process regardless of the place of residence in the region.*

Materials and methods. *When writing the article, a theoretical (empirical) research method was used. Analysis of the regulatory legal framework, the practice of social service organizations in the Sverdlovsk region, generalization of experience and methodological foundations of professional activity of specialists providing rehabilitation and abilitation of disabled people and disabled children, territorial features of the region are taken into account.*

Results. *The built three-level and four-stage system of social rehabilitation and abilitation with the construction of an individual rehabilitation route makes it possible to ensure accessibility, efficiency, effectiveness and quality of rehabilitation and abilitation. Ready to organize the provision of services using rehabilitation standards.*

Conclusion. *This approach allows us to present the rehabilitation process as an integral system, at the same time, each stage is a separate rehabilitation process that has its own tasks that take into account the individual characteristics of the disabled person, his rehabilitation prognosis and potential.*

Keywords: *rehabilitation and abilitation measures, a three-level system, stages of the rehabilitation and abilitation system, an individual route (routing).*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Andrey V. Zlokazov, Candidate of Economics, address: 105 Bolshakova str., Yekaterinburg, Sverdlovsk Region, 620144, Ministry of Social Policy of the Sverdlovsk Region, phone: (343) 312-00-08, e-mail: mspso@egov66.ru

Oksana B. Fedoseeva, 620144, Sverdlovsk region, Yekaterinburg, Bolshakova str., 105, Ministry of Social Policy of the Sverdlovsk region, phone: (343) 312-00-08 (ext.011), e-mail: o.fedoseeva@egov66.ru

Tatiana L. Lyubushkina, 620144, Sverdlovsk region, Yekaterinburg, Bolshakova str., 105, Ministry of Social Policy of the Sverdlovsk region, phone: (343) 312-00-08 (ext.111), e-mail: t.lyubushkina@egov66.ru

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

Введение. В Свердловской области система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, формируется с 2017 года.

В 2017-2018 годах в регионе реализовывался федеральный пилотный проект Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, в рамках которого определены подходы к построению системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов всех возрастных групп, включая реформирование законодательных и нормативных правовых актов федерального и регионального уровней. В течение последующих лет в Свердловской области осуществляется практическое становление и развитие системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

В целях создания условий для качественной реабилитации и абилитации инвалидов организации оснащены реабилитационным оборудованием, специалисты повысили свою компетентность, прошли курсы повышения квалификации, переподготовку. В учреждениях сферы социального обслуживания созданы условия для реализации всех направлений комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, представленных в Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года (распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 № 3711-р «Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года»):

- социальная реабилитация и абилитация;
- социокультурная реабилитация и абилитация;
- физическая реабилитация;
- профессиональная ориентация;
- медицинские услуги (в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность).

В 2019 году утверждена Стратегия развития социальной защиты населения Свердловской области на период до 2035 года (постановление Правительства Свердловской области от 07.11.2019 № 764-ПП «Об утверждении Стратегии развития социальной защиты населения Свердловской области на период до 2035 года»).

Цель. Обеспечение доступности, эффективности, результативности и качества реабилитационных и абилитационных мероприятий для инвалидов, в том числе детей-инвалидов, непрерывность реабилитационного процесса независимо от места проживания на территории региона.

Материалы и методы. При написании статьи использовался теоретический (эмпирический) метод исследования. Анализ нормативной правовой базы, практики деятельности организаций социального обслуживания Свердловской области, обобщение опыта и методологических основ профессиональной деятельности специалистов, обеспечивающих реабилитацию и абилитацию инвалидов и детей-инвалидов, учтены территориальные особенности региона.

Результаты. Территория Свердловской области составляет почти 195 тысяч км², протяжённость с севера на юг 660 км, с запада на восток 560 км, включает 94 муниципальных образования (68 городских округов, 5 муниципальных районов, 5 городских поселений, 16 сельских поселений). В регионе проживает более 270 тысяч (270 240) человек с инвалид-

ностью [1], что составляет 6,4% от численности населения региона (4 239 161) [2], из них более 21 тысячи детей с инвалидностью (21 468).

В рамках Стратегии развития социальной защиты населения Свердловской области на период до 2035 года предусмотрено создание организационной модели трехуровневой системы социальной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на основе территориальной приближенности организации к месту проживания инвалида.

Данная модель обеспечивает экономическую эффективность организаций, предоставляющих реабилитационные мероприятия, их территориальную доступность для граждан с инвалидностью приближенно к месту их проживания, непрерывность процесса реабилитации и абилитации.

На сегодняшний день в организационную модель включено 86 организаций социального обслуживания, в структуре которых имеются социально-реабилитационные отделения, из них:

- 70 организаций муниципального уровня;
- 14 организаций окружного уровня;
- 2 организации регионального уровня.

В организациях социального обслуживания Свердловской области применяются единые методы и подходы к организации процесса реабилитации и абилитации инвалидов.

В реабилитационном процессе используется единообразное, унифицированное документальное сопровождение, постановка целей реабилитации и оценка результативности проводится междисциплинарной реабилитационной командой с применением Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Для обеспечения механизма внутриведомственного и межведомственного взаимодействия внедряется технология «куратор случая», обеспечивающая сопровождение инвалидов и детей-инвалидов в процессе реабилитации.

В ходе построения модели разработаны критерии распределения организаций по уровням, учитывающие наличие условий для реализации направлений комплексной реабилитации и абилитации, доступность для различных категорий инвалидов, возможность прохождения курса реабилитации в стационарных условиях, транспортную доступность, наличие условий для осуществления организационно-методических функций:

- учреждения 1 уровня (муниципального) имеют реабилитационное отделение с полустационарной и (или) стационарной формой обслуживания, осуществляют разработку реабилитационного маршрута и обслуживают инвалидов, проживающих на территории муниципального образования, по одному или нескольким направлениям комплексной реабилитации и абилитации, реализуют технологию «куратора случая», осуществляют мониторинг потребности инвалидов и детей-инвалидов в реабилитационных мероприятиях;
- учреждения 2 уровня (окружного) имеют реабилитационное отделение со стационарной формой обслуживания, разрабатывают реабилитационный маршрут и осуществляют комплексную реабилитацию и абилитацию по всем направлениям комплексной реабилитации и абилитации, для граждан, впервые поступивших на

реабилитацию, проживающих на территории управленческого округа, реализуют технологию «куратора случая»;

- учреждения 3 уровня (регионального) имеют стационарную форму обслуживания для проведения реабилитационных и абилитационных мероприятий, разрабатывают реабилитационный маршрут и осуществляют комплексную реабилитацию и абилитацию по всем направлениям преимущественно граждан трудоспособного возраста и детей-инвалидов, впервые получивших инвалидность, проживающих на территории Свердловской области, реализуют технологию «куратора случая», а также выполняют функцию организационно-методического центра для организаций 1 и 2 уровней.

На каждом уровне по каждому ограничению жизнедеятельности можно выделить 4 этапа социальной реабилитации. Каждый последующий этап отличается от предыдущего, прежде всего, целью реабилитации, набором реабилитационных направлений, количеством реабилитационных мероприятий и социальных услуг:

- на 1 этапе необходимо создать условия для формирования у инвалида мотивации к социальной реабилитации, для восстановления или формирования элементарных навыков самообслуживания и мобильности, адаптировать к новому социальному статусу;
- на 2 этапе – создать условия для развития у инвалида мотивации к дальнейшей социальной реабилитации, восстановлению навыков самообслуживания, мобильности, общения, занятиям в бытовой и повседневной жизни, выполнению связанных с этим усложняющихся задач;
- на 3 этапе – создать условия для восстановления и развития у инвалида способностей к взаимодействию с людьми в соответствии с ситуацией в социально приемлемой форме, для развития мотивации к выполнению задач и действий, требуемых в процессе работы, занятости, экономических взаимоотношений, для занятий организованной общественной жизнью вне семьи;
- на 4 этапе – создать условия для включения инвалида в жизнь отдельных сообществ, в гражданские сферы жизни, обеспечить социальное сопровождение инвалида, поддержку в организации досуга, в трудоустройстве (трудозанятости), в желании вести волонтерскую деятельность, осуществлять профилактику социальных деприваций.

Все этапы социальной реабилитации направлены на:

- развитие потенциальных способностей инвалида к снижению ограничений к активности, то есть трудностей в осуществлении активности, которые может испытывать человек;
- снижение ограничений возможности участия, то есть решение проблем, которые может испытывать человек при вовлечении в жизненные ситуации (снижение трудностей в общении, мобильности, самообслуживании, в бытовой жизни, в межличностных взаимодействиях и отношениях, в главных сферах жизни – экономических взаимоотношениях, при получении образования, занятости, в организованной жиз-

ни вне семьи, включении в жизнь отдельных сообществ и общества в целом, в гражданские сферы жизни).

Индивидуальный маршрут (маршрутизация) получателя услуг в рамках трехуровневой системы реабилитации и абилитации выстраивается с учетом степени имеющихся у инвалида ограничений жизнедеятельности, уровня учреждения, формы обслуживания, возраста инвалида, этапов реабилитации и индивидуальных потребностей человека. Задачи реабилитации и абилитации решаются посредством преимущественности технологий в организациях социального обслуживания.

Выстроенная трехуровневая и четырехэтапная система социальной реабилитации и абилитации с построением индивидуального реабилитационного маршрута позволяет обеспечить доступность, эффективность, результативность и качество реабилитации и абилитации, организовать оказание услуг с использованием стандартов по реабилитации.

Заключение. Данный подход позволяет представить процесс реабилитации как целостную систему, в тоже время каждый этап является отдельным процессом реабилитации, имеющим свои задачи, которые учитывают индивидуальные особенности инвалида, его реабилитационный прогноз и потенциал.

Достижение четвертого этапа для инвалидов со II-III степенью ограничений жизнедеятельности будет являться долгосрочной и перспективной целью.

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

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральная государственная информационная система «Федеральный реестр инвалидов». sfri.ru.
2. Федеральная служба государственной статистики. rosstat.gov.ru.

REFERENCES

1. Federal State Information System «Federal Register of Disabled Persons». sfri.ru.
2. Federal State Statistics Service. rosstat.gov.ru.

УДК 616-036.86

ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ ПО КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ–ИНВАЛИДОВ: ИТОГИ ПЕРВОГО ГОДА РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Олькова Н.В., Муртазина Т.К., Мишкин А.Ж.

ФКУ «ГБ МСЭ по Тюменской области» Минтруда России, Тюмень, Россия

Аннотация

Введение. До 2022 года в Российской Федерации не существовало утвержденных стандартов комплексной реабилитации инвалидов и отсутствовал механизм ее финансирования, что приводило к невозможности получения качественных услуг. Постановлением Правительства Российской Федерации от 17.12.2021 №2339 были утверждены Правила реализации пилотного проекта по КРА детей-инвалидов в 2 субъектах Российской Федерации (Свердловская и Тюменская области) в течение 2022–2024 гг. Разработаны проекты стандартов услуг по КРА по 11-ти целевым реабилитационным группам.

Цель. Анализ структуры реабилитационных потребностей детей-инвалидов Тюменской области в разрезе ЦРГ и ЦРП по итогам первого года реализации пилотного проекта.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ реализации пилотного проекта по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в течение 2022 года.

Результаты. Услуги по КРА в рамках пилотного проекта в 2022 году реализовались в 7 РО Тюменской области и в ФБ МСЭ Минтруда России в стационарной форме без сопровождения, в стационарной форме с сопровождением и в полустационарной форме. Продолжительность курса оказания услуг по КРА детей-инвалидов составляет 21 день. Все РО укомплектованы реабилитационным оборудованием и кадрами согласно утвержденным стандартам.

Всем детям, впервые признанным инвалидами в 2022 г., определена ЦРГ и ЦРП. На 31.12.2022 г. в проект были включены всего 914 детей-инвалидов, из них наибольшее количество – 68,8% составили дети с преимущественными нарушениями психических функций, которым определена ЦРГ 1, 16,2% – ЦРГ 6 (с преимущественными нарушениями функций внутренних органов и систем), 7,2% – ЦРГ 7 (с преимущественными нарушениями статодинамических функций). Остальные ЦРГ составили существенно меньшие доли.

У 2,7% детей были выявлены противопоказания к КРА, ещё 7,8% не дали согласия на участие в ПП, на остальных 816 человек были направлены данные в Социальный фонд для выпуска ЭС.

Проведена оценка эффективности КРА у первых 297 получивших её детей-инвалидов, из которых у 98,7% суммарная оценка эффективности позволяет оценить проведенную КРА как эффективную.

Заключение. Итоги первого года реализации пилотного проекта в Тюменской области показывают хорошие результаты: отработан механизм оплаты с помощью ЭС;

подавляющее большинство детей, прошедших КРА, показали положительную динамику. С 2024 года планируется тиражирование нашего опыта на другие регионы, включение в пилотный проект Калужской, Омской, Рязанской областей и Удмуртской Республики.

Ключевые слова: пилотный проект (ПП), комплексная реабилитация и абилитация (КРА), целевая реабилитационная группа (ЦРГ), целевая реабилитационная подгруппа (ЦРП), реабилитационная организация (РО), медико-социальная экспертиза (МСЭ), стандарты реабилитации, электронный сертификат (ЭС), оценка эффективности реабилитации.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Олькова Надежда Витальевна, к.м.н., доцент, руководитель - главный эксперт по МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Тюменской области» Минтруда России; адрес: 625031, г. Тюмень, ул. Шишкова, д. 6, стр. 2, тел. 8 (3452) 38-32-02, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9163-5870>, eLibrary SPIN-код: 1123-8386, AuthorID: 667027, e-mail: olkova@msetyumen.ru

Муртазина Татьяна Константиновна, к.м.н., заместитель руководителя по экспертной работе ФКУ «ГБ МСЭ по Тюменской области» Минтруда России; адрес: 625031, г. Тюмень, ул. Шишкова, д. 6, стр. 2, тел. 8 (3452) 38-32-03, ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4380-6340>, e-mail: murtazina@msetyumen.ru

Мишкин Александр Жозефович, начальник отдела по реабилитационно-экспертной работе ФКУ «ГБ МСЭ по Тюменской области» Минтруда России; адрес: 625031, г. Тюмень, ул. Шишкова, д. 6, стр. 2, тел. 8 (3452) 38-32-33, ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8422-8895>, eLibrary SPIN-код: 7992-3180, e-mail: mishkin@msetyumen.ru

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

PILOT PROJECT ON COMPREHENSIVE REHABILITATION AND HABILITATION OF DISABLED CHILDREN: RESULTS OF THE FIRST YEAR IN THE TYUMEN REGION

Olkova N.V., Murtazina T.K., Mishkin A.Zh.

FSI "MB MSE for the Tyumen region" Ministry of Labor of Russia, Tyumen, Russia

Abstract

Background. *Until 2022, there were no approved standards for complex rehabilitation of disabled people in the Russia and there was no mechanism for its financing, which led to the impossibility of obtaining high-quality services. By Decree of the Government of the Russia No. 2339 dated 12/17/2021, the Rules for the implementation of a pilot project for the care of disabled children in 2 subjects of the Russian Federation (Sverdlovsk and Tyumen regions) during 2022-2024 were approved. Standards of CRH services for 11 TRG have been developed.*

Aim. *Analysis of the structure of rehabilitation needs of children with disabilities in the Tyumen region in the context of the TRG according to the results of the first year of the pilot project.*

Materials and methods. *A retrospective analysis of the pilot project on complex rehabilitation and habilitation of disabled children during 2022 was carried out.*

Results. *CRH services within the framework of a pilot project in 2022 were implemented in 7 RO of the Tyumen region and in the FB MSE of the Ministry of Labor of Russia in a stationary form without accompaniment, in a stationary form with accompaniment and in a semi-stationary form. The duration of the course of CRH of disabled children is 21 days. All rehabili-*

tation organizations are equipped with rehabilitation equipment and personnel according to approved standards.

All children recognized as disabled for the first time in 2022 have been identified by the TRG. As of 31.12.2022, a total of 914 disabled children were included in the project, of which the largest number – 68.8 % – were children with predominant disorders of mental functions (TRG 1), 16.2 % – TRG 6 (with predominant disorders of internal organs and systems), 7.2 % – TRG 7 (with predominant violations of statodynamic functions). The remaining TRGs accounted for significantly smaller shares.

2.7 % of children were found to have contraindications to CRH, another 7.8 % did not consent to participate in the PP, data were sent to the Social Fund for the release of ES for the remaining 816 children.

The evaluation of the effectiveness of CRH in the first 297 disabled children who received it was carried out, of which 98.7 % of the total efficiency assessment allows us to evaluate the performed CRH as effective.

Conclusion. The results of the first year of the pilot project implementation in the Tyumen region show good results: the payment mechanism with the help of ES has been worked out; the vast majority of children who have passed the CRH showed positive dynamics. From 2024, it is planned to replicate our experience to other regions, including the Kaluga, Omsk, Ryazan Regions and the Udmurt Republic in the pilot project.

Keywords: pilot project (PP), complex rehabilitation and habilitation (CRH), target rehabilitation group (TRG), target rehabilitation subgroup (TRS), rehabilitation organization (RO), medical and social expertise (MSE), rehabilitation standards, electronic certificate (ES), assessment of the effectiveness of rehabilitation.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Olkova Nadezhda Vitalievna, PhD, Associate Professor, Head of the FSI "MB MSE for the Tyumen region" Ministry of Labor of Russia - Chief Expert on MSE; address: 625031, Tyumen, Shishkova str., 6, p. 2, tel. 8 (3452) 38-32-02, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9163-5870>, eLibrary SPIN code: 1123-8386, AuthorID: 667027, e-mail: olkova@msetyumen.ru

Murtazina Tatiana Konstantinovna, PhD, Deputy Head for Expert work of the FSI "MB MSE for the Tyumen region" Ministry of Labor of Russia; address: 625031, Tyumen, Shishkova str., 6, p. 2, tel. 8 (3452) 38-32-03, ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4380-6340>, e-mail: murtazina@msetyumen.ru

Mishkin Alexandr Zhosefovich, Head of the Department for Rehabilitation and Expert work of the FSI "MB MSE for the Tyumen region" Ministry of Labor of Russia; address: 625031, Tyumen, Shishkova str., 6, p. 2, tel. 8 (3452) 38-32-33, ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8422-8895>, eLibrary SPIN-code: 7992-3180, e-mail: mishkin@msetyumen.ru

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

Введение. До 2022 года в Российской Федерации не существовало утвержденных стандартов комплексной реабилитации инвалидов и отсутствовал механизм ее финансирования, что приводило к невозможности получения качественных услуг [1]. Утвержденная в 2021 году Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года

(Концепция) [2] определила новые подходы к реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, обозначив особенности организации комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов.

Для решения задач реализации Концепции в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 г. № 2339 [3] были утверждены Правила реализации пилотного проекта по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов (Правила) в 2 субъектах Российской Федерации (Свердловская и Тюменская области) в течение 2022 – 2024 гг.

Под услугой комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, согласно Правилам, понимается оптимальный набор мероприятий, направленных на восстановление или формирование у ребенка-инвалида способностей к бытовой и общественной деятельности в соответствии с возрастной нормой, включающих в себя социально-бытовую адаптацию, социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую, социокультурную реабилитацию и абилитацию, профессиональную ориентацию, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни, занятиям адаптивной физической культурой и адаптивным спортом.

Для отработки подходов к определению нуждаемости детей-инвалидов в реабилитационных и абилитационных услугах, механизмов предоставления услуг, оценки их эффективности Минтрудом России был принят ряд нормативных правовых актов. Приказом Минтруда России от 28 марта 2022 № 176 «Об утверждении методики определения целевых реабилитационных групп детей-инвалидов в зависимости от преимущественного вида стойких расстройств функций организма и ограничений жизнедеятельности» [4] определено 11 основных групп и 45 подгрупп.

В пилотном проекте участвуют дети, впервые признанные инвалидами после 01.01.2022 г., в возрасте от 4 до 17 лет. Оплата услуг по комплексной реабилитации и абилитации проводится с помощью электронного сертификата, срок действия которого составляет 12 месяцев со дня первичного установления категории «ребенок-инвалид» в федеральном учреждении МСЭ.

Цель исследования. Анализ структуры реабилитационных потребностей детей-инвалидов Тюменской области в разрезе целевых реабилитационных групп (ЦРГ) и подгрупп (ЦРП) по итогам первого года реализации пилотного проекта.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ реализации пилотного проекта по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в течение 2022 года.

Результаты исследования. Задачами пилотного проекта являются:

- отработка подходов к определению учреждениями МСЭ ЦРГ и ЦРП детей-инвалидов;
- отработка механизма приобретения услуг по КРА детей-инвалидов с использованием электронного сертификата;
- отработка механизма направления детей-инвалидов для приобретения услуг по КРА у федеральных учреждений в случаях, требующих сложных видов реабилитации;

– обеспечение услуг по КРА и проведение оценки эффективности оказанных услуг на основе утвержденных Минтрудом России стандартов и методики оценки эффективности этих курсов реабилитации;

– отработка межведомственного информационного взаимодействия.

Услуги по комплексной реабилитации и абилитации в рамках пилотного проекта реализовались в 2022 году в семи реабилитационных организациях (РО) Тюменской области. Для реализации курса реабилитации в стационарной форме определены три РО:

- Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Родник»;
- Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма»;
- Детский психоневрологический дом-интернат.

Для реализации курса реабилитации в полустационарной форме определено четыре РО:

- Областной центр реабилитации инвалидов (г. Тюмень);
- Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Согласие» г. Ишима;
- Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних г. Тобольска;
- Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних с. Омутинское.

Все РО укомплектованы современным реабилитационным оборудованием, квалифицированными кадрами согласно стандартам комплексной реабилитации, прошли процедуру утверждения Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации на участие в пилотном проекте. Эти организации известны в Тюменской области, имеют хорошую репутацию в родительском сообществе, что сыграло немаловажную роль в их заинтересованности на участие в пилотном проекте [5]. Продолжительность курса оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации составляет 21 день.

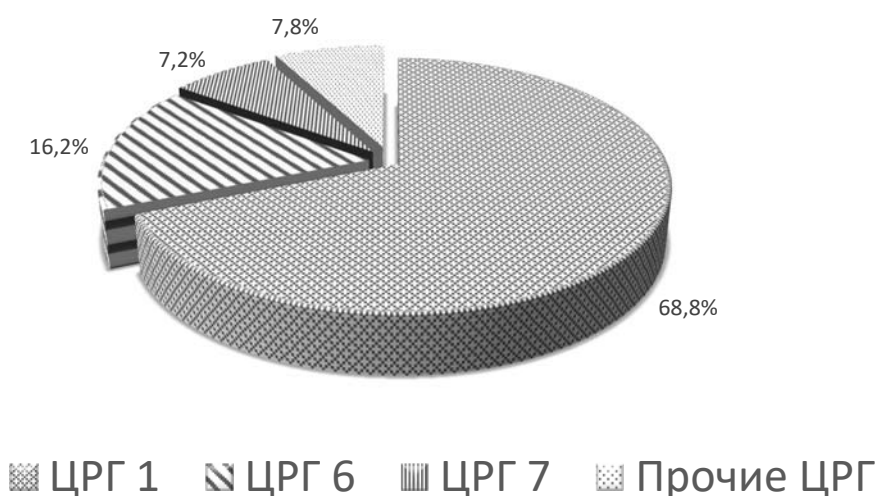
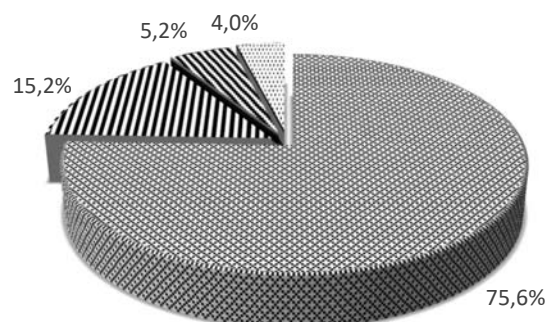


Рис. 1. Распределение детей-инвалидов по ЦРГ.

Всем детям, впервые признанным инвалидами в 2022 году, учреждением МСЭ была определена целевая реабилитационная группа (ЦРГ) и подгруппа (ЦРП). На 31.12.2022 г. в проект были включены 914 детей-инвалидов, из них наибольшее количество – 68,8% составили дети с преимущественными нарушениями психических функций, которым определена ЦРГ 1, 16,2% – ЦРГ 6 (с преимущественными нарушениями функций внутренних органов и систем), 7,2% – ЦРГ 7 (с преимущественными нарушениями статодинамических функций). На долю остальных ЦРГ в совокупности пришлось только 7,8%.

В структуре подгрупп ЦРГ 1, занимающей первое рейтинговое место:

- 75,6% составили дети-инвалиды со специфическими расстройствами психологического развития, расстройствами развития речи и языка, которым была определена ЦРП 1.2;
- 15,2% – ЦРП 1.1 (нарушения интеллекта);
- 5,2% – ЦРП 1.3 (расстройства личности и поведения).

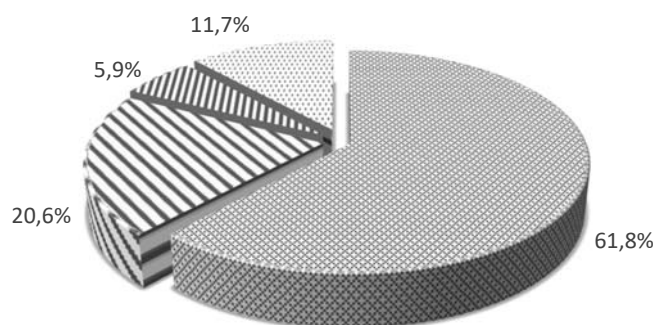


■ ЦРП 1.2 ■ ЦРП 1.1 ■ ЦРП 1.3 ■ Прочие ЦРП

Рис. 2. Распределение по подгруппам внутри ЦРГ 1.

В структуре ЦРГ 6 преобладает ЦРП 6.6 (сахарный диабет) – 61,8%;

- 20,6% составляет ЦРП 6.2 (преимущественные нарушения функций системы крови и иммунной системы)
- 5,9% – ЦРП 6.4 (преимущественные нарушения функций системы пищеварения).



■ ЦРП 6.6 ■ ЦРП 6.2 ■ ЦРП 6.4 ■ Прочие ЦРП

Рис. 3. Распределение по подгруппам внутри ЦРГ 6.

В структуре ЦРГ 7 сложилась следующая картина: 41,3% составила ЦРП 7.2 (врожденные аномалии развития и другие болезни нервной системы); 17,4% – ЦРП 7.4 (преимущественные нарушения функций нижних конечностей); по 10,9% составляют сразу три ЦРП: 7.3 (последствиями травм), 7.5 (нарушения функций одновременно верхних и нижних конечностей) и 7.9 (врожденные аномалии развития позвоночника, спинного мозга, грудной клетки); 8,7% составила ЦРП 7.1 (детский церебральный паралич).

У 2,7% детей были выявлены противопоказания к КРА, из них в 80% причиной являются злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого лечения, в том числе проведения химиотерапии; в 10% имеют место заболевания и состояния, требующие интенсивного медицинского наблюдения, лечения или ухода, по 5% случаев противопоказаний составили обострения хронических неинфекционных заболеваний внутренних органов и систем, требующие медицинского наблюдения и лечения, а также эпилепсия с тяжелой формой течения, частыми приступами.

После установления ЦРГ и ЦРП, определения показаний и при отсутствии противопоказаний специалисты МСЭ оформляли согласие родителей (законных представителей) ребенка-инвалида на участие в пилотном проекте. Не смотря на подробное информирование, повышение мотивации, не все родители согласились на участие, удельный вес отказов от участия в пилотном проекте составил 7,8%. Наиболее частыми причинами отказов было отсутствие медицинской реабилитации в структуре пилотируемой услуги по КРА и незаинтересованность родителей (законных представителей) в данной услуге с точки зрения пользы для ребенка-инвалида (по 32% отказов), а также наличие в семье других детей, за которыми требуется наблюдение и уход (около 23% отказов).

Только при наличии согласия родителей (законных представителей) ребенка-инвалида и отсутствии противопоказаний, информация по установленной форме передавалась в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации для выпуска электронного сертификата. На 31.12.2022г. в Фонд были переданы данные на 816 детей-инвалидов. В течение июня – декабря 2022 года электронные сертификаты были реализованы порядка 300 детьми-инвалидами, остальные запланированы на курсы КРА в 2023 году согласно графику заездов в РО.

После окончания курса КРА по каждому ребенку специалистами РО проводился первый этап оценки эффективности проведенных реабилитационных и абилитационных мероприятий в соответствии с Методикой оценки эффективности услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, утвержденной приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 5 мая 2022г. № 284 [6], и соответствующая информация направлялась в учреждение МСЭ.

На 31.12.2022г. поступили формы сведений о результатах комплексной реабилитации и абилитации на 297 детей-инвалидов, по которым нами был проведен второй этап оценки эффективности в соответствии с вышеуказанной Методикой.

В 293 случаях из 297 суммарная оценка эффективности составила 5 и более баллов (в среднем 8,62 баллов), что позволяет оценить проведенную реабилитацию как эффектив-

ную у 98,7% детей-инвалидов.

Заключение. Итоги первого года реализации пилотного проекта в Тюменской области свидетельствуют о высокой востребованности и эффективности новых услуг по комплексной реабилитации и абилитации. Отработан механизм оплаты с помощью электронного сертификата. Подавляющее большинство детей, прошедших КРА, показали положительную динамику.

С 2024 года планируется тиражирование опыта пилотного проекта на другие регионы, включение в пилотный проект Калужской, Омской, Рязанской областей и Удмуртской Республики.

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

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Струкова, О.Г. Концептуальные подходы к организации оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов / О.Г. Струкова. – Текст: непосредственный // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Комплексная реабилитация инвалидов на современном этапе. Теоретические и прикладные аспекты». – Новокузнецк, 6-7 октября 2022 года – Новокузнецк: ИП Петровский К.В. (Изограф), 2022. – с. 48-49.
2. Российская Федерация. Распоряжения. Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 № 3711-р. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 03.08.2023). – Текст: электронный.
3. Российская Федерация. Постановления. О реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов: Постановление Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 № 2339. – URL: [//www.consultant.ru](http://www.consultant.ru). (дата обращения: 03.08.2023). – Текст: электронный.
4. Об утверждении методики определения целевых реабилитационных групп детей-инвалидов в зависимости от преимущественного вида стойких расстройств функций организма и ограничений жизнедеятельности: приказ Минтруда России от 28 марта 2022 № 176. – URL: [//www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения: 03.08.2023). – Текст: электронный.
5. Олькова, Н.В. Актуальные вопросы реализации начального этапа пилотного проекта комплексной реабилитации детей-инвалидов в Тюменской области / Олькова Н.В., Муртазина Т.К., Мишкин А.Ж., Горбачёв Е.В. // Сборник материалов и докладов IV Всероссийской конференции с международным участием «Состояние и перспективы развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации - 2022»; Москва, 9 декабря 2022 г. Москва: ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2023. с. 51-58.
6. Об утверждении методики оценки эффективности услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов: Приказ Минтруда России от 5 мая 2022 № 284. – URL: [//www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения: 11.11.2022). – Текст: электронный.

REFERENCES

1. Strukova, O.G. Conceptual approaches to the organization of services for complex rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children / O.G. Strukova. – Text: direct // Materials of the All-Russian scientific and practical conference “Complex rehabilitation of disabled people at the present stage. Theoretical and applied aspects. – Novokuznetsk, October 6-7, 2022 – Novokuznetsk: IP Petrovsky K.V. (Izograf), 2022. – p. 48-49.

2. The Russian Federation. Orders. About the approval of the Concept of development in the Russian Federation of the system of complex rehabilitation and habilitation of disabled people, including disabled children, for the period up to 2025: Decree of the Government of the Russian Federation of December 18, 2021 № 3711-R. - URL: <http://pravo.gov.ru> (accessed 03.08.2023). – Text: electronic.
3. The Russian Federation. Resolutions. On the implementation of a pilot project for the provision of complex rehabilitation and habilitation services for disabled children: Decree of the Government of the Russian Federation of December 17, 2021 № 2339. - URL: [//www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (accessed: 08/03/2023). – Text: electronic.
4. On approval of the methodology for determining the target rehabilitation groups of disabled children, depending on the predominant type of persistent disorders of body functions and limitations of vital activity: order of the Ministry of Labor of Russia dated March 28, 2022 № 176. - URL: [//www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (accessed: 08/03/2023). – Text: electronic.
5. Olkova, N.V. Topical issues of the implementation of the initial stage of the pilot project of complex rehabilitation of disabled children in the Tyumen region / Olkova N.V., Murtazina T.K., Mishkin A.Zh., Gorbachev E.V. // Collection of materials and reports of the IV All-Russian conference with international participation “The state and prospects of development of the system of integrated rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children in the Russian Federation - 2022”; Moscow, December 9, 2022 Moscow: FSBI FB MSE Ministry of Labor of Russia, 2023. pp. 51-58.
6. On approval of the methodology for evaluating the effectiveness of services for complex rehabilitation and habilitation of disabled children: Order of the Ministry of Labor of the Russian Federation dated May 5, 2022 № 284. - URL: [//www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (date of application: 11.11.2022). – Text: electronic.

Раздел 3
**ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ:
КАДРЫ НОВОГО ВРЕМЕНИ**

Section 3
**PROFESSIONAL EDUCATION: PERSONNEL
OF THE NEW TIME**

УДК 614.2- 377.018.48

КАДРЫ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ – МЕГАКОМПЕТЕНЦИИ

Лайковская Е.Э.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург

Аннотация

Введение. Внедрение и развитие системы комплексной реабилитации в регионах, стандартизация технологий реабилитации и абилитации остро ставит вопрос подготовки соответствующих кадров.

Цель исследования: провести анализ подходов и требований к подготовке кадров для системы комплексной реабилитации, выявить проблемные вопросы и сформулировать предложения по их возможному решению.

Материалы и методы: сравнительный анализ нормативных правовых документов, сайтов высших учебных заведений и интернет-предложений по вопросам подготовки кадров для системы комплексной реабилитации и абилитации.

Результаты. Представлены результаты сравнительного анализа перечня специальностей и специалистов, указанных в нормативных правовых документах системы комплексной реабилитации, абилитации и медицинской реабилитации, изучены предложения по подготовке кадров в сети интернет, выявлены проблемные вопросы и сформулированы предложения по их решению.

Заключение. Проанализированные нормативные правовые документы в сфере комплексной реабилитации и абилитации содержат более 80 наименований специалистов и специальностей и предъявляют достаточно высокие требования к уровню подготовки. Однако существует ряд проблемных моментов, требующих системных решений на уровне высшей школы и синхронизации нормативно-правового регулирования вопросов подготовки кадров для системы комплексной реабилитации и абилитации.

Ключевые слова: подготовка кадров, специалисты, комплексная реабилитация.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Лайковская Елена Эдуардовна, кандидат медицинских наук, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, адрес: 620028, Россия, Екатеринбург, ул. Репина, 3. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3860-6107>; eLibrary.ru SPIN-код: 8393-6154, AuthorID: 179213; e-mail: lee1801@inbox.ru

PERSONNEL OF THE COMPLEX REHABILITATION SYSTEM – MEGACOMPETENCE

Laykovskaya E.E.

*The Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia***Abstract**

Background. *The introduction and development of a comprehensive rehabilitation system in the regions, the standardization of rehabilitation and habilitation technologies sharply raises the issues of training relevant personnel.*

Aim of the study: *to analyze approaches and requirements for training personnel for a comprehensive rehabilitation system, identify problematic issues and form proposals for their possible solution.*

Materials and methods: *comparative analysis of regulatory legal documents, websites of higher educational institutions and Internet proposals on personnel training for the system of comprehensive rehabilitation and habilitation.*

Results. *The results of a comparative analysis of the list of specialties and specialists specified in the regulatory legal documents of the system of complex rehabilitation, habilitation and medical rehabilitation are presented, proposals for training personnel on the Internet are studied, problematic issues are identified and proposals for their solution are formed.*

Conclusion. *The analyzed regulatory legal documents in the field of complex rehabilitation and habilitation contain more than 80 names of specialists and specialties and impose fairly high requirements for the level of training. However, there are a number of problematic issues that require systemic solutions at the higher school level and synchronization of regulatory regulation of personnel training issues for the system of comprehensive rehabilitation and habilitation.*

Keywords: *personnel training, specialists, comprehensive rehabilitation.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Elena E. Laykovskaya, Candidate of Medical Sciences, The Ural State Medical University, address: 3 Repina str., Ekaterinburg, 620028, Russia. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3860-6107>; eLibrary.ru SPIN-код: 8393-6154, AuthorID: 179213; e-mail: lee1801@inbox.ru

Введение. Внедрение и развитие системы комплексной реабилитации в регионах, стандартизация технологий реабилитации и абилитации в соответствии с «Концепцией развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года» остро ставит вопрос подготовки соответствующих кадров. Формированию новых подходов к профессиональному образованию специалистов в сфере комплексной реабилитации и абилитации уделялось внимание в работах российских ученых Логиновой Е.Т., Матвеевой М.В., Старобиной Е.М., Гордиевской Е.О., Чукардина В.А., Владимировой О.Н. [1,2]. В числе системных проблем дальнейшего совершенствования региональных моделей комплексной реабилитации рассматривается дефицит квалифицированных кадров, низкая укомплектованность физическими лицами штатных должностей специалистов в сфере реабилитации, высокая психо-эмоциональная и физическая нагрузка, ограниченность финансовых средств государственных организаций для обеспечения подготовки и переподготовки

специалистов [3]. Необходимо продолжить изучение подходов и требований к подготовке специалистов для системы комплексной реабилитации, а также проблем, требующих решения.

Цель исследования: провести анализ подходов и требований к подготовке кадров для системы комплексной реабилитации, выявить проблемные вопросы и сформировать предложения по их возможному решению.

Материалы и методы: сравнительный анализ нормативных правовых документов, сайтов высших учебных заведений и интернет-предложений по вопросам подготовки кадров для системы комплексной реабилитации и абилитации.

Результаты. Анализ нормативных правовых документов по вопросам комплексной реабилитации и абилитации, а также по медицинской реабилитации, показал наличие 81 специальности специалистов с высшим и средним профессиональным образованием по различным направлениям: медицина, социальная реабилитация, социальное обслуживание, педагогика, специальная педагогика, психология, адаптивная физическая культура и спорт, труд и занятость, инженерно-техническое направление, юриспруденция, управление.

В приказах Минтруда России от 27.09.2017 №700 «О примерных штатных нормативах организаций, предоставляющих услуги по социальной и профессиональной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов» и Минздрава России от 31 июля 2020 г. №788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» содержится 41 наименование «должностей». При сравнительном анализе вышеуказанных приказов совпадение отмечено по 8 наименованиям: врач-терапевт, врач-психотерапевт, врач-невролог, врач травматолог-ортопед; медицинский психолог, медицинский логопед (логопед), инструктор лечебной физкультуры и специалист по социальной работе. При этом врач-эндокринолог, врач-сурдолог и врач-офтальмолог есть только в комплексной реабилитации/абилитации, а специалист по физической реабилитации, нейропсихолог и специалист по эргореабилитации «необходим» только для организации медицинской реабилитации (таблица 1).

Система подготовки и повышения квалификации специалистов, реализующих реабилитационные и абилитационные мероприятия для инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в настоящее время только формируется. Анализ интернет-сайтов авторитетных образовательных организаций показал, что свои услуги по обучению специалистов по физической и реабилитационной медицине предлагают в основном ВУЗы городов Москва, Санкт-Петербург, Казань. В Свердловской области Уральский государственный медицинский университет проводит обучение на кафедре физической и реабилитационной медицины факультета повышения квалификации и переподготовки по следующим направлениям:

- специалитет «Медицинская реабилитация»; «Лечебная физкультура и врачебный контроль»,
- ординатура «Лечебная физкультура и спортивная медицина», «Физиотерапия»,
- аспирантура по направлению подготовки 14.03.11 «Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия».

Таблица 1

**Сравнительный анализ специалистов (должностей) в комплексной
и медицинской реабилитации**

Специалисты	Приказ Минздрава от 31.07.2020 № 788	Приказ Минтруда от 27.09.2017 №700
Специалист по социальной работе	+	+
Врач-терапевт	+	+
Медицинский психолог	+	+
Врач-психотерапевт	+	+
Медицинский логопед (логопед)	+	+
Врач-невролог	+	+
Врач-травматолог-ортопед	+	+
Инструктор лечебной физкультуры	+	+
Врач по физической и реабилитационной медицине/ врач по медицинской реабилитации (врач-специалист по профилю оказываемой помощи, врач по лечебной физкультуре, врач-физиотерапевт, врач-рефлексотерапевт)	+	
Специалист по физической реабилитации (инструктор-методист по лечебной физкультуре)	+	
Заведующий - врач физической и реабилитационной медицины	+	
Нейропсихолог	+	
Специалист по эргореабилитации	+	
Старшая медицинская сестра	+	
Врач-кардиолог	+	
Врач-гериатр	+	
Врач-уролог	+	
Врач-эпидемиолог	+	
Медицинская сестра процедурной	+	
Медицинская сестра палатная (постовая)	+	
Младшая медицинская сестра по уходу за пациентами	+	
Санитар	+	
Сестра-хозяйка	+	
Медицинская сестра по медицинской реабилитации (медицинская сестра по физиотерапии, медицинская сестра по массажу, инструктор по лечебной физкультуре)	+	
Специалист по реабилитации (комплексной)		+
Инженер по универсальному дизайну		+
Профконсультант		+
Юрист		+
Специалист по работе с семьей		+

Специалист по биомеханике движения		+
Врач-сурдолог		+
Врач-офтальмолог		+
Преподаватель русского жестового языка		+
Инженер с образованием по специальности «Инженерное дело в медико-биологической практике»		+
Механик протезно-ортопедических изделий		+
Инструктор по труду		+
Наставник инвалида		+
Юрисконсультант		+
Техник		+
Врач-эндокринолог		+
Дефектолог/олигофренопедагог		+

Проводятся циклы повышения квалификации и профессиональной переподготовки для врачей по специальностям «Физиотерапия», «Лечебная физкультура и спортивная медицина», а с 2019 года – «Физическая и реабилитационная медицина». Дополнительными базами кафедры для отработки практических навыков являются реабилитационные отделения ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», ЦГКБ №3 г. Екатеринбург, ГБУЗ СО «Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн», г. Екатеринбург, ООО «Клинический институт мозга.

В системе комплексной реабилитации и абилитации ключевую позицию занимает социальная реабилитация. Подготовка специалистов по социальной реабилитации должна осуществляться, основываясь, помимо указанного выше приказа Минтруда России от 27.09.2017 №700, на стандартах (проектах стандартов) по основным направлениям реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, приказе Минтруда России от 18.06.2020 № 352н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере», приказе Минтруда России от 18.06.2020 № 351н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по социальной работе». Изучая требования данных нормативных документов, а также опыт практического применения стандартов в рамках пилотного проекта в Свердловской области, можно заключить, что специалисты в сфере комплексной реабилитации должны обладать мегакомпетенциями и мегаэрудицией.

Профессиональные качества и способности, знания, умения и навыки, которые позволяют качественно выполнять возложенные на человека задачи, так называемые «Hard skills», неизмеримо разнообразны. Помимо знаний по специальности требуется знание инструментов оценки реабилитационного потенциала (оценочные шкалы, МКФ), умение формировать цель реабилитации/абилитации на конкретном этапе в конкретных условиях и оценивать результативность/эффективность – по своему направлению и в целом. Требуются также навыки использования информационных систем и ресурсов.

Необходимы также Soft skills, то есть кроссфункциональные навыки, умение организовывать командную работу, вести переговоры и договариваться с коллегами, креативность, способность учиться и адаптироваться к изменениям. Это полимодальность и разнонаправленность - при командном взаимодействии и умении видеть задачи и вклад всех участ-

ников процесса, нацеленность на общий результат. Навыки внутри- и межведомственного взаимодействия, коммуникативные компетенции, навыки построения рационального реабилитационного маршрута, эмоциональный интеллект и навыки управления стрессом [4].

Анализ интернет-предложений по подготовке кадров в сфере «реабилитации в социальной сфере» показал, что широко представлены частные образовательные организации с дистанционными формами обучения и продолжительностью циклов от 72-144 часов до 580-720 часов и стоимостью от 3800 до 40000 рублей. При этом ни в одном из объявлений не содержалось требований к базовому образованию. Привлекательная по стоимости и «дистанционности», обеспечит ли такая подготовка мегакомпетенции и мегаэрудицию?

Очевидна потребность в многоплановых междисциплинарных программах и высокой практикоориентированности подготовки в аккредитованных образовательных организациях с оценкой практических компетенций в рамках ситуационных задач. Потребность в подготовке кадров в субъектах Российской Федерации по направлениям «Ранняя помощь детям и их семьям», «Сопровождаемое проживание», «Социальная и профессиональная реабилитация», «Психологическая реабилитация», «Технические средства реабилитации инвалидов», «Реабилитации и абилитации инвалидов», по оценкам [5], ежегодно составляет от 10100 до 15859 человек. В Свердловской области за 2022 год более 600 специалистов прошли обучение.

На рисунке представлена схема возможных образовательных траекторий при подготовке специалистов для системы комплексной реабилитации и абилитации (рисунок 1).



Рисунок 1. Возможные образовательные траектории при подготовке специалистов для системы комплексной реабилитации и абилитации.

Помимо традиционных форм базовой подготовки и дополнительного профессионального образования, на наш взгляд, целесообразно использовать междисциплинарные модульные циклы, стратегические и форсайт-сессии, тренинги и базы для практической отработки навыков. Обсуждения требуют вопрос базовой подготовки и необходимости профессиональной аккредитации.

Приказом Минтруда России от 29 января 2019 г. № 46 определены научные организации, подведомственные Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации, в качестве методических центров комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей - инвалидов». В Свердловской области ресурсными методическими центрами являются: ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов», ГАУ СО СО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «ТАЛИСМАН», Государственное казенное стационарное учреждение социального обслуживания Свердловской области «Екатеринбургский реабилитационный центр для детей-инвалидов», ГБУ СО «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Ресурс», ГАУ СО «Спортивная адаптивная школа». На уровне субъекта они выполняют организационно-аналитическую, методическую деятельность. При наличии ресурсной базы они могли бы стать центрами организации практической отработки навыков и командного взаимодействия.

Заключение. Нормативные правовые документы в сфере комплексной реабилитации и абилитации, доступные для анализа, содержат более 80 наименований специалистов и специальностей и предъявляют достаточно высокие требования к уровню подготовки. Однако существует ряд проблемных моментов, требующих системных решений на уровне высшей школы и синхронизации нормативно-правового регулирования вопросов подготовки кадров для системы комплексной реабилитации и абилитации и медицинской реабилитации.

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

The author declares no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Логинова Е.Т., Матвеева М.В. Новые подходы к вопросу подготовки кадров для системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов // Вестник Нижневартовского государственного университета. 2021. № 4(56). С. 27–36. <https://doi.org/10.36906/2311-4444/21-4/03>
2. Старобина Е.М., Гордиевская Е.О. О кадровой составляющей системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов.// Реабилитация – XXI век: традиции и инновации/: сборник статей IV Нац/ конгр/ с межд. Участием, Санкт-Петербург, 08 – 09 сентября 2021 года / Минтруд России – СПб: ООО «ЦИАЦАН», 2021.- С.54-61.
3. Злоказов А.В., Лайковская Е.Э., Любушкина Т.Л., Федосеева О.Б., Шестакова Е.В. Из ранней помощи в комплексную реабилитацию: системные вызовы и возможные решения // Реабилитация – XXI век: традиции и инновации/ V Национальный конгресс с международ. участием/Сборник статей.//Санкт-Петербург, 12-13 сентября 2022 года / Минтруд России – Санкт-Петербург: ООО «ЦИАЦАН», 2022.- с.52-61.
4. Катахова С.С. Психологическая компетентность как фактор эффективного управления медицинским учреждением // Мир образования-образование в мире. 2018. № 4. С. 188-193.
5. Старобина Е.М., Гордиевская Е.О., Чукардин В.А., Владимирова О.Н. Об исследовании потребностей в повышении квалификации кадров в системе социального обслуживания населения в сфере комплексной реабилитации и абилитации // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2020. № 2. С. 8-13. <https://doi.org/10.17238/issn1999-2351.2020.2.8-13>

REFERENCES

1. Loginova, E.T., & Matveeva, M.V. (2021). New Approaches to the Question of Training for the System of Comprehensive Rehabilitation and Habilitation of Disabled. *Bulletin of Nizhnevartovsk State University*, (4(56)), S.27– 36. (in Russ.). <https://doi.org/10.36906/2311-4444/21-4/03>
2. Starobina E.M., Gordievskaja E.O. O kadrovoj sostavljajushhej sistemy kompleksnoj rehabilitacii i abilitacii invalidov i detej-invalidov.// *Reabilitacija – XXI vek: tradicii i innovacii*:/sbornik statej IV Nac/ kongr/ s mezhd. Uchastiem, Sankt-Peterburg, 08 – 09 sentjabrja 2021 goda / Mintrud Rossii – SPb: ООО «CIACAN», 2021.- S.54-61. (*In Russ.*).
3. Zlokazov A.V., Laykovskaya E.E., Lyubushkina T.L., Fedoseyeva O.B., Shestakova E.V. Iz ranney pomoshchi v kompleksnuyu rehabilitatsiyu: sistemnyye vyzovy i vozmozhnyye resheniya // *Reabilitatsiya – XXI vek: traditsii i innovatsii/ V Natsionalny kongress s mezhdunarod. uchastiyem/Sbornik statej*.//Sankt-Peterburg. 12-13 sentyabrya 2022 goda / Mintrud Rossii – Sankt-Peterburg: ООО «TsIATsAN». 2022.- s.52-61.
4. Katakhovala, S.S. Psikhologicheskaya kompetentnost' kak faktor effektivnogo upravleniya meditsinskim uchrezhdeniem. *Mir obrazovaniya-obrazovanie v mire*, (4), 2018, S.188-193. (in Russ.).
5. Starobina, E.M., Gordievskaya, E.O., Chukardin, V.A., & Vladimirova, O.N. (2020). Ob issledovanii potrebnosti v povyshenii kvalifikatsii kadrov v sisteme sotsial'nogo obsluzhivaniya naseleniya v sfere kompleksnoi rehabilitatsii i abilitatsii. *Vestnik Vserossiiskogo obshchestva spetsialistov po mediko-sotsial'noi ekspertize, rehabilitatsii i rehabilitatsionnoi industrii*, (2), 8-13. (in Russ.). <https://doi.org/10.17238/issn1999-2351.2020.2.S.8-13>

УДК 364.046.24+377

О КОМПЕТЕНЦИЯХ СПЕЦИАЛИСТОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ АССИСТИВНЫЕ УСЛУГИ ПРИ СОПРОВОЖДАЕМОМ ПРОЖИВАНИИ

Старобина Е.М., Гордиевская Е.О., Рябцев М.В.

ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. *Статья посвящена актуальной проблеме определения содержания компетенций специалистов, оказывающих ассистивные услуги при реализации мероприятий по сопровождаемому проживанию инвалидов, включая инвалидов с психическими нарушениями. Определенные в ходе исследования компетенции лягут в основу формулировки требований к содержанию программ повышения квалификации специалистов, что будет способствовать росту квалификационного уровня кадрового потенциала, участвующего в реализации мероприятий по сопровождению инвалидов во исполнение положений Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года.*

Ключевые слова: *ассистивные услуги, компетенции, инвалид, сопровождаемое проживание, жизнеустройство.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Старобина Елена Михайловна, адрес: 195067 г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская д. 50; телефон: 8 (812) 543-99-74; ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1820-9307>; eLibrary SPIN: 7199-0037, e-mail: estarobina@yandex.ru

Гордиевская Елена Олеговна, адрес: 195067 г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская д. 50; телефон: 8 (812) 543-99-74; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7617-298X>; eLibrary SPIN: 3628-1726, e-mail: gordik33@mail.ru

Рябцев Михаил Викторович; адрес: 195067 г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская д. 50; телефон: 8 (812) 543-99-74; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5564-6093>; eLibrary SPIN: 2490-5403; e-mail: ryabtcevmv@yandex.ru.

Вклад авторов:

Старобина Е.М. – общий дизайн исследования, анализ и описание результатов исследования. Гордиевская Е.О., Рябцев М.В. – сбор данных, анализ и написание статьи.

ABOUT THE COMPETENCES OF SPECIALISTS PROVIDING ASSISTIVE SERVICES WITH ACCOMPANIED LIVING

Starobina E.M., Gordievskaya E.O., Ryabtsev M.V.

Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Saint Petersburg, Russia

Abstract. *The article is devoted to the actual problem of determining the content of the competencies of specialists providing assistive services in the implementation of measures for the accompanied accommodation of disabled people, including people with mental disabilities. The competencies determined in the course of the study will form the basis for the formulation of requirements for the content of professional development programs, which will contribute to the growth of the qualification level of the personnel potential involved in the implementation of measures to support disabled people in accordance with the provisions of the Concept of development in the Russian Federation of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of persons with disabilities, including children with disabilities, for the period up to 2025.*

Key words: *assistive services, competencies, disabled person, assisted living, living arrangements.*

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Starobina Elena Mikhailovna, address: 195067 St. Petersburg, st. Bestuzhevskaya d. 50; phone: 8 (812) 543-99-74; ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1820-9307>; eLibrary SPIN: 7199-0037, e-mail: estarobina@yandex.ru

Gordievskaya Elena Olegovna, address: 195067 St. Petersburg, st. Bestuzhevskaya d. 50; phone: 8 (812) 543-99-74; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7617-298X>; eLibrary SPIN: 3628-1726, e-mail: gordik33@mail.ru

Ryabtsev Mikhail Viktorovich, address: 195067 St. Petersburg, st. Bestuzhevskaya d. 50; phone: 8 (812) 543-99-74; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5564-6093>; eLibrary SPIN: 2490-5403; e-mail: ryabtcevmv@yandex.ru

Authors' contribution statement: Starobina E.M. – overall design of the study, analysis and description of the study results. Gordievskaya E.O., Ryabtsev M.V. – data collection, analysis and article writing.

Введение. Реализация мероприятий по сопровождаемому проживанию инвалидов как форма стационарозамещающей технологии, альтернативной проживанию в стационарной организации интернатного типа, предъявляет специфические требования к компетенциям специалистов, оказывающих ассистивные услуги. Как показывает анализ профессиональных стандартов соответствующих специалистов не все из них содержат компетенции, необходимые для оказания ассистивных услуг при сопровождаемом проживании, в том числе, лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения. Соответственно, разработка перечня компетенций специалистов, оказывающих ассистивные услуги в процессе сопровождаемого проживания, представляется важной и актуальной задачей в рамках реализации положений Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной

реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года [1] в части кадрового обеспечения процесса жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

Целью исследования явилась разработка перечня компетенций специалистов, оказывающих ассистивные услуги при реализации мероприятий по сопровождаемому проживанию инвалидов с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

Результаты работы были ориентированы на изменение действующих профессиональных стандартов специалистов, занятых в оказании ассистивных услуг в процессе сопровождаемого проживания, сопровождаемой трудовой деятельности, социальной занятости с учетом новых технологий жизнеустройства инвалидов и на разработку содержания программ для переподготовки и повышения квалификации этих специалистов в рамках комплексного плана мероприятий («дорожной карты») по жизнеустройству инвалидов с психическими расстройствами и расстройствами поведения (ментальными нарушениями).

Материалы и методы. Методология проведения исследования включала: осуществление информационного поиска и анализ требований к компетенциям специалистов, занятых в оказании ассистивных услуг в процессе сопровождаемого проживания, сопровождаемой трудовой деятельности, социальной занятости с учетом новых технологий жизнеустройства инвалидов с ментальными нарушениями, анализ и обобщение данных из информационных источников, имеющих профессиональных стандартов специалистов, задействованных в целевых мероприятиях.

Результаты. На первом этапе исследования был проведен анализ термина «ассистивные услуги». В нормативных актах, а также в литературе употребляется словосочетание «Ассистивные технологии» - (англ. «assistive technology», от англ. assist) - помогать, содействовать, ассистировать) или помогающие/вспомогательные технологии. Согласно определению ЮНЕСКО, ассистивные (вспомогательные) технологии - это устройства, продукты, оборудование, программное обеспечение или услуги, направленные на усиление, поддержку или улучшение функциональных возможностей людей с ограниченными возможностями здоровья [2].

Термин «ассистивные технологии» используется в Конвенции ООН о правах инвалидов [3], в Государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» (Постановление Правительства Российской Федерации от 29 марта 2019 года № 363 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» (с изменениями на 10 ноября 2022 года)) и др. документах и регламентах.

В Конвенции о правах инвалидов и принятых ООН Стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов подчеркивается важность ассистивных средств [3, 4]. Положения п. «а» и «б» ст. 19 Конвенции обязывают ее участников принимать эффективные и надлежащие меры для того, чтобы содействовать полному включению инвалидов в местное сообщество, в том числе обеспечивая, чтобы инвалиды:

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

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

Анализ норм действующего законодательства позволяет сделать вывод о том, что под вспомогательными услугами при сопровождаемом проживании инвалидов в рамках исполнения обязательств, предусмотренных положениями п. «b» ст. 19 Конвенции о правах инвалидов, с правовой точки зрения следует понимать действия социальных помощников и иных лиц по оказанию постоянной, периодической, разовой помощи инвалиду в целях обеспечения доступа к предоставлению разного рода услуг, оказываемых в муниципальном образовании по месту жительства, включая персональную помощь, необходимую для включения инвалида в жизнедеятельность соответствующего муниципального образования. [5].

В ходе проведенного исследования было выявлено, что ассистивные услуги инвалидам, которым организовано сопровождаемое проживание, оказывают следующие специалисты: социальные работники, специалисты по социальной работе, ассистенты-помощники по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья, другие специалисты в сфере социального обслуживания организации, предоставляющей услуги по сопровождаемому проживанию. Изучение обязанностей этих специалистов позволило конкретизировать основные направления персональной помощи - персональная помощь инвалидам в передвижении, получении информации, ориентации и коммуникации, в том числе при обучении, осуществлении трудовой деятельности, а также при получении социальных услуг и услуг по комплексной реабилитации и абилитации, а также содержание компетенций специалистов, по каждому из направлений.

При оказании персональной помощи при передвижении инвалида специалист должен реализовывать следующие компетенции:

1. организация сопровождения инвалидов к социальным объектам, местам реабилитации, лечения, обучения, спортивным объектам и объектам культурного назначения и проведения досуга;
2. персональная помощь при использовании пассажирского транспорта;
3. помощь инвалиду, имеющему выраженные, значительно выраженные ограничения в передвижении на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктуры, при входе в такие объекты и выходе из них, посадке в транспортное средство и высадке из него, в том числе с использованием кресла-коляски;
4. обеспечение доступа на объекты социальной, инженерной и транспортной инфраструктуры, к месту отдыха и предоставляемым в нем услугам;
5. оказание необходимой технической помощи инвалидам по преодолению имеющихся препятствий на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктуры.

При получении инвалидом информации оказывается персональная помощь в получении информации в доступном виде; в передаче информации в доступном виде; в уяснении порядка предоставления и получения услуги; в оформлении документов.

При ориентации инвалида оказывается персональная помощь в ориентации в помещении, в городской среде с учетом нарушенных функций, в т. ч. с помощью технических средств реабилитации; в процессе выполнения повседневного распорядка; при приобретении товаров и услуг; осуществляется проведение инструктажа по вопросам соблюдения правил поведения в процессе посещения объектов социальной, инженерной и транспортной инфраструктуры, мест отдыха и получения услуг, принятие мер по урегулированию чрезвычайных ситуаций, возникающих при их сопровождении к месту назначения, месту проведения различных мероприятий, а также к месту постоянного проживания.

При коммуникации, осуществляемой инвалидом, в том числе - при обучении, персональная помощь включает:

- содействие межличностной коммуникации, включая помощь во вступлении в общение, в следовании установленным нормам и правилам общения, в донесении собеседнику той информации, которую нужно донести; в процессе формальных взаимоотношений в различных службах;
- помощь в общении с использованием средств связи;
- обеспечение этических и деонтологических норм взаимодействия с инвалидами;
- оказание технической помощи в части получения информации и ориентации при обучении;
- оказание технической помощи в обеспечении коммуникации, в том числе с использованием коммуникативных устройств, планшетов, средств альтернативной коммуникации;
- оказание помощи в использовании технических средств реабилитации (изделий) и обучения;
- оказание помощи в ведении записей, приведении в порядок учебного места и подготовке необходимых принадлежностей;
- оказание помощи в соблюдении санитарно-гигиенических требований обучающимся.

При осуществлении инвалидом трудовой деятельности при оказании персональной помощи специалист осуществляет:

- содействие созданию условий для труда инвалидов, для их отдыха и питания во время перерывов;
- сопровождение/помощь в процессе освоения вида выбранной деятельности, норм и правил взаимоотношений, социального взаимодействия, в социально-средовой ориентации;
- оказание помощи при выполнении трудовой деятельности;
- оказание необходимой помощи в одевании, раздевании, смене абсорбирующего белья, при посещении туалета, в приеме пищи во время рабочего дня;
- помощь при передвижении по территории работодателя;
- индивидуальная помощь в процессе взаимодействия инвалида с работодателем и трудовым коллективом;

- содействие в производственной коммуникации, во взаимоотношениях с руководством, с членами трудового коллектива;
- формирование пути передвижения инвалида до места работы и обратно и по территории работодателя, сопровождение при необходимости до рабочего места и обратно.

При получении инвалидом социальных услуг и услуг по комплексной реабилитации и абилитации:

- обеспечение сопровождения в соответствии с индивидуальной программой социального обслуживания на объекты социальной, инженерной и транспортной инфраструктуры, к месту отдыха и предоставляемым услугам;
- представление интересов инвалидов при решении спорных и неурегулированных вопросов при организации медицинского, реабилитационного и социального обслуживания, при получении социальных услуг и услуг по комплексной реабилитации и абилитации;
- консультирование и мотивирование на выполнение ИПРА;
- помощь в подборе реабилитационных организаций, формировании оптимального реабилитационного (абилитационного) маршрута;
- помощь в получении интерактивной индивидуальной информационной поддержки при реализации реабилитационного (абилитационного) маршрута,
- содействие в координации предоставления реабилитационных (абилитационных) услуг разными поставщиками,
- мониторинг соответствия получаемых услуг реабилитационным потребностям инвалида;
- персональная техническая помощь при получении социальных услуг и услуг по комплексной реабилитации и абилитации;
- помощь в осуществлении самообслуживания, в выполнении гигиенических процедур, в одевании/ раздевании, при посещении туалета, при передвижении, в приеме пищи при получении социальных услуг и услуг по комплексной реабилитации и абилитации;
- помощь при передвижении по территории реабилитационной организации;
- индивидуальная помощь в процессе взаимодействия инвалида со специалистами;
- формирование пути передвижения инвалида до места предоставления услуг и обратно и по территории реабилитационной организации.

Заключение. Проведенное исследование позволяет включить перечень актуальных компетенций в разрабатываемые и уже существующие (с целью их коррекции в соответствии с новыми функциями специалистов по сопровождению) профессиональные стандарты специалистов. Результаты проведенного исследования явятся научно обоснованной базой формулировки требований к содержанию и условиям труда, квалификации и компетенциям специалистов, оказывающих ассистивные услуги, персональную помощь инвалидам в процессе сопровождаемого проживания. Это позволит научно обоснованно подходить к разработке программ повышения квалификации этих специалистов для формирования у них новых компетенций по оказанию ассистивных услуг и будет способство-

вать росту квалификационного уровня кадрового потенциала, и, в итоге – к повышению эффективности и результативности реабилитационных мероприятий, сопровождаемого проживания и жизнеустройства инвалидов с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

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

The authors declare no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года. – URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/kontsepsia>. – URL: (ссылка активна на 11.07.2023г.)
2. Ассистивные технологии. Сайт ВОЗ. – URL: https://www.who.int/ru/health-topics/assistive-technology/3#tab=tab_1 (ссылка активна на 13.07.2023г.)
3. Конвенции и соглашения. Конвенция о правах инвалидов. – URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (ссылка активна на 13.07.2023г.)
4. Организация Объединенных Наций. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/1901913> (ссылка активна на 13.07.2023г.)
5. Радута В.И., Свинцов А.А., Шестаков В.П. Правовые аспекты определения понятия «вспомогательные услуги при сопровождаемом проживании инвалидов» // «Социальное и пенсионное право», 2020, N4.- С.45-49

REFERENCES:

1. Konceptsiya razvitiya v Rossijskoj Federacii sistemy kompleksnoj rehabilitacii i abilitacii lic s invalidnost'yu, v tom chisle detej s invalidnost'yu, na period do 2025 goda. – URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/kontsepsia> (In Russ.). – URL: (ssylka aktivna na 11.07.2023g.)
2. Assistivnye tekhnologii. Sajt VOZ. – URL: https://www.who.int/ru/health-topics/assistive-technology/3#tab=tab_1 (In Russ.) (ssylka aktivna na 13.07.2023g.)
3. Konvencii i soglasheniya. Konvenciya o pravah invalidov. – URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (In Russ.) (ssylka aktivna na 13.07.2023g.)
4. Organizaciya Ob»edinennyh Nacij. Standartnye pravila obespecheniya ravnyh vozmozhnostej dlya invalidov. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/1901913> (In Russ.) (ssylka aktivna na 13.07.2023g.)
5. Raduto V.I., Svincov A.A., Shestakov V.P. Pravovye aspekty opredeleniya ponyatiya «vspomogatel'nye uslugi pri soprovozhdhaemom prozhivanii invalidov» // «Social'noe i pensionnoe pravo», 2020, N4.- S.45-49 (In Russ.)

УДК 376

ИННОВАЦИОННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ В ОБЛАСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ

Лебедева С.С., Платонова Ю.Ю.

ГАОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы», Санкт-Петербург, Россия

Аннотация. *Современные вызовы VUCA-мира, требующие активности личности, антидискриминационных мер по отношению к людям с инвалидностью, создание для них инклюзивной среды, способствующей их духовно-нравственному, образовательному, профессиональному и общественному развитию в процессе реабилитации, актуализируют вопросы профессиональной подготовки кадров, среди которых чрезвычайно значимое место занимает специальность по социальной работе. Компетентность этих специалистов строится на научной базе, на общепрофессиональных дисциплинах, а также дисциплинах, связанных непосредственно с выполнением профессиональных функций. Одновременно реализуется ряд программ, непосредственно связанных с проблемами реабилитации лиц с инвалидностью. Так, в Санкт-Петербургском государственном институте психологии и социальной работы за период с 2020 по 2022 год были реализованы следующие программы повышения квалификации «Социальная поддержка и социальное обслуживание детей – инвалидов», «Организация и способы осуществления социально-реабилитационных мероприятий для инвалидов в рамках формирования региональной системы комплексной реабилитации и абилитации граждан пожилого возраста», «Средства альтернативной и дополнительной коммуникации в социальном обслуживании детей-инвалидов и детей с ОВЗ» объёмом 72 часа. Всегда за указанный период на программах обучилось более 380 слушателей, при этом часть программ была реализована в смешанном цифровом формате.*

Развитие профессиональной деятельности и профессионального творчества в области реабилитации людей с инвалидностью осуществляются в условиях учета следующих обстоятельств: постоянно обновляющейся нормативно-правовой базы, развития теории и практики реабилитационного процесса с учетом нозологических и возрастных групп инвалидов и лиц с ОВЗ, развития институализации, появления новых социально-реабилитационных, реабилитационно-образовательных структур, расширения спектра реабилитационных технологий, повышения значимости ресурсных центров, реализующих инновационные проекты по повышению профессионального мастерства специалистов в области реабилитации лиц с инвалидностью, использования потенциала цифровой цивилизации в процессе реализации актуальных программ по комплексной реабилитации инвалидов.

Авторы обосновывают ряд актуальных направлений по совершенствованию формального и неформального образования специалистов социальной сферы, способствующих созданию инклюзивного социума.

Ключевые слова: реабилитация, специалисты по социальной работе, инклюзивный социум, социально-реабилитационные учреждения, цифровые технологии.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Лебедева Светлана Соломоновна, д-р.пед.наук, профессор; адрес: 199397 г. Санкт-Петербург, 12 линия В.О. д 13 литер А; <https://orcid.org/0000-0002-6811-0789>; eLibrary SPIN: 1417-2631; e-mail: lebedevalanna@mail.ru

Платонова Юлия Юрьевна, канд.пед.наук, доцент; адрес: 199397 г. Санкт-Петербург, 12 линия В.О. д 13 литер А; <https://orcid.org/0000-0002-6188-4140>, SPIN-код: 2788-1162; e-mail: y-platonova78@mail.ru

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

INNOVATIVE AREAS OF TRAINING OF SOCIAL SPHERE SPECIALISTS IN THE FIELD OF REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE IN THE CONDITIONS OF DIGITAL CIVILIZATION

Lebedeva S.S., Platonova Yu.Yu.

GAOU HPE «St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work», Saint Petersburg, Russia

Abstract. *The modern challenges of the VUCA world, which require personal activity, anti-discrimination measures against people with disabilities, the creation of an inclusive environment for them that promotes their spiritual, moral, educational, professional and social development in the process of rehabilitation, actualize the issues of professional training, among which the specialty of social work occupies an extremely significant place. The competence of these specialists is based on a scientific basis, on general professional disciplines, as well as disciplines directly related to the performance of professional functions. At the same time, a number of programs are being implemented that are directly related to the problems of rehabilitation of persons with disabilities. Thus, in the period from 2020 to 2022, the St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work implemented the following professional development programs "Social support and social services for disabled children", "Organization and methods of implementing social rehabilitation measures for disabled people within the framework of the formation of a regional system of comprehensive rehabilitation and habilitation of elderly citizens", "Means of alternative and additional communication in the social care of disabled children and children with disabilities" volume 72 hours. Always during the specified period, more than 380 students studied at the programs, while some of the programs were implemented in a mixed digital format.*

The development of professional activity and professional creativity in the field of rehabilitation of people with disabilities is carried out taking into account the following circumstances: the constantly updated regulatory framework, the development of the theory and practice of the rehabilitation process taking into account the nosological and age groups of disabled people and persons with disabilities, the development of institutionalization, the emergence of new social rehabilitation, rehabilitation and educational structures, the expansion of the spectrum rehabilitation technologies, increasing the importance of resource centers, implementing innovative projects to improve the professional skills of specialists in the field of rehabilitation of persons with disabilities, using the potential of digital civilization in the process of implement-

ing relevant programs for the comprehensive rehabilitation of disabled people.

The authors substantiate a number of relevant directions for improving the formal and informal education of social sphere specialists, contributing to the creation of an inclusive society.

Keywords: *rehabilitation, social work specialists, inclusive society, social rehabilitation institutions, digital technologies.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Lebedeva Svetlana Solomonovna, PhD, Professor; address: 199397, St. Petersburg, 12, V.O. D. 13 letter A; <https://orcid.org/0000-0002-6811-0789>; Electronic library number: 1417-2631,; e-mail: lebedevalanna@mail.ru

Platonova Yulia Vladimirovna, Candidate of Pedagogical Sciences, address: 199397, St. Petersburg, 12, V.O. D. 13 letter A; <https://orcid.org/0000-0002-6188-4140>, SPIN code: 2788-1162; email: y-platonova78@mail.ru

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

Введение

Подготовка специалистов социальной сферы, занимающихся проблемами реабилитации лиц с инвалидностью, должна опираться на ряд приоритетов:

- онтологические вызовы VUCA-мира, требующие повышения значимости и активности деятельности всех социальных групп общества, предполагающие кооперацию, коммуникацию, критическое мышление;
- обращение к предназначению человека и его развитию в XXI веке, интенции целостности, самореализации личности в проблемном поле социального взаимодействия (В.Г. Горшкова);
- рассмотрение человека с инвалидностью как субъекта образования, что предполагает обращение к теории непрерывного образования взрослых, опоры на традиции научной школы Б.Г. Ананьева, классических и новых научных школ в области образования населения;
- усиление целей и ценностей образования, с дальнейшей разработкой механизмов их трансляции в мировую культуру (принципы независимости жизни людей с инвалидностью, факторы, способствующие развитию творчества, преодоление средовых, информационных и других барьеров);
- усиление информационной доступности среды для лиц с инвалидностью в соответствии с национальными стандартами (программа «Доступная среда»);
- создание условий для развития формального, неформального и информального образования, где значимость неформального и информального образования постоянно увеличивается, что подтверждается ростом тенденций к выбору личностно-ориентированного подхода в общей системе социокультурного развития человека[2];
- развитие институционализации образования для людей с инвалидностью, наряду с идеей реализации приоритетов инклюзии, создание новых форм интеграции образования в связи с использованием межотраслевых, междисциплинарных подходов,

при осуществлении поддержки и сопровождение лиц с инвалидностью;

- усиление взаимосвязи государственных и негосударственных структур в области межведомственного обеспечения услугами, и средствами поддержки, сопровождения лиц с инвалидностью в условиях использования ими ресурсов сетевой образовательной среды и потенциала цифровизации.

В связи с тем, что люди с инвалидностью пользуются социальным обслуживанием на основании ФЗ №442, их сопровождение осуществляется в процессе реализации программы «Цифровизация социальной сферы». В соответствии с ней предусмотрено действие федеральных сервисов «Модернизация государственной службы занятости населения», «Единая цифровая платформа в социальной сфере», «Единый контакт-центр» и др.[3].

Названные программы поднимают уровень интеграционного потенциала работы с лицами, имеющими инвалидность, и остро ставят вопрос о целенаправленной, систематической работе в области цифровизации образования.

В целостной системе непрерывного образования населения в настоящее время успешно развивается система общего и специального образования, которая необходима для определенных категорий людей с инвалидностью в соответствии с постоянно растущими современными требованиями. Как известно эта система обладает чертами, включающими в себя компенсаторные механизмы, наиболее значимыми из которых выступают следующие:

- содержательная и технологическая направленность на реализацию целостного процесса обучения лиц с инвалидностью;
- формирование комплексной направленности в процессе социализации людей с инвалидностью, путем обеспечения содержательных связей учреждений образования, социально-реабилитационных центров, структур медико-социальной экспертизы, системы социальной защиты, учреждений дополнительных форм образования и культуры, профессиональных центров и служб занятости;
- учет комплекса индивидуальных особенностей и возможностей обучающихся в условиях, предполагающих взаимодействия с коллективами разных уровней как по вертикали, так и по горизонтали в условиях учебного заведения, что способствует формированию инклюзивного потенциала обучающихся;
- создание пространств развития учебного заведения на идеях инклюзии с привлечением ресурсов города в целях духовно-нравственного, оздоровительного, социокультурного, профессионального потенциала обучающихся.

Процесс реабилитации людей с инвалидностью и их дальнейшая интеграция в общество во многом зависит от профессионального мастерства специалистов социальной сферы. Их влияние на группы отдельных людей с инвалидностью связано с их умением организовывать стратегические компетенции в процессе использования межведомственного подхода. Он помогает создать реабилитационный социум, в дальнейшем влияющий на интеграцию людей с инвалидностью в современное общество.

Выпускник, имеющий статус специалиста по социальной работе, в соответствии с учебным планом вуза должен владеть общими компетенциями в области организации и проведения профессиональной деятельности, связанной с реабилитацией людей с инвалидностью.

Однако практическая работа в конкретном социальном, социально-образовательном, социально-реабилитационном и другого вида учреждений или общественных организаций в зависимости от их целей, составляет получателей социальных услуг лиц, нуждающихся в консультациях, требует дополнительных компетенций от специалистов. Они связаны с умением владеть традиционными и инновационными технологиями, использовать цифровой формат, решать нестандартные ситуации, проявляя творчество, профессиональное мастерство, нравственные и волевые усилия для решения реабилитационных проблем.

Активизация общественных сил с начала 90х годов XX века проявила большой интерес к проблеме реабилитации инвалидов. Антидискриминационная политика рассматривала проблему в связи с такими проблемами как образование, социально-культурная деятельность, интеграция инвалидов в общество.

Проблемами реабилитации занималась большая группа ученых в связи с организацией детско-юношеского образования (С.Ю. Ильина, В.З. Кантор, О.Н. Красильникова, Г.Н. Никулина, И.В. Прищепова и др.). Проблемами реабилитации инвалидов трудоспособного возраста в связи с профессиональным образованием занимались И.П. Волкова, Г.Г. Иванова, Г.Н. Пенин, И.В. Мюллер, Г.Б. Рачина, Е.М. Старобина, а в связи с социально-культурной деятельностью – А.З. Свердлов. Инвалиды пожилого возраста в процессе реабилитации рассматриваются в трудах С.М. Безух, Г.Г. Горшковой, С.С. Лебедевой, Н.П. Литвиновой, Л.А. Радкевича, Е.И. Холостовой и др.

Большой массив публикаций был посвящен инвалидам с проблемами зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата и т.д.

Профессиональная деятельность специалистов по социальной работе во многом зависит от того, как он «вписался» в пространство учреждения или организации, как может соотнести личные интересы и приоритеты с развивающейся системой реабилитационной деятельности. Остро стоит вопрос, как за счет цифровых технологий может расшириться образовательное, социально-культурное поле реабилитации. Какую бы должность не исполнял специалист по социальной работе, ему необходимо сконцентрироваться на реабилитационном аспекте выполняемых им функций.

Работа в учреждениях, подведомственных Комитету по социальной политике, требует знаний специфики работы с разными возрастными группами инвалидов в социально-реабилитационных учреждениях. Для детей-инвалидов открыты в каждом районе социально-реабилитационные центры, реализующие широкий спектр реабилитационных программ в процессе комплексного обслуживания. Важное место занимает налаживание стратегических направлений с учреждениями образования, здравоохранения, культуры и других, каждое из которых вносит свой вклад в развитие реабилитационного потенциала получателя социальных услуг.

Инвалиды трудоспособного возраста пользуются услугами социально-реабилитационных центров, оснащенные новейшими технологиями. Они активно используют цифровой стандарт при реализации образовательных профессионально-ориентированных программ.

Инвалиды пенсионного возраста получают социальные услуги во всех отделениях КЦСОН, но с преобладанием таких отделений, как социально-реабилитационные, времен-

ного проживания, социального обслуживания на дому, а также пользуются специализированными отделениями социально-медицинского обслуживания на дому. Именно эти отделения предоставляют долговременный уход, используя широкий спектр ассистивных и компенсаторных технологий[2].

В эпоху социальной неопределенности широкий круг функциональных обязанностей специалиста по социальной работе значительно раздвигается и предполагает в условиях цифровой цивилизации дополнительных каналов информационного межведомственного характера, что требует высокого уровня ее осмысления. Именно это отражается на качестве практической деятельности по реабилитации лиц с инвалидностью.

Цель: анализ содержания образования специалистов по социальной работе в аспекте подготовки к реабилитационной деятельности с инвалидами и обоснование инновационных направлений этой подготовки в области реабилитации инвалидов в условиях цифровой цивилизации.

Методология и методы исследования. Проблема подготовки специалистов социальной сферы в аспекте реабилитационной деятельности рассматривается в русле социально-образовательного подхода, предполагающего необходимость интеграции инвалидов в социуме. Ставится вопрос о необходимости образования специалистов социальной сферы, учитывающего новую реальность.

Контент-анализ массива 1591 публикаций, статей, издаваемых в сборниках по результатам научно-практических конференций с 1994 по 2022 гг. на базе Института образования взрослых РАО, Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы, РГПУ им. А.И. Герцена при участии ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России и других учреждений, организаций города.

Контент-анализ программ подготовки специалистов социальной сферы в системе формального и неформального образования, с учетом программ, направленных на реабилитацию инвалидов, способствующую их дальнейшей интеграции в социуме, в системе дополнительного образования.

Результаты. Содержание получаемого формального образования специалистов социальной сферы в области решения проблем реабилитации инвалидов на данный момент недостаточно. Однако решение этих проблем за счет введения новых курсов представляется неперспективным. Прежде всего, необходимо четко на научной основе определить границы содержания, необходимого для организации процесса реабилитации инвалидов, разработать модель этой деятельности в социально-реабилитационных центрах. Важным представляется определение степени участия специалистов по социальной работе в этом процессе с учетом общих задач учреждения и контингента получателя социальных услуг.

В настоящее время актуализируется необходимость более глубокого изучения опыта как традиционных, так и инновационных социально-реабилитационных и отраслевых учреждений, обслуживающих инвалидов детско-юношеского возраста; инвалидов трудоспособного возраста с ориентацией их подготовки с учетом личных возможностей к образовательной, социально-культурной и профессиональной деятельности; инвалидов старших возрастных групп в процессе реализации реабилитационных программ «Активное долго-

летие» и «Долговременный уход»[1].

Исследование показало, что целесообразно увеличить временные границы организации практики студентов по изучению опыта реабилитации инвалидов разных категорий, получающих услуги в социально-реабилитационных центрах на основе специальной программы исследования. Опираясь на информационно-коммуникационные технологии (видеозаписи, видео просмотры и тд.).

Необходимо расширение опыта проведения студенческих конференций по результатам практики и их трансляции с предоставлением конкретных материалов в цифровом формате, анализирующие разные модели реабилитационного процесса с основными группами получателей социальных услуг.

Учитывая рост инновационных оздоровительных, образовательных, социокультурных и других технологий, необходимо создать цикл программ, включающих занятия, посвященных ознакомлению с инновационными технологиями с целью их дальнейшего использования. Безусловно такие занятия могут быть организованы в рамках неформального образования в условиях факультета дополнительного образования.

Высокий интерес к инновационной деятельности как среди преподавателей, так и специалистов социальной сферы и людей с инвалидностью целесообразно рассмотреть через спектр направлений, связанных с реабилитационной деятельностью для развития людей с инвалидностью и обеспечить их трансляцию в широком научном и социальном поле и на разных платформах. Как нам представляется, такие инициативы могут способствовать развитию инклюзивного социума.

Принимая во внимание потребности к дискуссиям среди студентов, преподавателей, специалистов социальной сферы, целесообразно широкое обсуждение актуальных проблем, необходимо продолжать опыт проведения научно-практических конференций с последующей публикацией докладов на актуальные темы. Тем самым создать дискуссионную платформу по вопросам, которые интересуют как самих людей с инвалидностью, так и преподавателей, социальных работников, специалистов, осуществляющих обучение и сопровождение этих социальных групп.

Предлагается объявить конкурс на создание проектов организации реабилитационной деятельности межведомственного характера для разных групп людей с инвалидностью и их семей на базе государственных и негосударственных учреждений с участием специалистов социальной сферы и педагогических работников.

Заключение. В общей системе работы города по интеграции людей с инвалидностью в социуме СПбГИПСР ставит перед собой задачу повышения качества подготовки специалистов социальной сферы за счет разработки актуальных направлений, способствующих реабилитации различных групп инвалидов. Развитие теории и практики деятельности в области реабилитации с учетом цифровой образовательной среды может повысить уровень интегрированности социальной группы инвалидов в формирующийся инклюзивный социум.

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

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Инновации в образовании и социальном обслуживании инвалидов и лиц пожилого возраста в процессе их реабилитации в условиях социальной неопределенности /Под ред. д-ра пед. наук С.С. Лебедева – СПб.: СПбГИПСР, 2022.- 146 с.
2. Лебедева С.С., Резинкина Л.В., Кудрявцева М.Е., Куликова Е.А. Инклюзивные процессы в системе непрерывного образования лиц с инвалидностью // Человек и образование. 2020. № 4(65). С. 50-46.
3. Платонова, Ю. Ю. Формирование программ подготовки социальных работников в области формирования доступной среды для лиц с инвалидностью / Ю. Ю. Платонова // Социолог: образование и профессиональные траектории: материалы Всероссийской научной конференции XV Ковалевские чтения, Санкт-Петербург, 25–27 ноября 2021 года. – Санкт-Петербург: ООО «Скифия-принт», 2021. – С. 660-662.

УДК 616-08-039.11+616.082

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЮ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ) В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Шабанова О.А., Ишутина И.С., Сокуров А.В.

ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Согласно приказам Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 октября 2019 г. № 878н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей», а также от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» специалистам медицинских организаций, оказывающих услуги по медицинской реабилитации, необходимо использовать Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в практической деятельности.

Цель. Своевременное обучение специалистов сферы здравоохранения применению МКФ [1] в медицинской реабилитации детей и взрослых позволит качественно проводить диагностику исходного реабилитационного статуса, формировать цели проведения реабилитационных мероприятий, составлять индивидуальный план медицинской реабилитации, правильно устанавливать реабилитационный диагноз, который формулируется на основании врачебного заключения о выраженности патологических нарушений, основанного на всесторонней диагностике функционирующих систем организма, выраженного в принятой терминологии МКФ любого уровня детализации, в том числе с применением базового набора МКФ, описывающей все компоненты здоровья и ограничений жизнедеятельности, дополнительно к имеющемуся клиническому диагнозу. Обучение применению МКФ в реабилитационной практике необходимо также и для оценки реабилитационного потенциала, реабилитационного статуса и реабилитационного прогноза.

Материалы и методы. В целях повышения квалификации врачей разработана дополнительная профессиональная образовательная программа для специалистов сферы здравоохранения «Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в реабилитационной практике» (72 часа) и учебное пособие «Методика применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при установке реабилитационного диагноза».

Результаты. Учитывая требования приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации, специалистами ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России (Центр) разработана дополнительная профессиональная образовательная программа повышения квалификации для специалистов сферы здравоохранения «При-

менение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в реабилитационной практике», целью реализации которой является качественное изменение профессиональных компетенций, необходимых для применения МКФ в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации. Также специалистами Центра опубликовано учебное пособие «Методика применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при установке реабилитационного диагноза», что позволит освоить и усовершенствовать компетенции, необходимые для реабилитации пациентов.

Заключение. Введение в программу обучения врачей циклов повышения квалификации по применению МКФ в медицинской реабилитации детей и взрослых продекларировано приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 октября 2019 г. № 878н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей» и от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» и позволяет совершенствовать профессиональные компетенции, соответствующие требованиям квалификационной характеристики врача, участвующего в медицинской реабилитации пациентов.

Ключевые слова: международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), медицинская реабилитация, обучение специалистов сферы здравоохранения.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Шабанова Оксана Антоновна, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела медицинского обеспечения ранней помощи и сопровождения Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России; адрес: 195067 г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская ул., д. 50; <https://orcid.org/0000-0002-8019-8963>; Researcher ID: O-3246-2014; eLibrary SPIN-код: 3085-5255; e-mail: expert-oksana@mail.ru.

Ишутина Инна Сергеевна, к.м.н., руководитель отдела медицинского обеспечения ранней помощи и сопровождения Института реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. E-mail: in.ishutina@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-6640-904X SPIN-код: 3433-3029, AuthorID: 625297

Сокуров Андрей Владимирович, доктор медицинских наук, директор Института дополнительного профессионального образования ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Бестужевская ул., д. 50, Санкт-Петербург, 195067, Российская Федерация; <https://orcid.org/0000-0002-3736-2895>; e-mail: ansokurov@yandex.ru

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

ORGANIZATION OF TRAINING FOR HEALTH PROFESSIONALS IN THE APPLICATION OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF) IN THE MEDICAL REHABILITATION OF CHILDREN AND ADULTS

Shabanova O.A., Ishutina I.S., Sokurov A.V.

Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Saint Petersburg, Russia

Abstract

Background. *According to the orders of the Ministry of Health of the Russian Federation of October 23, 2019 No. 878n "On approval of the Procedure for organizing medical rehabilitation of children", as well as of July 31, 2020 No. 788n "On approval of the Procedure for organizing medical rehabilitation of adults" to the attending physicians of medical organizations providing medical rehabilitation, it is necessary to be able to use the International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF) in practice.*

Aim. *Timely training of healthcare professionals in the use of the ICF in the medical rehabilitation of children and adults will make it possible to qualitatively diagnose the initial rehabilitation status, form the goals of rehabilitation activities, draw up an individual medical rehabilitation plan, correctly establish a rehabilitation diagnosis, which is formulated on the basis of a medical opinion on the severity of pathological disorders, based on a comprehensive diagnosis of functioning body systems, expressed in the accepted terminology of the ICF of any level of detail including using the basic set of the ICF, which describes all the components of health and disability, in addition to the existing clinical diagnosis. Training in the application of the ICF in rehabilitation practice is also necessary for assessing the rehabilitation potential, rehabilitation status and rehabilitation prognosis.*

Materials and methods. *In order to improve the qualifications of doctors, an additional professional educational program has been developed for healthcare professionals with higher medical education "Application of the International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF) in rehabilitation practice" (72 hours) and a training manual "Methodology for applying the International Classification of Functioning, Disabilities life and health when establishing a rehabilitation diagnosis.*

Results. *Taking into account the requirements of modern orders of the Ministry of Health of the Russian Federation, specialists of the Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation (Center) developed an additional professional educational program for advanced training for healthcare professionals with higher medical education "Application of the International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF) in rehabilitation practice", the purpose of which is a qualitative change in professional competencies, necessary for the qualitative use of the international classification of functioning in outpatient and inpatient medical rehabilitation. Also, the specialists of the Center published a training manual "Methodology for applying the International Classification of Functioning, Disabilities and Health in Rehabilitation Diagnosis", which will allow mastering and improving the competencies necessary for working in rehabilitation.*

Conclusion. *The introduction of advanced training cycles for the use of the ICF in the medical rehabilitation of children and adults into the training program for doctors was dictated by orders of the Ministry of Health of the Russian Federation dated October 23, 2019 No. 878n "On Approval of the Procedure for Organizing Medical Rehabilitation of Children" and dated July 31, 2020 No. 788n "On Approval of the Procedure for the Organization of Medical Rehabilita-*

tion of Adults" and allows to improve professional competencies that meet the requirements of the qualification characteristics of a doctor involved in the medical rehabilitation of patients.

Keywords: international classification of functioning, disability and health (ICF), medical rehabilitation, training of healthcare professionals.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

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

Ishutina Inna Sergeevna, Candidate of Medical Sciences, Head of the Department at Medical Support, Early care and Assistance, Institute of Rehabilitation and Habilitation of the Disabled, Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation. ORCID: 0000-0002-6640-904X; SPIN-код: 3433-3029, AuthorID: 625297; e-mail: in.ishutina@yandex.ru.

Sokurov Andrey Vladimirovich, Doctor of Medical Sciences, Director of the Institute of Additional Professional Education Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Bestuzhevskaya st., 50, St. Petersburg, 195067, Russian Federation; <https://orcid.org/0000-0002-3736-2895>; e-mail: ansokurov@yandex.ru

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

Введение. Лечащим врачам медицинских организаций, оказывающих медицинскую реабилитацию, необходимо уметь проводить диагностику исходного реабилитационного статуса (состояния функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья пациента, классифицированного МКФ), формировать цели проведения реабилитационных мероприятий, составлять индивидуальный план медицинской реабилитации, правильно устанавливать реабилитационный диагноз, который формулируется на основании врачебного заключения о выраженности патологических нарушений, основанного на всесторонней диагностике функционирующих систем организма, выраженного в принятой терминологии МКФ любого уровня детализации, в том числе с применением базового набора МКФ, описывающей все компоненты здоровья и ограничений жизнедеятельности, дополнительно к имеющемуся клиническому диагнозу. Обучение применению МКФ в реабилитационной практике необходимо также и для оценки реабилитационного потенциала, реабилитационного статуса и реабилитационного прогноза.

Цель исследования. Обоснование необходимости проведения циклов обучения по программе повышения квалификации для специалистов сферы здравоохранения с высшим медицинским образованием «Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в реабилитационной практике» (72 часа) и использования для практической деятельности учебного пособия «Методика применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при установке реабилитационного диагноза».

Материалы и методы исследования. В Приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 октября 2019 г. № 878н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей» обозначены критерии определения уровней курации пациентов, выраженными в терминологии Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Лечащим врачам медицинских организаций, оказывающих медицинскую реабилитацию, необходимо проводить оценку клинического состояния здоровья ребенка перед началом проведения медицинской реабилитации, оценку (диагностику) исходного реабилитационного статуса (состояния функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья ребенка, классифицированного МКФ), формировать цели проведения реабилитационных мероприятий и индивидуального плана медицинской реабилитации ребенка с учетом заключений специалистов мультидисциплинарной реабилитационной команды (МРК) по результатам их осмотров перед началом проведения медицинской реабилитации.

Также, немаловажно, правильно устанавливать реабилитационный диагноз ребенку, который формулируется на основании (врачебного заключения о выраженности патологических нарушений, основанного на всесторонней диагностике функционирующих систем организма, выраженного в принятой терминологии МКФ любого уровня детализации, в том числе с применением базового набора МКФ, описывающей все компоненты здоровья и ограничений жизнедеятельности), дополнительно к имеющемуся клиническому диагнозу в соответствии с Международной классификацией болезней десятого пересмотра (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 октября 2019 г. N 878н).

Обучение применению МКФ необходимо также и для оценки реабилитационного потенциала (показателя, оценивающего максимально возможный уровень восстановления или (и) компенсации нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности ребенка, в намеченный отрезок времени, с учетом индивидуальных резервов организма и компенсаторных возможностей ребенка, факторов риска возникновения осложнений и факторов среды обитания, ограничивающих (способствующих) проведение(ю) реабилитационных мероприятий, для оценки реабилитационного статуса ребенка в динамике с учетом заключений специалистов МРК, назначающих реабилитационные мероприятия, по результатам осмотра ребенка не реже 1 раза в неделю и по окончании курса медицинской реабилитации.

Оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий по окончании курса медицинской реабилитации с учетом заключений специалистов МРК, назначающих реабилитационные мероприятия, по результатам их осмотров ребенка по окончании курса медицинской реабилитации и оценка реабилитационного прогноза (вероятности реализации реабилитационного потенциала) по окончании курса медицинской реабилитации также требуют глубоких знаний применения МКФ в реабилитации.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» при реализации мероприятий по медицинской реабилитации на всех этапах мультидисциплинарной реабилитационной командой (МДРК) осуществляется оценка реабилитационного статуса пациента и его динамики. Для правильного установления реабилитационного диагноза, включающего характеристику состояния функционирования и ограниче-

ния жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия пациента), влияния факторов среды и личностных факторов на основе МКФ и его изменения в процессе проведения мероприятий по медицинской реабилитации необходимо своевременное обучение врачей применению МКФ в реабилитационной практике.

При обучении врачей особенностям работы с МКФ в реабилитации совершенствуются навыки проведения оценки реабилитационного потенциала, определяющего уровень максимально возможного восстановления пациента, навыки формирования целей и задач проведения реабилитационных мероприятий, оценки факторов риска и факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий.

На цикле обучения с врачами практически отрабатываются навыки формирования и реализации индивидуального плана медицинской реабилитации (ИПМР) и оценки эффективности реализованных в рамках ИПМР реабилитационных мероприятий, составления заключения (реабилитационного эпикриза), содержащего реабилитационный статус, реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, итоги реализации ИПМР с описанием достигнутой динамики в состоянии пациента, оценку по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента.

При переводе пациента из отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реаниматология», для продолжения лечения в отделение, оказывающее специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилям, в переводном эпикризе указываются реабилитационный диагноз (перечень кодов по МКФ), реабилитационный потенциал, перечень проведенных диагностических и реабилитационных мероприятий, их эффективность, показатель ШРМ, рекомендации о необходимости продолжения оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации с указанием условий ее оказания и целей (согласно пункту в редакции, введенной в действие с 20 декабря 2022 года приказом Минздрава России от 7 ноября 2022 года № 727н).

Результаты исследования. Учитывая требования современных приказов, специалистами ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России разработана дополнительная профессиональная образовательная программа повышения квалификации для специалистов сферы здравоохранения с высшим медицинским образованием «Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в реабилитационной практике» (72 часа), целью реализации которой является качественное изменение профессиональных компетенций, необходимых для качественного использования международной классификации функционирования в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации. Также специалистами Центра опубликовано учебное пособие «Методика применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при установке реабилитационного диагноза», использование которого поможет освоить и усовершенствовать компетенции, необходимые для работы в реабилитации. В данном учебном пособии раскрывается методика описания объективного статуса инвалида в процессе постановки реабилитационного диагноза с использованием категорий МКФ и оценки эффективности реабилитационных мероприятий, описан объективный статус пациента на основе определения индивидуального профиля имеющихся у него ограничений жизнедеятельности (на примере патологии органов дыхания).

Заключение. Введение в программу обучения врачей циклов повышения квалификации по применению МКФ в медицинской реабилитации детей и взрослых продиктовано приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 октября 2019 г. № 878н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей» и от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» и позволяет совершенствовать профессиональные компетенции (в т.ч. с использованием учебного пособия), соответствующие требованиям квалификационной характеристики врача, участвующего в медицинской реабилитации пациентов.

Источники финансирования. Исследование не имело спонсорской поддержки.

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

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА:

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья // Всемирная Организация Здравоохранения. - 2001, 342 с.

REFERENCES:

World health organization. International classification of functioning, disability and health: ICF. // – Geneva: WHO, – 2001, 342 p.

УДК 159.942.

О МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ СТРЕССЕ

Мурзина Т.Ф.

ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. В настоящее время вследствие пандемии коронавирусной инфекции и геополитической ситуации в стране обострилась актуальность проблемы профессионального выгорания, профессионального стресса у специалистов помогающих профессий. Профессионалы в области психотерапии и психологии разрабатывают и предлагают технологии оказания помощи лицам со стрессовыми расстройствами [1, 11]. Существует необходимость поиска новых подходов, дальнейшей разработки программ оказания помощи специалистам при профессиональном стрессе.

Цель. Создание системы оказания комплексной медико-психологической помощи работникам учреждений социальной сферы России при профессиональном стрессе.

Материалы и методы. В рамках совместной деятельности с международным холдингом «Евромедиа» на площадке журнала «Социальная защита в России» с 2018 года реализуется проект, нацеленный на создание в Российской Федерации системы медико-психологической помощи работникам социальной сферы при профессиональном стрессе. В рамках проекта проводятся Всероссийские научно-практические конференции с приглашением ведущих отраслевых экспертов, представителей Федеральных и региональных властей. Руководитель проекта – член редсовета журнала «Социальная защита в России», профессор Мурзина Т.Ф.

Профессиональные и социально-стрессовые факторы деятельности работников социальной сферы приводят к снижению эффективности их труда, ухудшению психического и физического здоровья [3-4]. Помощь лицам при профессиональным выгорании должна оказываться на трех уровнях: организационном, межличностном и индивидуальном. Организационный уровень включает оптимизацию обстановки на работе, улучшение условий труда, профессиональный подбор сотрудников, обучение персонала по вопросам профессионального выгорания и др. Помощь специалистам на межличностном и индивидуальном уровнях должна включать диагностику и лечение клинических проявлений, оптимизацию взаимоотношений с коллегами, выработку адаптивных форм поведения.

Нами разработана и с 2018 г. реализуется в отдельных субъектах Российской Федерации комплексная программа медико-психологической реабилитации специалистов социальной сферы при профессиональном стрессе [6-8]. Методы и методики, применяемые в программе, позволяют выявить и предотвратить возникновение профессионального выгорания, способствуют снижению степени его выраженности, уменьшению или исчезновению клинических проявлений [6].

Результаты. В ряде учреждений социальной защиты Российской Федерации проводятся мероприятия по профилактике профессионального выгорания работников. Но помощь при профессиональном выгорании должна быть не только профилактической,

т.к. это – зачастую лица с уже сформировавшимися последствиями профессионального стресса. Нами предложена модель организации комплексной медико-психологической помощи специалистам при профессиональном стрессе [7-8].

Заключение. При оказании помощи специалистам при профессиональном стрессе необходим комплекс медико-психологических и оздоровительных мер, реализуемых врачами (психиатрами, психотерапевтами), медицинскими психологами, специалистами в области физической и реабилитационной медицины. Нужна целенаправленная подготовка этих специалистов. Необходима разработка законодательных и нормативно-правовых актов по охране здоровья работников социальной сферы.

Ключевые слова: медико-психологическая реабилитация, профессиональный стресс.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ:

Мурзина Татьяна Феоктистовна, доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России; адрес: ул. Бестужевская, д.50, 195067 Санкт-Петербург, Россия; e-mail: tatianamurzina@yandex.ru

ABOUT MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF SPECIALISTS UNDER PROFESSIONAL STRESS

Murzina T.F.

Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Saint Petersburg, Russia

Abstract

Background. *Currently, due to the pandemic of coronavirus infection and the geopolitical situation in the country, the urgency of the problem of professional burnout, professional stress among specialists of helping professions has worsened. Professionals in the field of psychotherapy and psychology develop and offer technologies to help people with stress disorders [1, 11]. There is a need to search for new approaches, further development of programs to help specialists with professional stress.*

Aim. *Creation of a system for providing comprehensive medical and psychological assistance to employees of social institutions in Russia under professional stress.*

Materials and methods. *Within the framework of joint activities with the international holding "Euromedia", a project has been implemented on the site of the magazine "Social Protection in Russia" since 2018, aimed at creating a system of medical and psychological assistance in the Russian Federation for social workers under professional stress. Within the framework of the project, All-Russian scientific and practical conferences are held with the invitation of leading industry experts, representatives of Federal and regional authorities. The project manager is a member of the Editorial Board of the journal "Social Protection in Russia", Professor T.F. Murzina.*

Professional and socio-stressful factors of social workers' activities lead to a decrease in the efficiency of their work, deterioration of mental and physical health [3-4]. Assistance to persons with professional burnout should be provided at three levels: organizational, interpersonal and individual. The organizational level includes optimization of the work environment, improvement of working conditions, professional recruitment of employees, training of personnel on issues of professional burnout, etc. Assistance to specialists at the interpersonal and individual

levels should include diagnosis and treatment of clinical manifestations, optimization of relationships with colleagues, development of adaptive behaviors.

We have developed and, since 2018, are implementing in some regions of the Russian Federation a comprehensive program of medical and psychological rehabilitation of social sphere specialists under professional stress [6-8]. The methods and techniques used in the program make it possible to identify and prevent the occurrence of professional burnout, contribute to reducing its severity, reducing or disappearing clinical manifestations [6].

Results. In a number of social protection institutions of the Russian Federation, measures are being taken to prevent professional burnout of employees. But help with professional burnout should not only be preventive, because these are often people with already formed consequences of professional stress. We have proposed a model for the organization of comprehensive medical and psychological assistance to specialists under professional stress [7-8].

Conclusion. When providing assistance to specialists under professional stress, a complex of medical, psychological and wellness measures is needed, implemented by doctors (psychiatrists, psychotherapists), medical psychologists, specialists in the field of physical and rehabilitation medicine. We need targeted training of these specialists. It is necessary to develop legislative and regulatory legal acts on the protection of the health of social workers.

Keywords: *medical and psychological rehabilitation, occupational stress.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR:

Murzina Tatiana Feoktistovna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation; address: Bestuzhevskaya str., 50, 195067 St. Petersburg, Russia; e-mail: tatianamurzina@yandex.ru

Введение. В настоящее время вследствие пандемии коронавирусной инфекции и геополитической ситуации в стране особенно обострилась актуальность проблемы профессионального (эмоционального) выгорания работников помогающих коммуникативных профессий. В научно-образовательных учреждениях Российской Федерации проводятся исследования, специалисты в области психотерапии и психологии разрабатывают и предлагают технологии оказания помощи лицам, страдающим профессиональным выгоранием [1,11]. Существует необходимость поиска новых подходов, дальнейшей разработки программ профилактики и оказания помощи специалистам при профессиональном стрессе.

Цель исследования. Обоснование создания системы оказания комплексной медико-психологической помощи специалистам учреждений социальной сферы России при профессиональном стрессе.

Материалы и методы исследования. На протяжении нескольких лет в научно-практическом и педагогическом плане мы поднимаем актуальную проблему профессионального выгорания специалистов социальной сферы [3-8]. Обсуждение актуальных проблем профессионального выгорания специалистов социальной сферы по нашей инициативе началось в 2018 г. на площадке федерального информационно-аналитического журнала «Социальная защита в России» международного холдинга «ЕвроМедиа» во взаимодействии с отраслевыми комитетами Совета Федерации Российской Федерации и Государственной Думы России, Минтрудом России, ведущими отраслевыми экспертами, региональными

органами власти. За прошедший период в журнале «Социальная защита в России» был опубликован ряд статей, а также проведены Всероссийские онлайн-конференции и обучающие семинары по вопросам профессионального выгорания специалистов учреждений и организаций социальной сферы с приглашением ведущих отраслевых экспертов, представителей Федеральных и региональных властей.

В рамках нашей совместной деятельности с международным издательским холдингом «Евромедиа» на площадке журнала «Социальная защита в России» реализуется проект «Создание системы медико-психологической помощи работникам социальной сферы России при профессиональном стрессе». Руководитель проекта – член редакционного совета журнала «Социальная защита в России» профессор Мурзина Т.Ф.

При длительном психоэмоциональном стрессе у работников возникает дисфункциональное состояние, известное как синдром профессионального выгорания. При профессиональном выгорании наблюдаются нарушения психической и психофизиологической адаптации, которые проявляются снижением эффективности профессиональной деятельности, истощением эмоционально-энергетических и личностных ресурсов человека, дисфункцией межличностных контактов с коллегами и клиентами.

Негативные последствия длительных стрессовых воздействий профессиональной деятельности приводят к стойким расстройствам психического и соматического здоровья. Профессиональное выгорание характеризуется выраженным сочетанием симптомов нарушения в психической, соматической и социальной сферах жизни человека [3-4].

Помощь лицам при профессиональным выгорании должна оказываться на трех уровнях: организационном, межличностном и индивидуальном. Организационный уровень помощи специалистам включает оптимизацию обстановки на работе, улучшение условий труда, профессиональный подбор сотрудников, обучение персонала по вопросам профессионального выгорания и др. Законодательство в области охраны труда медработников предусматривает определенную продолжительность рабочего времени (постановление Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2003 г. № 101) и ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск за работу с вредными и опасными условиями труда для отдельных категорий работников» (постановление Правительства Российской Федерации от 6 июля 2013 г. № 482). К сожалению, учреждения социального обслуживания, где медицинские работники оказывает помощь инвалидам с тяжелыми заболеваниями, не являются медицинскими, а лишь учреждениями социального обслуживания. Установление мер социальной поддержки работников отнесены к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере социального обслуживания и осуществляются за счет средств региональных бюджетов (Ст. 8 ФЗ от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»).

Опыт проведения мероприятий (преимущественно психологами) по профилактике профессионального выгорания работников имеется в отдельных учреждениях социальной сферы. Но помощь при профессиональном выгорании должна быть не только профилактической, т.к. это – зачастую лица с уже сформировавшимися последствиями профессионального стресса. Помощь специалистам на межличностном и индивидуальном уровнях должна включать диагностику и лечение клинических проявлений, оптимизацию взаимоотношений с коллегами, выработку адаптивных форм поведения.

Нами разработана, апробирована и с 2018 г. реализуется в некоторых регионах Российской Федерации комплексная программа медико-психологической реабилитации специалистов учреждений социальной сферы при профессиональном стрессе [7-8]. Инновационность и ценность программы состоит в том, что она имеет практическую направленность и включает комплекс мероприятий по выявлению и предотвращению возникновения профессионального выгорания, достижению снижения степени его выраженности, уменьшению или исчезновению имеющихся клинических проявлений. В программе предусмотрена психологическая диагностика симптомов, стадий и уровня профессионального выгорания с целью профилактики ущерба личности и ее профессиональной деятельности. Осуществляется коррекция личностно-профессиональных качеств и навыков, неадекватных стилей поведения в конфликтных ситуациях, приводящих к возникновению и развитию профессионального выгорания.

В результате психологических тренингов коммуникативной компетентности и управления эмоциями у участников программ формируются навыки саморегуляции, которые нивелируют отрицательное воздействие профессионального стресса и поддерживают высокий уровень работоспособности. После врачебной диагностики проводится индивидуальная и групповая психотерапия с применением клинических методик. Это - психотерапевтические методы и методики, которые были первоначально разработаны и апробированы нами для пациентов с различными расстройствами адаптации в диссертационных исследованиях, а также в рамках Федеральных целевых программ по заказу Минтруда России [6]. В настоящее время мы успешно применяем эти хорошо зарекомендовавшие себя, эффективные методики в реализуемых нами программах медико-психологической помощи специалистам при профессиональном стрессе. В комплексных программах психологические тренинги и психотерапия проводятся в сочетании с различными оздоровительными медицинскими мероприятиями.

На наш взгляд, в перспективе при реализации общих комплексных программ медико-психологической реабилитации специалистов при профессиональном стрессе значительно поможет повысить эффективность программ применение методов и средств физической и реабилитационной медицины, рекомендованных член-корреспондентом РАН, профессором Пономаренко Г.Н. [2, 9-11].

Физическая и реабилитационная медицина (ФРМ) — междисциплинарная область знаний о методах и средствах, используемых для лечения, медицинской реабилитации, профилактики и оздоровления пациентов посредством разработки эффективных технологий восстановления (компенсации) нарушенных функций, улучшения качества жизни и социального статуса.

В предложенной нами комплексной программе профилактики профессионального стресса у специалистов помогающих профессий, а также медико-психологической реабилитации при его последствиях целесообразно использование физиотерапевтических технологий (гидротерапии, термотерапии, курортной терапии, в частности-климатотерапии, бальнеотерапии), лечебной физической культуры, оздоровительных технологий и др.

Результаты исследования. В ряде учреждений социальной защиты Российской Федерации в настоящее время проводятся мероприятия по профилактике профессионального выгорания работников. Но помощь при профессиональном выгорании должна быть

не только профилактической, т.к. это – зачастую лица с уже сформировавшимися последствиями профессионального стресса. В связи с этим нами предложена модель организации комплексной медико-психологической помощи специалистам при профессиональном стрессе [7-8].

Мы готовы внедрять в практическую работу учреждений и организаций социальной сферы Российской Федерации научно обоснованные и апробированные инновационные методы и методики психологической профилактики, диагностики, коррекции и психотерапии при профессиональном выгорании. Формы внедрения - проведение обучающих семинаров, мастер-классов, учебных циклов, подготовка и издание учебных пособий и учебных фильмов для психотерапевтов, психиатров, психологов и других профессионалов, оказывающих медико-психологическую помощь специалистам учреждений социальной сферы России. Внедрение мероприятий по профилактике профессионального выгорания у специалистов социальной сферы в региональные планы по реализации национальных проектов, связанных с поддержкой и оказанием помощи инвалидам (детям-инвалидам), будет способствовать повышению эффективности проводимых реабилитационных мероприятий.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 г. № 3711-р утверждена Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года. Особое значение профессиональное выгорание имеет для специалистов учреждений комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. Эти специалисты работают с тяжелейшим контингентом инвалидов, детей-инвалидов, с аномалиями в физическом и психическом развитии, множественной сочетанной патологией.

Имея многолетний опыт работы в области реабилитации инвалидов, детей-инвалидов, мы убеждены в том, что эффективность реабилитационных мероприятий во многом зависит от создания в учреждении реабилитационной, социотерапевтической, психотерапевтической среды – системы взаимоотношений, которые складываются между реабилитантом и его непосредственным окружением, т. е. членами реабилитационной команды, осуществляющими реабилитацию. Существует необходимость включения учебных программ профилактики профессионального стресса в планы повышения квалификации специалистов социальной сферы, а также обеспечения регулярного проведения указанных программ на бюджетной основе.

Заключение. При оказании помощи специалистам при профессиональном стрессе необходим комплекс медико-психологических и оздоровительных мер, совместно реализуемых врачами (психиатрами, психотерапевтами), медицинскими психологами, специалистами в области физической и реабилитационной медицины. В связи с этим остро стоит вопрос целенаправленной подготовки указанных специалистов. Назрела необходимость разработки законодательных и нормативно-правовых актов по охране здоровья работников социальной сферы. Что в целом будет способствовать повышению качества реабилитационных, абилитационных и других услуг, оказываемых специалистами социальной сферы.

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

The author declares no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антология Российской психотерапии и психологии. Выпуск 11. Материалы X Международного научно-практического конгресса психологов-консультантов, психотерапевтов и представителей помогающих профессий «Помощь психологического консультирования, психотерапии в новейшее время, Санкт-Петербург, 31 марта-01 апреля 2023г.». - Санкт-Петербург, 2023. - 177 с. - eLIBRARY ID: 50478607. EDN: SKQALX
2. Медицинская реабилитация. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие / Г.Р.Абусева, В.Н, Ищук, Д.В.Ковтен [и др.]; под ред. Г.Н. Пономаренко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 240 с. - ISBN 978-5-9704-6023-8. -EDN XIIIIDH.
3. Мурзина Т.Ф., Сопельник Е.И. «Психическое выгорание» у врачей при реабилитации инвалидов в психоневрологических интернатах (тезисы) // Сб. тезисов научной конференции «Современные проблемы психоневрологии (диагностика, лечение и реабилитация больных с нервными и психическими расстройствами)», 15-16 октября 2002 г. СПб: Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. В.М. Бехтерева, 2002. - С. 117.
4. Мурзина Т.Ф. Психосоциальная дезадаптация у работников социальной сферы (учебно- методическое пособие) / Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. СПб, 2004 – 38 с.
5. Мурзина Т.Ф. О проблеме профессионального стресса у врачей учреждений социальной защиты (тезисы) / Вестник Всероссийской гильдии протезистов-ортопедов, №3 (45), 2011 (Тезисы XVI Российского национального конгресса «Человек и его здоровье», 25-28.10.2011, СПб). С. 105.
6. Мурзина Т.Ф. Методики психотерапии в лечении клинических проявлений профессионального стресса. Антология Российской психотерапии и психологии. Выпуск 10. Материалы первого Межконтинентального экстерриториального конгресса «Планета психотерапии 2022: Дети. Семья. Общество. Будущее» (Москва и онлайн, 23-26 июня 2022). С 174-175.
7. Мурзина Т.Ф. Стратегии оказания медико-психологической помощи специалистам при профессиональном выгорании. Материалы XI Международной научно-практической конференции (22-23 сентября 2022 г.), посвященной 60-летию Восточно-Сибирского государственного университета технологий и управления / Ю.Ю. Шурьгина. – Улан Удэ: Изд.-во ВСГУ, 2022. – С. 195-198.
8. Мурзина Т.Ф. О необходимости создания системы помощи специалистам социальной сферы при профессиональном выгорании/ Ж. Успехи геронтологии. 2022. Т.35. №4. Тезисы докладов XV Международного форума «Старшее поколение», 28 сентября - 2 октября 2022 г., Санкт-Петербург. – С. 618-619.
9. Пономаренко Г.Н. Медицинская реабилитация: учебник / Г.Н. Пономаренко. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа «ГЭОТАР -Медиа», 2021. - 368 с. – ISBN 978-5-9704-5945-4. DOI 10.33029/9704 – 5945-4-MRU-2021-1-368. – EDN GKQDPD.
10. Пономаренко Г.Н., Сокуров А.В., Барсуков А.В. Физическая и реабилитационная медицина: Национальное руководство; под ред. Г.Н. Пономаренко. - Москва: Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа «ГЭОТАР -Медиа», 2023.- 912 с. – ISBN: 978-5-9704-7710-06.
11. Посттравматическое стрессовое расстройство: учебное пособие / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: Васильева А.В., Караваева Т.А., Незнанов Н.Г., Идрисов К.А., Ковлен Д.В., Пономаренко Г.Н., Радионов Д.С., Старунская Д.А., Шойгу Ю.С. – СПб, 2023. – 152 с. - ISBN 978-5-94651-096-7

REFERENCES

1. Anthology of Russian psychotherapy and psychology. Issue 11. Materials of the X International Scientific and Practical Congress of Consulting Psychologists, psychotherapists and representatives of helping professions “Assistance in psychological counseling, psychotherapy in modern times, St. Petersburg, March 31-April 01, 2023.” - St. Petersburg, 2023. - 177 p. eLibrary ID: 50478607. EDN: SKQALX
2. Medical rehabilitation. A guide to practical exercises: study guide /G.R.Abuseva, V.N., Ishchuk, D.V.Kovten [et al.]; edited by G.N. Ponomarenko. – Moscow: GEOTAR-Media, 2021. – 240 p. - ISBN 978-5-9704-6023-8. -EDN XIIIIDH.
3. Murzina T.F., Sopenik E.I. “Mental burnout” among doctors during rehabilitation of disabled people in psychoneurological boarding schools (theses) // Collection of theses of the scientific conference “Modern problems of psychoneurology (diagnosis, treatment and rehabilitation of patients with nervous and mental

- disorders)”, October 15-16, 2002 St. Petersburg: St. Petersburg Scientific- V.M. Bekhterev Research Institute, 2002.- p. 117.
4. Murzina T.F. Psychosocial maladaptation in social workers (educational and methodological manual) / Medical and social expertise and rehabilitation of disabled people. St. Petersburg, 2004 – 38 p
 5. Murzina T.F. On the problem of occupational stress among doctors of social protection institutions (theses) / Bulletin of the All-Russian Guild of Orthopedic Prosthetists, No. 3 (45), 2011 (Theses of the XVI Russian National Congress “Man and his health”, 25-28.10.2011, St. Petersburg). P. 105.
 6. Murzina T.F. Methods of psychotherapy in the treatment of clinical manifestations of occupational stress. Anthology of Russian Psychotherapy and psychology. Issue 10. Materials of the first Intercontinental Extraterritorial Congress “Planet of Psychotherapy 2022: Children. Family. Society. The Future” (Moscow and Online, June 23-26, 2022). From 174-175.
 7. Murzina T.F. Strategies for providing medical and psychological assistance to specialists in professional burnout. Materials of the XI International Scientific and Practical Conference (September 22-23, 2022) dedicated to the 60th anniversary of the East Siberian State University of Technology and Management / Yu. Yu. Shurygina. – UlanUde: Publishing House -in VSSU, 2022. – pp. 195-198.
 8. Murzina T.F. On the need to create a system of assistance to social sphere specialists in case of professional burnout/ J. Successes of Gerontology. 2022. Vol.35. No. 4. Abstracts of the XV International Forum “The Older Generation”, September 28 - October 2, 2022, St. Petersburg. – pp. 618-619.
 9. Ponomarenko G.N. Medical rehabilitation: textbook / G.N. Ponomarenko. – 2nd edition, revised and supplemented. – Moscow: Limited Liability Company Publishing Group “GEOTAR -Media”, 2021. - 368 p. – ISBN 978-5-9704-5945-4. DOI 10.33029/9704 – 5945-4-MRU-2021-I-368. – EDN GKQDPD.
 10. Ponomarenko G.N., Sokurov A.V., Barsukov A.V. Physical and rehabilitation medicine: National Guidelines; edited by G.N. Ponomarenko. - Moscow: Limited Liability Company Publishing Group “GEOTAR -Media”, 2023.- 912 p. – ISBN: 978-5-9704-7710-06.
 11. Post-traumatic stress disorder: textbook / NMC PN named after V.M. Bekhterev; authors-comp.: Vasilyeva A.V., Karavaeva T.A., Neznanov N.G., Idrisov K.A., Kovlen D.V., Ponomarenko G.N., Radionov D.S., Starunskaya D.A., Shoigu Yu.S. – St. Petersburg, 2023. – 152 p. - ISBN 978-5-94651-096-7

Раздел 4
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Section 4
MEDICAL REHABILITATION

УДК 616.131-008.331.1-06-08

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОРМОКСИЧЕСКОЙ БАРОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Лицкевич Л.В.¹, Скрягина Е.М.²

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

²ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», Минск, Беларусь

Аннотация

В статье сделан обзор кардио-респираторных нарушений, дано клинико-функциональное обоснование использования нормоксической баротерапии в комплексном лечении пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой.

Применение метода нормоксической баротерапии обеспечивает стойкий лечебный эффект при основном и сопутствующих заболеваниях, повышает уровень адаптационных возможностей пациентов с бронхо-обструктивными заболеваниями легких. Развитие долговременного кумулятивного эффекта за счет обновления в течение 8 – 12 сеансов поврежденных клеточных митохондрий позволяет наполовину снизить количество обострений патологического процесса в течение года.

Ключевые слова: *бронхообструктивные заболевания, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, кардио-респираторные нарушения, комплексное лечение, нормоксическая баротерапия.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Лицкевич Лариса Владимировна, канд.мед.наук, доцент кафедры фтизиопульмонологии УО «БГМУ», г. Минск; адрес: 220083, г. Минск, пр. Дзержинского, 83; телефон: + 375 (29) 101-98-44; e-mail: LarysaLitskevich@tut.by.

Скрягина Елена Михайловна, д-р.мед.наук, профессор, зам. директора по научной работе ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии», г. Минск; адрес: Минский р-н, д. Зацень, пер. Прилесный 5. Тел. (029) 679-98-71; e-mail:alena.skrahina@gmail.com.

Вклад авторов: Лицкевич Л. В.: разработка оригинального дизайна исследования, разработка методики исследования и реабилитационной программы, критериев включения и исключения из исследования; сбор данных, анализ и написание текста статьи. Скрягина Е. М. научное руководство, редактирование текста.

USING OF NORMOXIC BAROTHERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND ASTHMA

Litskevich L.V.¹, Skrahina A.M.²

¹ Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

² Republican Scientific-Practical Center of Pulmonology and Tuberculosis, Minsk, Belarus

Abstract

The article presents an overview of the cardio-respiratory disorders detected in bronchial obstructive diseases (COPD and BA) and the clinical and functional rationale for the use of normoxic barotherapy in the complex treatment of such patients. The use of the method of normoxic barotherapy provides a stable therapeutic effect in primary and secondary diseases, increases the level of adaptive capabilities of patients with bronchial obstructive pulmonary diseases. The development of a long-term cumulative effect due to the renewal of damaged cellular mitochondria during 8 – 12 sessions allows one to halve the number of exacerbations of the pathological process during the year.

Key words: bronchoobstructive diseases, chronic obstructive pulmonary disease, bronchial asthma, cardio-respiratory disorders, complex treatment, normoxic barotherapy.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Larisa V. Litskevich, PhD in Medicine, Associate Professor, Department of Phthisiopulmonology, Belarusian State Medical University. Address: Dzerzhinski Ave., 83, Minsk, Republic of Belarus, 220083. Tel: + 375 (29) 101-98-44; e-mail: LarysaLitskevich@tut.by.

Alena M. Skrahina, Doctor of Medical Science, professor, deputy director, Republican Scientific-Practical Center of Pulmonology and Tuberculosis. Address: Dolginovsky tract, 157, Minsk, Republic of Belarus, 220080. Tel.: (029) 679-98-71; e-mail:alena.skrahina@gmail.com.

Введение. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является мировой эпидемией, затрагивающей 200 миллионов человек, причиной 3 миллионов смертей ежегодно и представляет собой неуклонно прогрессирующее заболевание, приводящее к инвалидизации и смертности лиц трудоспособного возраста. ХОБЛ характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей и прогрессирующим разрушением паренхимы легких, которое прогрессирует и связано с патологической реакцией лёгких на вредоносные частицы и газы. Показатели смертности от ХОБЛ среди курильщиков максимальны, темпы развития у них обструкции дыхательных путей и одышки более высокие. Патологический процесс начинается в слизистой бронхов. В ответ на воздействие внешних патогенных факторов происходит изменение функции секреторного аппарата (гиперсекреция слизи, изменения бронхиального секрета), присоединяется инфекция, развивается каскад реакций, приводящих к повреждению бронхов, бронхиол, прилегающих альвеол. Нарушение соотношения протеолитических ферментов и антипротеаз, дефекты антиоксидантной защиты легких усугубляют повреждение и приводят к формированию эмфиземы, прогрессированию ХОБЛ и развитию коморбидных заболеваний со стороны сердечно сосудистой системы [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в настоящее время от бронхиальной астмы (БА) страдает 235 миллионов человек [2]. В Республике Беларусь зарегистрировано более 62 000 пациентов с БА [3]. Широкая распространенность, значительное

снижение качества жизни, высокий уровень инвалидизации обуславливают медико-социальную значимость бронхообструктивной патологии, включающей БА и ХОБЛ. В настоящее время активно рассматривается концепция патогенеза БА с акцентом на персистирующее воспаление дыхательных путей, в основе которого находится Th1/T2-лимфоцитарный дисбаланс системы иммунитета. При этом обострения БА также характеризуются специфическими Т-клеточными и соответствующими цитокиновыми изменениями: повышением иммунорегуляторного индекса вследствие увеличения абсолютного количества CD3+CD4+-лимфоцитов и снижения относительного количества цитотоксических CD8+-лимфоцитов [4]. Помимо иммунного дисбаланса и ведущих изменений дыхательной системы, таких как хроническое воспаление, сочетающееся обратимой обструкцией бронхов и их гиперреактивностью, длительное течение астмы часто сопровождается развитием патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. К основным кардиальным нарушениям при ХОБЛ относят развитие легочной гипертензии (ЛГ), формирование хронического легочного сердца (ХЛС), развитие ишемии миокарда и нарушения ритма сердца.

Несмотря на то, что легочная гипертензия является одним из основных нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы при бронхообструктивной патологии, точная оценка систолического легочного артериального давления (ЛАД) может быть дана лишь в ограниченном числе случаев [5, 6]. Клинические симптомы ЛГ, включающие слабость, быструю утомляемость, одышку, стенокардию, обмороки, не являются специфическими и могут быть трудными для выявления у пациентов с респираторными заболеваниями [7]. Тяжесть течения и прогноз бронхообструктивных заболеваний определяется интенсивностью и типом воспалительных процессов, экстрапульмональными коморбидными проявлениями и системными эффектами [8-11]. Несмотря на активную роль системного и локального воспаления в прогрессировании БА и ХОБЛ, высокую значимость и частоту изменений со стороны сердечно-сосудистой системы при бронхообструктивной патологии, иммуновоспалительные процессы и их связь с развитием кардиореспираторных нарушений остаются недостаточно изученными. К сожалению, в настоящее время не существует вмешательств, благодаря применению которых было бы достоверно доказано продление выживаемости пациентов с ХОБЛ и БА. Одним из наиболее перспективных направлений современной науки считается применение гипербарической оксигенации (ГБО), связанное с лечением в специальных камерах, создающих режимы гипербарии (1,5-4 psi) и нормоксии (35% кислорода во вдыхаемом воздухе). Широкое распространение данный метод получил в связи с тем, что гипоксия является одной из центральных проблем современной патологии. Подавляющее большинство заболеваний человека ведет к развитию кислородной недостаточности и обусловленных ею нарушений, поэтому тяжесть гипоксии нередко является определяющим фактором, решающим исход заболевания. В клинических условиях гипоксия обычно возникает вторично, однако, развившись, она в свою очередь усугубляет течение основного заболевания, что ведет к утяжелению уже имеющейся кислородной недостаточности и снижению функциональных резервов организма.

Нормоксическая баротерапия (НБ) – лечение в барокамере при физиологически обусловленном небольшом избыточном давлении воздуха – не более 100-120 мм рт. столба сверх атмосферного и в сочетании с антиоксидантами, непосредственно участвующими в полезном потреблении кислорода в организме, – с коэнзимом Q10 и биофлавоноидом

растительного происхождения – пикногенолом. Баротерапия позволяет полностью ликвидировать кислородный долг в тканях и восстановить саморегуляцию доставки кислорода к клетке. После 10-15 сеансов нормоксической баротерапии стойко восстанавливается присутствующая здоровому организму регуляция артериального давления, микроциркуляции и естественных физиологических ритмов [12].

При использовании кислородотерапии под повышенным давлением достигается купирование любого вида кислородной недостаточности. Эффективность действия НБ достигается путем увеличения кислородной емкости крови за счет полного насыщения гемоглобина кислородом и возрастания количества растворенного в крови кислорода. Доза поступающего в организм кислорода определяется режимом НБ, который включает уровень рабочего давления, время пребывания больного при этом давлении, скорость подъема и снижения давления, количество и продолжительность сеансов, длительность интервалов между ними [13].

Цель исследования: клинико-функциональное обоснование использования нормоксической баротерапии в комплексном лечении пациентов с кардио-респираторными нарушениями при бронхообструктивных заболеваниях (ХОБЛ и БА).

Материалы и методы. Для выявления кардио-респираторных нарушений при бронхообструктивных заболеваниях дизайном исследования было предусмотрено проведение комплекса инструментальных методов исследования. На начальном этапе обследования проводилась оценка наиболее значимых факторов риска развития бронхолегочной патологии: курение, наличие профессиональных вредностей (окислители, дезинфицирующие растворы, пыль текстильная, кадмий, кремний, сварка).

В исследование был включен 101 пациент, в том числе 20 пациентов с ХОБЛ (основная группа 1), 25 пациентов с хроническим необструктивным бронхитом (ХНБ) (группа сравнения 1), 27 пациентов с БА (основная группа 2), 29 пациентов с ХНБ (группа сравнения 2).

Клинико-anamнестические данные в сравниваемых группах представлены в таблице 1.

Основная группа 1 (ОГ1) – 20 пациентов с ХОБЛ. Из них мужчин – 13 (65,0%), женщин – 7 (35,0%). Возраст пациентов составил от 21 до 69 лет, средний возраст – $59,7 \pm 1,72$ года. Длительность болезни пациентов с ХОБЛ составила $14,8 \pm 4,5$ года. Пациенты основной группы курили 10 человек (50%), индекс курящего человека составил $14,3 \pm 3,5$ пачек/лет, стаж курения – $17,2 \pm 3,8$ лет; не курили 10 человек (50%). Все пациенты (100%) предъявляли жалобы на усиление одышки, 12 чел. (60,0%) – на кашель с увеличением объема мокроты. 10 пациентов (50,0%) подвергались неблагоприятному воздействию промышленных поллютантов (длительному ингаляционному вдыханию хлора, бензина, фенолов, пыли, удобрений) и холодных условий труда на рабочем месте. У пациентов с ХОБЛ отмечались сопутствующие заболевания: ЛОР-органов, в т.ч. вазомоторный ринит – 2 чел. (10,0%), искривление носовой перегородки – 3 чел. (15,0%); почек (мочекаменная болезнь, кисты почек) – 1 чел. (5,0%); сердечно-сосудистой системы, в т.ч. ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 10 чел. (50,0%), артериальная гипертензия (АГ) – 4 чел. (20,0%).

Таблица 1

Характеристика пациентов, включенных в исследование

Параметры	Основная группа 1 (n=20)	Группа сравнения 1 (n=25)	p	Основная группа 2 (n=27)	Группа сравнения 2 (n=29)	p
Пол:						
мужской, n (%)	13(65,0%)	5(20,0%)		8(29,6%)	8(27,6%)	
женский, n (%)	7(35,0%)	20(80,0%)	-	19(70,4%)	21(72,4%)	-
Возраст, лет	59,7±1,7	50,3±2,6	<0,01	50,56±2,45	52,3±2,4	-
ИМТ, кг/м ²	29,4±0,9	29,1±1,6	-	27,2±1,02	28,8±1,4	-
Индекс курящего человека, пачек/лет	14,3±3,5	3,4±2,9	<0,001	-	-	
Стаж курения, лет	17,2±3,8	6,2±3,6	<0,05	-	-	
Длительность болезни, лет	14,7±4,5	4,7±1,4	<0,05	12,5±3,0	5,3±1,3	<0,05
Число обострений/год	5,12±2,3	1,1±0,1	-	3,37±2,04	1,0±1,04	-

Примечание: данные представлены в виде M±SD или n (%)

Контрольная группа 1 (КГ1) – 25 пациентов с ХНБ. Из них мужчин – 5 (20,0%), женщин – 20 (80,0%). Возраст пациентов – от 21 до 69 лет, в среднем – 50,3±2,6 года. Длительность болезни пациентов составила 4,7±1,4 года. Средний стаж курения был 6,2±3,6 лет, индекс курящего человека составил 3,4±2,9 пачек/лет. Пациенты предъявляли жалобы на усиление одышки – 20 чел. (80,0%), на кашель с увеличением объема мокроты – 19 чел. (76,0%). Количество пациентов, которые подвергались неблагоприятному воздействию промышленных поллютантов (длительному ингаляционному вдыханию), составило 5 человек (20,0%). У пациентов имелись сопутствующие заболевания: ЛОР–органов, в т.ч. вазомоторный ринит – 4 чел. (16,0%), искривление носовой перегородки – 3 чел. (12,0%); сахарный диабет II типа – 2 чел. (8,0%); аутоиммунный тиреоидит – 1 чел. (4,0%); заболевания почек (мочекаменная болезнь, кисты почек) – 2 чел. (8,0%); заболевания сердечно-сосудистой системы, в т.ч. ИБС – 10 чел. (40,0%), АГ – 3 чел. (12,0%).

Отмечалось статистически значимое преобладание длительности болезни у пациентов основной группы с ХОБЛ, что составило 14,7±4,5 лет (p <0,05), стажа курения – 17,2±3,8 лет (p <0,05), индекса пачек/лет – 14,3±3,5 (p <0,05), а также частоты обострений основного заболевания – 5,12±2,3 раза.

Основная группа 2 (ОГ2) – 27 пациентов с БА. Из них мужчин – 8 (29,6%), женщин – 19 (70,74%). Возраст пациентов составил от 21 до 69 лет, средний возраст – 50,56±2,45 года. Длительность болезни пациентов с БА составила 12,5±3,0 года. Пациенты ОГ2 не курили. Все пациенты (100%) предъявляли жалобы на усиление одышки, 15 чел. (55,5%) – на кашель с увеличением объема мокроты. 7 человек (25,9%) подвергались неблагоприятному воздействию промышленных поллютантов (длительному ингаляционному вдыханию хло-

ра, бензина, фенолов, пыли, удобрений) и холодных условий труда на рабочем месте.

Контрольная группа 2 (КГ2) – 29 пациентов с ХНБ. Из них мужчин – 8 (27,6%), женщин – 21 (72,4%). Возраст пациентов – от 21 до 69 лет, в среднем – $52,3 \pm 2,4$ года. Длительность болезни пациентов составила $5,3 \pm 1,3$ года. Средний индекс курения – $7,8 \pm 3,4$ пачки/лет. 21 пациент (72,4%) предъявлял жалобы на усиление одышки, 15 чел. (51,7%) – на кашель с увеличением объема мокроты. У 8 человек (27,6%) имелось неблагоприятное воздействие промышленных поллютантов (длительное ингаляционное вдыхание). Проведение основного или поддерживающего курса медикаментозного лечения астмы включало согласно клиническим протоколам диагностики и лечения болезней органов дыхания: фенотерол (ДАИ), 100 мкг или сальбутамол (ДАИ), 100 мкг 1 – 2 вдоха, ситуационно беклометазона дипропионат 200 – 500 мкг или эквивалент будесонида 200 – 400 мкг, или флутиказона 100 – 250 мкг, симптоматическую терапию, обучение в астма-школе, дыхательную гимнастику, тренировку дыхательной мускулатуры.

Пациенты сравниваемых групп были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела, частоте указаний на воздействие профессиональных факторов в анамнезе.

Пациентам основных и контрольных групп проводилась базисная терапия основного заболевания согласно клиническим протоколам диагностики и лечения болезней органов дыхания.

Пациентам основных групп дополнительно проводилась НБ в камере Vitaeris-320, в которой создавались режимы гипербарии (4 psi) и нормоксии (35% кислорода во вдыхаемом воздухе) по следующей схеме: компрессия 5 – 6 мин., экспозиция 40 мин., декомпрессия в течение 5 – 10 мин. Длительность курса – 7 – 10 сеансов, количество курсов – 2 раза в год.

Статистическая обработка результатов проведена с использованием программы Statistica 6.0. Достоверность различий между двумя независимыми выборками определяли методами параметрической статистики с помощью t-критерия Стьюдента или непараметрической статистики (U-критерий Манна-Уитни). Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Для показателей, характеризующих качественные признаки, указывалось абсолютное число и относительная величина в процентах.

Результаты исследования

Результаты комплексного исследования функции внешнего дыхания

Результаты комплексного исследования функции внешнего дыхания представлены в таблице 2.

Выявлена статистически значимая динамика основных показателей, характеризующих вентиляцию легких в ОГ1 по сравнению с КГ1. У пациентов ОГ1 были выявлены тяжелые обструктивные нарушения. Это проявлялось снижением $ОФВ_1$ до $43,5 \pm 5,12\%$ от должного. У пациентов КГ1 отмечались нормальные среднегрупповые значения $ОФВ_1$ до $93,5 \pm 3,2\%$. У пациентов ОГ1 также наблюдалось снижение соотношения $ОФВ_1/ФЖЕЛ_{вд}$ до $51,0 \pm 3,5\%$ от должного, что соответствовало тяжелому течению заболевания по классификации GOLD, а в КГ1 это соотношение было нормальным и составляло до $79,8 \pm 1,6\%$ от должного ($p < 0,001$). Показатели спирометрии отражали рост малообратимой бронхи-

альной обструкции по мере увеличения длительности и степени тяжести заболевания. У пациентов с ХОБЛ наблюдалось достоверное снижение показателя MOC_{75} – до $17,1 \pm 2,8\%$ от должного в ОГ1 и до $62,6 \pm 6,2\%$ от должного в КГ1 ($p < 0,001$). Отмечено также снижение MOC_{50} – до $19,5 \pm 3,9\%$ от должного в ОГ1 ($p < 0,001$ по сравнению с КГ1), MOC_{25} – до $28,5 \pm 6,3\%$ от должного в ОГ1 ($p < 0,001$ по сравнению с КГ1). Выявлено увеличение бронхиального сопротивления (БС) в ОГ1 до $197,7 \pm 0,2\%$ от должного по сравнению с КГ1 – до $81,3 \pm 0,9$ ($p < 0,001$). Данные указывают на наличие у пациентов с тяжелым течением ХОБЛ малообратимой бронхиальной обструкции.

Таблица 2

**Результаты спирометрии, бодиплетизмографии и исследования
диффузионной способности легких**

Параметры	ОГ1	КГ1	p1	ОГ2	КГ2	p2
Спирометрия						
n	20	25		27	29	
ОФВ ₁ , % от долж.	$43,5 \pm 5,12$	$93,5 \pm 3,2$	$<0,001$	$73,9 \pm 4,1$	$85,4 \pm 4,8$	$<0,001$
ОФВ ₁ /ФЖЕЛ, % от долж.	$51,0 \pm 3,5$	$79,8 \pm 1,6$	$<0,001$	$30,4 \pm 3,0$	$74,8 \pm 2,9$	$<0,001$
MOC_{25} , % от долж.	$28,5 \pm 6,3$	$92,9 \pm 4,6$	$<0,001$	$62,8 \pm 5,4$	$81,9 \pm 0,7$	$<0,001$
MOC_{50} , % от долж.	$19,5 \pm 3,9$	$77,4 \pm 4,9$	$<0,001$	$50,0 \pm 5,2$	$68,3 \pm 0,6$	$<0,001$
MOC_{75} , % от долж.	$17,1 \pm 2,8$	$62,6 \pm 6,2$	$<0,001$	$37,8 \pm 4,1$	$55,4 \pm 0,6$	$<0,001$
СОС2575, % от долж.	$20,4 \pm 3,9$	$80,9 \pm 5,7$	$<0,001$	$50,4 \pm 5,0$	$71,4 \pm 0,7$	
Бодиплетизмография						
n	25	23				-
БСобщ, % от долж.	$197,7 \pm 0,2$	$81,3 \pm 0,9$	$<0,001$	$104,8 \pm 2,2$	$91,7 \pm 0,9$	$<0,001$
ООЛ, % от долж.	$184,7 \pm 1,3$	$137,2 \pm 0,7$	$<0,001$	$0,23 \pm 0,1$	$0,21 \pm 0,01$	-
ООЛ/ОЕЛ, % от долж.	$145,4 \pm 0,8$	$109,8 \pm 4,3$	$<0,001$	$0,5 \pm 0,1$	$0,37 \pm 0,04$	-
Исследование диффузионной способности легких						
n	12	16				
ДСЛ, % от долж.	-	-	-	$76,86 \pm 3,4$	$88,13 \pm 1,1$	-
ДСЛ/Ао, % от долж.	$60,4 \pm 4,2$	$81,8 \pm 6,9$	$<0,05$	$123,1 \pm 4,1$	$114,2 \pm 4,1$	-

Примечания: ОФВ₁ – постбронходилатационный объем форсированного выдоха за 1-ю секунду, ОФВ₁/ФЖЕЛ – постбронходилатационное отношение объема форсированного выдоха за 1-ю секунду к форсированной жизненной емкости легких, БСобщ, БСвд, БСвд – бронхиальное сопротивление общее, на вдохе и на выдохе, ООЛ – остаточный объем легких, ООЛ/ОЕЛ – отношение остаточного объема к общей емкости легких, Евд./ОЕЛ – отношение емкости вдоха к общей емкости легких, ДСЛ – диффузионная способность легких.

Установлено, что при прогрессировании ХОБЛ в ОГ1 достоверно увеличивались остаточный объем (ОО) – до $184,7 \pm 1,3\%$ от должного и соотношение остаточного объема к общей емкости легких (ООЛ/ОЕЛ) – до $145,4 \pm 0,8\%$ от должного по сравнению с КГ1 – до $137,2 \pm 0,7\%$ и $109,8 \pm 4,3\%$ соответственно, ($p < 0,001$). Увеличение соотношения ОО, ООЛ/ОЕЛ (в 1,3 раза по сравнению с нормальными значениями) свидетельствует о наличии у пациентов с ХОБЛ умеренных признаков эмфиземы легких и газообменных нарушений. Увеличение у пациентов в ОГ1 по сравнению с КГ1 показателя БСобщ. до $197,7 \pm 0,2\%$

свидетельствует о наличии экспираторной одышки. Степень выраженности одышки у пациентов в ОГ1 характеризовалась показателем MRC на уровне $4,2 \pm 0,4$ балла, что было выше, чем у пациентов в КГ1 $1,3 \pm 0,4$ балла ($p < 0,05$). При тяжелой ХОБЛ не наблюдалось увеличения диффузионной способности легких (ДЛСО) – до $60,4 \pm 4,2$ % от должного, что может быть обусловлено сохранением числа функционирующих альвеол и суммарной поверхности функционирующей легочной ткани. Однако, уровень ДЛСО у пациентов в ОГ1 соответствовал умеренным нарушениям газообмена вследствие наличия эмфиземы легких.

Выявлена статистически значимая динамика основных показателей, характеризующих вентиляцию легких в ОГ2 по сравнению с КГ2. У пациентов с БА выявлены начальные obstructивные нарушения разной степени выраженности. Данные указывают на наличие у пациентов со среднетяжелым течением БА обратимой бронхиальной обструкции. Это проявлялось снижением $ОФВ_1$ до $73,9 \pm 4,1$ % от должного в ОГ2 и до $85,4 \pm 4,8$ % от должного в КГ2. Наблюдалось снижение соотношения $ОФВ_1/ФЖЕЛ_{вд}$ до $30,4 \pm 3,0$ % от должного в ОГ2, в КГ2 – до $74,8 \pm 2,9$ % от должного ($p < 0,001$). Показатели спирометрии отражали рост малообратимой бронхиальной обструкции по мере увеличения длительности и степени тяжести заболевания. У пациентов в ОГ2 наблюдалось достоверное снижение показателя $МОС_{75}$ – до $37,8 \pm 4$ % от должного по сравнению с $55,4 \pm 0,6$ % от должного в КГ2 ($p < 0,001$). Отмечено также снижение $МОС_{50}$ – до $50,0 \pm 5,2$ % от должного в ОГ2 по сравнению с КГ2 ($p < 0,001$), $МОС_{25}$ – до $62,8 \pm 5,4$ % от должного в ОГ2 по сравнению с КГ2 ($p < 0,001$).

Выявлено увеличение БС до $104,8 \pm 2,2$ % от должного у пациентов в ОГ2 по сравнению с $91,7 \pm 0,9$ в КГ2 ($p < 0,001$). Установлено, что при прогрессировании БА в ОГ2 увеличивались остаточный объем (ОО) – до $145,0 \pm 0,9$ % от должного и соотношение остаточного объема к общей емкости легких (ООЛ/ОЕЛ) – до $123,1 \pm 4,1$ % от должного, но различия не достигали статистической значимости по сравнению с КГ2. Увеличение соотношения ОО, ООЛ/ОЕЛ (в 1,4 и 1,2 раза по сравнению с нормальными значениями) свидетельствует о наличии у пациентов с БА начальных признаков эмфиземы легких и газообменных нарушений. Увеличение у пациентов из ОГ2 по сравнению с КГ2 показателя БС выд. до $0,5 \pm 0,1$ кПа*с/л свидетельствует о наличии экспираторной одышки. Степень выраженности одышки у пациентов с БА из ОГ2 характеризовалась показателем MRC на уровне $1,5 \pm 0,3$ балла, что было недостоверно ($p > 0,05$ по сравнению с КГ2). Результаты АСТ теста свидетельствовали о нарушении контроля над астмой и составляли в среднем в ОГ2 $15,7 \pm 0,8$ балла, что соответствовало неконтролируемому течению астмы. При среднетяжелой БА не наблюдалось достоверного увеличения альвеолярного объема (АО) – $76,86 \pm 3,36$ % от должного ($p > 0,05$ по сравнению с КГ2) и диффузионной способности легких (ДЛСО) – до $83,7 \pm 3,5$ % от должного, что может быть обусловлено сохранением числа функционирующих альвеол и суммарной поверхности функционирующей легочной ткани. Однако, уровень ДЛСО $76,86 \pm 3,36$ % у пациентов с БА соответствовал умеренным нарушениям газообмена вследствие наличия эмфиземы легких.

Газовый состав капиллярной крови, сатурация, уровень лактата

Для определения степени дыхательной недостаточности проводилось исследование газового состава капиллярной крови (PaO_2 , $PaCO_2$) и пульсоксиметрия (SpO_2). Одновремен-

но выполнена регистрация уровня метаболитов (лактата) и кислотно-щелочного состояния (КЩС). Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3

Газовый состав капиллярной крови, сатурация, уровень лактата

Параметры	ОГ1	КГ1	p	ОГ2	КГ2	p
n	24	21		24	21	
SaO ₂ , %	91,1±1,3	95,6±0,3	<0,01	95,3±0,4	95,4±0,3	-
pH	7,34±0,01	7,41±0,001	<0,001	7,41±0,01	7,42±0,01	-
PaCO ₂ , мм рт. ст.	39,6±1,5	36,0±0,9	<0,05	37,6±0,7	37,1±1,0	-
PaO ₂ , мм рт. ст.	62,1±2,8	72,3±1,4	<0,05	73,6±1,9	69,5±1,8	-
Лактат, ммоль/л	2,46±0,3	1,5±0,13	<0,05	2,13±0,2	1,5±0,2	<0,05

У пациентов, страдающих ХОБЛ, выявлено снижение сатурации артериальной крови на 4,7% – до 91,1±1,3% в ОГ1 (p<0,01 по сравнению с КГ1 – до 95,6±0,3%).

Установлено значимое (p<0,05 по сравнению с КГ1) повышение лактата артериальной крови до 2,46±0,3 ммоль/л, что свидетельствует о выраженных признаках лактат-ацидоза у пациентов с ХОБЛ из ОГ1. На этом фоне наблюдались нормальные уровни показателей PaCO₂ – 39,6±1,5 мм рт. ст. и PaO₂ – 62,1±2,8 мм рт. ст. (p<0,05 по сравнению с КГ1). Это свидетельствует о начальных признаках хронической дыхательной недостаточности, проявляющейся в основном при физической нагрузке, либо ходьбе. Таким образом, при прогрессировании ХОБЛ отмечается тенденция к развитию у пациентов с тяжелой ХОБЛ умеренной гипоксемии и дыхательного ацидоза на фоне отсутствия проявлений дыхательной недостаточности в покое.

У пациентов, страдающих БА, установлено снижение сатурации артериальной крови на 1,0% – до 95,3±0,4% в ОГ2 (p>0,05 по сравнению с КГ2). Установлено значимое (p<0,05 по сравнению с КГ2) повышение лактата артериальной крови до 2,13±0,2 ммоль/л, что свидетельствует о начальных признаках лактат-ацидоза у пациентов с БА. На этом фоне наблюдались нормальные уровни показателей PaCO₂ – 37,6±0,7 мм рт. ст. и PaO₂ – 73,6±1,9 мм рт. ст. (p>0,05 по сравнению с КГ2). Это также свидетельствует о начальных признаках хронической дыхательной недостаточности, проявляющейся в основном при физической нагрузке, либо ходьбе. Таким образом, при прогрессировании БА отмечается тенденция к развитию у пациентов со среднетяжелой БА умеренной гипоксемии и дыхательного ацидоза.

Оценка кардиальных нарушений

По данным инструментальных методов обследования (ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, рентгенографии органов грудной клетки), выявлена легкая степень поражения кардио-респираторной системы.

Выявлены ЭКГ–признаки перегрузки правых отделов сердца у 11 (55,6%) пациентов с ХОБЛ из ОГ1: отклонение электрической оси сердца (ЭОС) вправо – у 4 (18,5%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса – у 3 (14,8%), миграция водителя ритма – у 2 (11,1%), нарушения ритма сердца в виде суправентрикулярной экстрасистолии – у 2 (11,1%).

Выявлены ЭКГ–признаки перегрузки правых отделов сердца у 15 (55,6%) пациентов с БА из ОГ2: отклонение электрической оси сердца (ЭОС) вправо – у 5 (18,5%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса – у 4 (14,8%), миграция водителя ритма – у 3 (11,1%), нарушения ритма сердца в виде суправентрикулярной экстрасистолии – у 3 (11,1%).

При прогрессировании болезни у пациентов с ХОБЛ и БА наряду с развитием респираторных и кардио-респираторных нарушений происходит постепенное снижение толерантности к физической нагрузке (ТФН). Это проявляется уменьшением дистанции в тесте с 6-минутной ходьбой на 44,5% и 17,2% соответственно. Показатели ТФН у пациентов с ХОБЛ, БА и ХНБ показаны в таблице 4.

Таблица 4

Показатели толерантности к физической нагрузке

Показатели нагрузочных тестов	ОГ1 n=20	КГ1 n=25	p	ОГ2 n=27	КГ2 n=29	p
САД, мм рт.ст.	137,2±1,2	130,3±0,8	<0,05	118,3±1,7	109,0±3,6	<0,05
ДАД, мм рт.ст.	84,9±0,7	81,7±0,9	<0,01	80,5±1,0	76,0±1,0	<0,01
ЧСС, ударов в минуту	105,1±1,2	81,4±0,7	<0,001	81,8±1,2	74,5±0,7	<0,001
Дистанция ходьбы, % от должного	60,7±0,6	109,9±1,7	-	87,2±0,7	105,3±14,8	-

Пройденная дистанция у пациентов с ХОБЛ в тесте с 6-минутной ходьбой составила 60,7±0,6% от должного, что свидетельствовало о снижении толерантности к физической нагрузке и развитии ограничений мобильности у пациентов из ОГ1. 10 пациентов (50,0%) имели третью группу инвалидности. Показатели артериального давления и ЧСС в ОГ1, измеренные через 5 минут после проведения нагрузочных тестов, не превышали нормальных значений, однако были значимо выше по сравнению с КГ1 ($p<0,05$), что подчеркивает формирование умеренных ограничений жизнедеятельности у пациентов с ХОБЛ.

Снижение дистанции ходьбы также отмечено в 6-минутном шаговом тесте в группе пациентов с БА из ОГ2, что не наблюдалось в КГ2. По результатам расчета должной дистанции ходьбы было получено, что пройденная дистанция у пациентов с БА в тесте с 6-минутной ходьбой составила 87,2±0,7% от должного, что свидетельствовало о высокой толерантности к физической нагрузке и начале формирования ограничений мобильности у пациентов из ОГ2. 2 (7,4%) пациента имели третью группу инвалидности. Показатели артериального давления и ЧСС в ОГ2, измеренные через 5 минут после проведения нагрузочных тестов, не превышали нормальных значений, однако были значимо выше по сравнению с КГ2 ($p<0,05$), что подчеркивает начальный уровень формирования ограничений жизнедеятельности у пациентов с БА.

Оценка интегральных показателей качества жизни пациентов

При проведении психологической экспертно–реабилитационной диагностики нами было оценено качество жизни пациентов в основных и контрольных группах (таблица 5).

Таблица 5

Интегральные показатели качества жизни у пациентов

Интегральные показатели	ОГ1 n=20	КГ1 n=25	p	ОГ2 n=27	КГ2 n=29	p
ФА, %	70,0±1,2	40,0±0,8	<0,001	55,7±0,7	65,6±1,1	<0,001
РФ, %	14,3±1,4	25,0±2,5	<0,01	28,9±1,0	12,5±1,3	<0,001
ОЗ, %	64,3±0,6	66,7±4,2	-	62,1±0,5	64,1±5,0	-
ЖС, %	65,0±0,6	65,8±1,2	-	62,0±4,0	64,4±0,5	-
СА, %	39,3±3,3	37,5±0,7	-	47,3±3,0	37,5±3,3	<0,05
РЭ, %	42,9±2,0	66,7±3,3	<0,001	54,8±1,3	50,0±1,9	-
ПЗ, %	56,5±2,0	56,2±0,5	-	63,6±2,6	55,2±2,2	<0,05
ИПФЗ, %	38,2±0,8	54,6±0,7	<0,001	50,6±0,5	51,8±6,9	-
ИППЗ, %	55,7±0,8	55,0±0,4	-	59,6±2,3	54,1±3,4	-

Примечание: ФА – показатель физической активности, РФ – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, ОЗ – общее восприятие здоровья, ЖС – жизненная сила, СА – социальная активность, РЭ – роль эмоциональных проблем, ПЗ – психическое здоровье, ИПФЗ – интегральный показатель физического здоровья, ИППЗ – интегральный показатель психического здоровья.

Установлено, что у пациентов с ХОБЛ из ОГ1 наблюдалось существенное снижение ИПФЗ – до 38,2±0,8% (p<0,001 по сравнению с КГ1) и снижение ИППЗ – до 55,7±0,8% (p>0,05 по сравнению с КГ1). У пациентов с БА из ОГ2 наблюдалось существенное снижение ИПФЗ – до 50,6±0,5% (p>0,05 по сравнению с КГ2) и снижение ИППЗ – до 59,6±2,3% (p>0,05 по сравнению с КГ2). При анализе интегральных показателей качества жизни в основных группах установлено значительное снижение физической и легкое снижение психической составляющих качества жизни.

У пациентов из ОГ1 и КГ1 наблюдался низкий показатель РФ – до 14,3±1,4% и 25,0±2,5%, соответственно, причем этот показатель был значимо ниже у пациентов с ХОБЛ из ОГ1 (p<0,01 по сравнению с КГ1). Было отмечено снижение РЭ у пациентов из ОГ1 и КГ1, однако значение данного показателя было значимо ниже у пациентов с ХОБЛ из ОГ1 (p<0,001 по сравнению с КГ1). Показатель ФА был значимо ниже у пациентов с ХОБЛ из ОГ1 (p<0,001 по сравнению с КГ1), что обусловлено начальным уровнем формирования ограничений жизнедеятельности у данной категории пациентов.

В ОГ2 и КГ2 наблюдалось снижение показателя ФА до 55,7±0,7% и 65,6±1,1%, соответственно, причем этот показатель был значимо ниже у пациентов с БА из ОГ2 (p<0,001 по сравнению с КГ2), что обусловлено начальным уровнем формирования ограничений жизнедеятельности у данной категории пациентов. Было отмечено снижение показателей ПЗ и СА у пациентов из ОГ2 и КГ2, однако значения данных показателей были значимо ниже у пациентов с ХНБ из КГ2 (p<0,05). Показатели ОЗ и ЖС были ниже у пациентов с БА из ОГ2 в сравнении с КГ2, но статистической значимости различия не достигли (p>0,05).

Оценка лабораторных показателей

У пациентов из ОГ1 наблюдалась тенденция к повышению С-реактивного белка до $6,3 \pm 2,1$ г/л, что подчеркивало наличие активного воспалительного процесса как в дыхательных путях, так и в сосудистом компоненте сердечно-сосудистой системы. Уровень холестерина составил в ОГ1 $7,7 \pm 1,9$ ммоль/л, что соответствовало умеренной гиперхолестеринемии и одновременно являлось предрасполагающим фактором развития атеросклероза коронарных артерий и маркером как артериальной, так и легочной артериальной гипертензии. Дополнительно было найдено увеличение аланинаминотрансферазы до $37,3 \pm 0,9$ ммоль/л (верхний пограничный уровень), что подтверждает литературные данные о том, что повышение АЛТ является прогнозирующим фактором развития атеросклероза коронарных сосудов у пациентов с бронхообструктивными заболеваниями.

У пациентов КГ2 также наблюдалась тенденция к повышению С-реактивного белка. Уровень холестерина составил в ОГ2 $6,5 \pm 0,4$ ммоль/л. Дополнительно было найдено увеличение аланинаминотрансферазы до $35,0 \pm 5,6$ ммоль/л.

Изменение показателей биохимических тестов в основных группах и группах сравнения представлены в таблице 6.

Таблица 6

Показатели биохимических тестов

Параметры	Общий белок, г/л	СРБ, г/л	ХС общ. ммоль/л	АЛТ, ммоль/л	Калий, ммоль/л	ЛДГ, Ед./л	ЩФ, Ед./л
ОГ1 (n=20)	$72,3 \pm 1,5$	$6,3 \pm 2,1$	$7,7 \pm 1,9$	$37,3 \pm 0,91$	$4,7 \pm 0,2$	$217,7 \pm 5,31$	$100,5 \pm 0,7$
КГ1 (n=25)	$73,8 \pm 0,9$	$4,2 \pm 0,4$	$4,9 \pm 0,4$	$19,6 \pm 2,3$	$4,6 \pm 0,1$	$318,1 \pm 2,5$	$100,5 \pm 0,9$
ОГ2 (n=27)	$72,2 \pm 1,2$	$3,0 \pm 1,5$	$6,5 \pm 0,4$	$35,0 \pm 5,6$	$4,7 \pm 0,1$	$275,0 \pm 2,62$	$92,0 \pm 5,6$
КГ2 (n=29)	$73,3 \pm 3,1$	$5,2 \pm 1,01$	$5,7 \pm 1,8$	$34,4 \pm 0,8$	$4,7 \pm 0,1$	$341,2 \pm 9,2$	$101,4 \pm 0,7$

Примечания: 1. ¹ $p < 0,001$ при сравнении с КГ1, ² $p < 0,001$ при сравнении с КГ2; 2. СРБ – С-реактивный белок, ХС – холестерин, АЛТ – аланинаминотрансфераза, ЛДГ – лактатдегидрогеназа, ЩФ – щелочная фосфатаза.

У пациентов с тяжелым течением ХОБЛ было установлено повышение лейкоцитов до $12,9 \pm 3,6 \cdot 10^9$ кл/л и СОЭ до $15,2 \pm 3,3$ мм/ч, что свидетельствовало о том, что у большинства пациентов из ОГ1 имело место обострение воспалительного процесса. В периферической крови пациентов с ХОБЛ из ОГ1 наблюдались: уровень гемоглобина – $148,1 \pm 0,5$ г/л, количество эритроцитов – $5,0 \pm 0,2 \cdot 10^{12}$ кл/л, что было выше верхней границы нормы и значительно выше, чем значения аналогичных показателей у пациентов из КГ1. У пациентов с обострением тяжелой ХОБЛ наблюдалась тенденция к формированию эритроцитоза и полицитопенического синдрома.

У пациентов с БА было установлено повышение лейкоцитов до $11,7 \pm 2,95 \cdot 10^9$ кл/л и СОЭ до $12,3 \pm 1,8$ мм/ч, что свидетельствовало о том, что у большинства пациентов со среднетяжелой БА имелось обострение воспалительного процесса. В периферической крови пациентов с БА из ОГ2 наблюдались: уровень гемоглобина – $144,9 \pm 2,5$ г/л, количество эритроцитов – $4,9 \pm 0,08 \cdot 10^{12}$ кл/л, что соответствовало нормальным значением и было сопоставимо с показателями пациентов из КГ2.

Изменения в периферической крови в основных группах и группах сравнения представлены в таблице 7.

Таблица 7

Показатели периферической крови

Параметры	ОГ1 (n=20)	КГ1 (n=25)	ОГ2 (n=27)	КГ2 (n=29)
Гемоглобин, (г/л)	148,1±0,5	138,8±3,6	144,9±2,5	138,7±3,3
Эритроциты, 10 ¹² кл/л	5,0±0,2	4,96±0,2	4,9±0,08	4,9±0,2
СОЭ, мм/ч	15,2±3,3	12,2±1,6	12,3±1,8	12,9±1,7
Лейкоциты, 10 ⁹ кл/л	12,9±3,6	7,9±0,7	11,7±2,95	8,0±0,6
Эозинофилы, %	2,9±0,6	3,2±1,8	5,1±1,1	2,6±0,8

Оценка гемодинамических параметров малого круга кровообращения

Для более информативной оценки структурно-функциональных особенностей состояния сердечно-сосудистой системы у пациентов изучаемых групп проводилось эхокардиографическое исследование с определением планиметрических параметров левых и правых отделов сердца, массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), систолической и диастолической функции левого желудочка, а также гемодинамических параметров малого круга кровообращения. Для оценки структурно-функционального состояния сердечно-сосудистой системы проводился анализ данных доплер-ЭхоКГ на аппарате (Siemens Sonoline G50, Германия).

У пациентов первой основной группы с ХОБЛ изучены следующие показатели: диаметр аорты на уровне аортального клапана (28,2±1,3 мм), короткая ось левого предсердия (36,8±1,7 мм) и длинная ось правого предсердия (46,6±0,9 мм), конечно-систолический и конечно-диастолический размеры левого желудочка (КСР ЛЖ и КДР ЛЖ), а также конечно-диастолический объем (КДО ЛЖ), которые были сопоставимы в обеих группах и не отклонялись от нормальных значений. Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и индекс массы миокарда (ИММЛЖ) были значимо выше в основной группе с ХОБЛ ($p < 0,001$) и составили соответственно 182,1±1,3 г и 93,7±5,6 г/м². Наиболее значимые различия, выявленные при анализе показателей доплер-ЭхоКГ, представлены в таблице 8.

У всех обследованных пациентов в обеих группах сократительная способность миокарда ЛЖ была повышена (фракция выброса (ФВ) выше 45%), ($p < 0,001$) что составило 67,8±1,2% и 65,9±1,3% в основной и контрольной группах соответственно.

Размеры правого предсердия (ПП) в 4-х камерной позиции были достоверно выше до 48,6±1,5 мм в основной группе по сравнению с контролем 46,5±1,2 мм, ($p < 0,001$). Диастолическая дисфункция ЛЖ по данным оценки трансмитрального потока в основной группе имела место у 10 человек (50%). Различия между значениями показателей ДЛА сист. в основной и контрольной группах пациентов были статистически значимыми ($p < 0,05$ при сравнении с контролем) и достигали значений 37,6±2,6ммHg и 27,9±1,7 ммHg соответственно. Среднегрупповое значение ДЛА составило в основной группе 24,1±0,8, что было выше, чем в контрольной группе 21,7±0,9 соответственно. Среднегрупповое значение показателя ДЛА сист. было выше 35 ммHg, в основной группе и составило (37,6±2,6ммHg, $p < 0,05$ при сравнении с контролем). Данное наблюдение подчеркивает наличие легочной артериальной гипертензии у пациентов основной группы.

Таблица 8

Эхокардиографические показатели

Параметр	ОГ1	КГ1	p	ОГ2	КГ2	p
n	20	25		25	25	
Д аорты, мм	28,2±1,3	28,5±1,1	-	25,8±0,6	28,8±1,0	<0,05
ПЗР ЛП, мм	36,8±1,7	36,7±1,2	-	35,2±0,8	36,5±1,1	-
ЛП1, мм	37,7±1,0	39,4±0,7	-	36,5±0,6	39,1±0,6	-
ЛП2, мм	49,4±1,2	49,8±0,9	-	48,3±0,7	50,0±0,7	-
КДР ЛЖ, мм	47,4±1,3	48,2±0,9	-	46,6±1,0	47,9±0,9	-
КСР ЛЖ, мм	28,4±1,1	28,4±1,0	-	27,4±0,9	28,1±0,9	-
ЛЖ1, мм	45,1±1,1	46,0±1,1	-	43,5±0,6	45,7±1,0	-
ЛЖ2, мм	72,7±1,6	76,2±1,8	-	73,0±1,5	76,6±1,5	-
КДО ЛЖ, мл	106,1±6,3	111,6±5,0	-	80,6±4,4	81,3±4,1	-
КСО ЛЖ, мл	31,8±2,9	30,4±2,1	-	26,8±1,8	27,8±1,5	-
УО, мл	55,1±2,6	81,7±3,7	<0,001	73,8±2,8	80,3±3,4	-
ФВ, %	67,8±1,2	65,9±1,3	<0,001	66,8±1,0	66,2±1,0	-
ТМЖПд, мм	11,5±0,5	10,9±0,4	-	10,6±0,3	10,9±0,3	-
ТМЖПс, мм	15,6±0,7	15,4±0,5	-	14,7±0,3	15,5±0,4	-
ТЗСЛЖд, мм	16,6±0,3	10,8±0,4	<0,001	9,7±0,3	9,7±0,3	-
ТЗСЛЖс, мм	10,8±0,4	16,6±0,4	-	15,99±0,42	16,4±0,5	-
ММЛЖ, г	182,1±1,3	172,9±1,1	<0,001	158,2±9,0	172,6±1,0	-
ИММЛЖ, г/м ²	93,7±5,6	91,7±3,8	-	86,1±4,0	90,2±3,5	-
ПП1, мм	37,8±1,6	36,5±0,6	-	35,7±0,8	36,6±0,6	-
ПП2, мм	48,6±1,5	46,5±1,2	<0,001	46,6±0,9	47,0±1,0	-
ПЗР ПЖ, мм	28,2±0,7	26,5±0,7	-	26,2±0,6	26,6±0,7	-
ПЖ1, мм	36,1±1,5	34,8±0,6	-	34,4±0,7	34,5±0,6	-
ПЖ2, мм	65,6±1,7	66,3±1,7	-	64,9±1,6	66,8±1,5	-
ТПСПЖ, мм	5,1±0,4	4,1±0,2	<0,05	4,1±0,2	4,3±0,2	-
МК: Е/А	0,8±0,06	1,3±0,1	<0,001	1,44±0,06	1,2±0,1	<0,05
ТК: Е/А	1,1±0,08	1,37±0,1	<0,05	1,3±0,04	1,33±0,1	-
ДЛА	24,2±1,0	21,1±0,9	<0,05	24,1±0,8	21,7±0,9	-
ДЛАСред, ммHg	21,6±2,6	18,7±0,9	-	16,2±1,0	18,5±0,9	-
ДЛАСист, ммHg	37,6±2,6	27,9±1,7	<0,05	32,1±1,2	28,1±1,6	<0,05

Примечание: ПЗР ЛП – передне-задний размер левого предсердия, ЛП1 и ЛП2 – размеры левого предсердия в 4-х камерной позиции, КДР ЛЖ – конечно-диастолический размер левого желудочка, КСР ЛЖ – конечно-систолический размер ЛЖ, ЛЖ1 и ЛЖ2 – размеры левого желудочка в 4-х камерной позиции, КДО ЛЖ – конечно-диастолический объем левого желудочка, КСО ЛЖ – конечно-систолический объем левого желудочка, УО – ударный объем, ФВ – фракция выброса, ТМЖПд и ТМЖПс – толщина межжелудочковой перегородки в диастолу и систолу, ТЗСЛЖд и ТЗСЛЖс – толщина задней стенки левого желудочка, ММЛЖ – масса миокарда левого желудочка, ИММЛЖ – индекс массы миокарда левого желудочка, ПП1 и ПП2 – размеры правого предсердия в 4-х камерной позиции, ПЗР ПЖ – передне-задний размер правого желудочка, ПЖ1 и ПЖ2 – размеры правого желудочка в 4-х камерной позиции, ТПСЖ – толщина передней стенки правого желудочка, МК: Е/А – соотношение скоростей раннего (пик Е) и позднего (пик А) диастолического наполнения ЛЖ, ТК: Е/А – соотношение скоростей раннего (пик Е) и позднего (пик А) диастолического наполнения ПЖ, ДЛАСред – среднее давление в легочной артерии, ДЛАСист – систолическое давление в легочной артерии.

Во второй основной группе выявлены: диаметр аорты на уровне аортального клапана ($25,8 \pm 0,6$), короткая ось левого предсердия ($36,5 \pm 0,6$ мм) и длинная ось правого предсердия ($46,6 \pm 0,9$ мм), конечно-систолический и конечно-диастолический размеры левого желудочка (КСР ЛЖ и КДР ЛЖ), а также конечно-диастолический объем (КДО ЛЖ), которые были сопоставимы в обеих группах и не отклонялись от нормальных значений. Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и индекс массы миокарда (ИММЛЖ) также были несколько ниже в основной группе БА и составили соответственно $158,2 \pm 9,0$ г и $86,1 \pm 4,0$ г/м². У всех обследованных пациентов в обеих группах сократительная способность миокарда ЛЖ была сохранена (фракция выброса (ФВ) выше 45%), что составило $66,8 \pm 1,0\%$ и $66,2 \pm 1,0\%$ в основной и контрольной группах соответственно.

Размеры правого предсердия (ПП) в 4-х камерной позиции были сопоставимы в сравниваемых группах. Параметры импульсно-волнового доплера с митрального клапана (МК) отличались между группами (соотношение пиков E/A с МК было больше в основной группе БА и составило $1,44 \pm 0,06$, а в контрольной группе ХНБ $1,2 \pm 0,1$ и достигли статистической значимости ($p < 0,05$). Диастолическая дисфункция ЛЖ по данным оценки трансмитрального потока в основной группе не была установлена.

Различия между значениями показателей ДЛА сист. во второй основной и контрольной группах пациентов были статистически значимыми ($p < 0,05$ при сравнении с контролем) и достигали значений $32,1 \pm 1,2$ ммHg и $28,1 \pm 1,6$ ммHg соответственно. Среднегрупповое значение ДЛА составило в основной группе $24,1 \pm 0,8$, что было выше, чем в контрольной группе $21,7 \pm 0,9$ соответственно. Хотя среднегрупповое значение показателя ДЛА сист. было ниже 35 ммHg, как во второй основной, так и в группе сравнения, однако у 9 пациентов (33,3%) из группы БА и у 6 пациентов (20,7%) из группы ХНБ наблюдалось превышение данного показателя выше 35 ммHg. Данное наблюдение подчеркивает наличие легкой легочной артериальной гипертензии у пациентов основной группы и группы сравнения.

Для изучения патогенетических особенностей выявленных нарушений проведено изучение уровня мозгового натрийуретического пептида (BNP). В таблице 9 представлены результаты исследования данного биомаркера в исследуемых группах пациентов с ХОБЛ, БА и ХНБ.

Таблица 9

Уровни BNP в сыворотке крови

Признаки	ОГ1	КГ1	p	ОГ2	КГ2	p
n	20	25		19	17	
BNP, пг/мл	$89,3 \pm 4,9$	$88,9 \pm 4,8$	-	$11,9 \pm 1,1$	$9,12 \pm 3,1$	-

Примечание: данные представлены в виде $M \pm SD$

Концентрация BNP была несколько выше в группе ХОБЛ по сравнению с группой ХНБ и составила $89,3 \pm 4,9$ пг/мл и $88,9 \pm 4,8$ пг/мл соответственно, что свидетельствует о выраженном миокардиальном стрессе как у пациентов с ХОБЛ, так и с ХНБ, поскольку BNP продуцируется преимущественно кардиомиоцитами в ответ на чрезмерное растяжение клеток миокарда и повышение давления в камерах сердца. Концентрация BNP была выше в группе БА по сравнению с группой ХНБ и составила $11,9 \pm 1,1$ пг/мл и $9,12 \pm 3,1$ пг/мл соответственно, что свидетельствует о неспецифическом характере распределения данного маркера при ХОБЛ и БА.

Оценка иммунологических параметров у пациентов

Лимфоциты играют важную роль в иммунологических процессах, лежащих в основе патогенеза ХОБЛ и астмы, поэтому определение субпопуляционного состава этих клеток, а также соотношения цитокинов, продуцируемых разными подтипами Т-лимфоцитов, может быть использовано для оценки активности и характера иммунологических реакций у пациентов с ХОБЛ и астмой.

При ХОБЛ в стадии обострения наблюдался высокий уровень гамма интерферона – до 330 пг/мл (в референтной группе здоровых лиц по данным лаборатории среднее его значение составило $12,21 \pm 2,84$ пг/мл); уровень ИЛ-4 колебался от 0 до 2,0 пг/мл и составил $0,94 \pm 0,2$ пг/мл ($0,43 \pm 0,23$ в группе ХНБ), а содержание ИЛ-6 – от 0 до 75,0 пг/мл и составил $2,83 \pm 1,17$ пг/мл ($2,72 \pm 0,91$ в группе ХНБ). По данным фирмы-производителя средняя концентрация ИЛ-4 составила 0,2 пг/мл (0–4,0 пг/мл), а содержание ИЛ-6 – 2 пг/мл, диапазон 0–10 пг/мл. У пациентов с ХОБЛ отмечались большие индивидуальные колебания концентрации ФНО- α (от 0 до 70 пг/мл). Уровень ФНО- α в группе здоровых лиц по лабораторным данным составил $1,91 \pm 0,54$ пг/мл.

Основу патогенеза ХОБЛ составляет иммунозависимый воспалительный процесс, обусловленный увеличением содержания провоспалительных цитокинов (ФНО- α , ИЛ-8, IFN- γ). Уровни различных сывороточных цитокинов могут быть суррогатными биомаркерами для развития воспаления и снижения функции легких при ХОБЛ (таблица 10).

Таблица 10

Иммунологические показатели

Показатель, %	¹ Группа здоровых лиц (n=32)	² ХОБЛ (n=20)	³ БА (n=26)	⁴ ХНБ (n=28)	p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻⁴	p ³⁻⁴
CD3+ Т-лимфоциты, %	73,9 \pm 1,0	67,6 \pm 2,2	75,2 \pm 1,1	74,4 \pm 1,5	<0,05	-	<0,05	<0,05
CD4+ Т-хелперы, %	44,8 \pm 1,4	37,9 \pm 2,0	50,2 \pm 1,6	45,9 \pm 1,4	<0,01	<0,05	<0,01	-
CD8+ Т-супрессоры, %	25,2 \pm 1,5	26,9 \pm 2,3	22,95 \pm 1,2	24,9 \pm 1,5	-	-	-	-
CD19+ В лимфоциты, %	10,7 \pm 0,4	13,5 \pm 1,8	14,0 \pm 1,2	11,5 \pm 0,8	-	<0,05	-	-
CD16+56+ ЕК-клетки, %	12,7 \pm 1,0	17,9 \pm 1,5	9,47 \pm 1,25	12,0 \pm 1,5	<0,01	<0,05	<0,05	-
CD3+16+56+ Т-лимфоциты с фенотипом ЕК-клеток, %	3,8 \pm 0,4	6,3 \pm 0,9	6,9 \pm 1,1	4,9 \pm 0,6	<0,05	<0,05	-	-
CD3+HLA+DR+	2,3 \pm 0,2	7,2 \pm 0,8	-	-	<0,001	-	-	-
CD3+38+	21,6 \pm 1,5	17,7 \pm 1,4	-	-		-	-	-
CD4/CD8	1,9 \pm 0,1	2,1 \pm 0,1	2,36 \pm 0,2	2,03 \pm 0,1		<0,05	-	-

У пациентов с ХОБЛ отмечались выраженные изменения показателей Т-клеточного иммунитета: статистически значимое снижение общего количества Т-клеток (CD3⁺) до 67,6±2,2% (p<0,05), Т-хелперов (CD4⁺) до 37,9±2,0% (p<0,01) в сравнении с группой практически здоровых лиц при значительном увеличении естественных киллерных клеток (CD16⁺56⁺) в 1,7 раза до 17,9±1,5% (p<0,01) в обследуемой группе пациентов с ХОБЛ. Выраженное увеличение количества клеток с фенотипом CD3⁺16⁺56⁺ наблюдалось в среднем до 6,3±0,9%, (p<0,05).

Экспрессия молекул активации HLA-DR была повышена в 3,1 раза у пациентов с ХОБЛ (количество CD3⁺HLA⁺DR⁺ составило 7,2±0,8% и 2,3±0,2% в группе сравнения, p<0,001). При этом отмечалось некоторое снижение количества клеток с молекулой CD38. Количество В-лимфоцитов (CD19⁺) значимо не отличалось у пациентов с ХОБЛ по сравнению с группой сравнения (13,5±1,8% и 10,7±0,4% соответственно, p>0,05). В группе сравнения ХНБ исследуемые показатели были аналогичны группе здоровых лиц.

У пациентов с бронхиальной астмой отмечается статистически значимое увеличение содержания CD4⁺-Т-хелперов до 50,2±1,6 % в сравнении с группой ХНБ до 45,9±1,4 % (p<0,05). Частота превышения нормы содержания CD4⁺-Т-хелперов в основной группе составила 59,3%, что может свидетельствовать о повышении иммунной реактивности у пациентов с бронхиальной астмой. Также наблюдается увеличение содержания CD3⁺16⁺56⁺-Т-лимфоцитов с фенотипом ЕК-клеток у пациентов с БА до 6,9±1,1% (p<0,05) иммунорегуляторного индекса до 2,36±0,2% (p<0,05 в сравнении с группой здоровых лиц, что также свидетельствует о повышении иммунной реактивности у пациентов с БА. Натуральные киллеры (НК-клетки) – популяция больших гранулярных лимфоцитов. Они способны лизировать клетки-мишени, инфицированные вирусами и другими внутриклеточными антигенами. Увеличение количества НК-клеток связано с активацией иммунитета, в некоторых случаях отмечается при аллергических реакциях [14].

Оценка показателей цитологического исследования индуцированной мокроты

У пациентов с ХОБЛ наблюдали увеличение абсолютного количества клеток в 1 мл индуцированной мокроты, увеличение относительного содержания нейтрофилов до 25% при снижении альвеолярных макрофагов до 30% (таблица 11).

При цитологическом исследовании индуцированной мокроты общее количество клеток было несколько меньше при ХОБЛ – 0,01±0,01, чем при ХНБ – 0,03±0,03.

Таблица 11

Показатели цитологического исследования индуцированной мокроты

Параметр	ОГ1	КГ1	p	ОГ2	КГ2	p
				14	7	
n	20	25				
Количество клеток, 10 ⁶ /мл	0,01±0,01	0,03±0,03		0,04±3,1	0,06±4,4	-
Жизнеспособность клеток, %	47,0±1,4	67,0±3,0	<0,001	64,0±4,25	70,0±4,7	-
Плоский эпителий, %	13,0±4,0	35,0±1,6	<0,001	74,86±7,53	19,0±5,5	<0,001
Макрофаги, %	87,0±0,4	65,0±1,6	<0,001	26,5±7,68	81,0±7,2	<0,001
Сегментоядерные нейтрофилы, %				6,0±2,0	0	-
Гистиоциты, %				3,5±2,0	0	-

Однако у пациентов с хроническим необструктивным бронхитом макрофаги достигали 65% при 87,0% в группе с ХОБЛ ($p < 0,001$), что может свидетельствовать о макрофагальном характере воспаления у пациентов с ХОБЛ. У пациентов с ХНБ в индуцированной мокроте преобладал плоский эпителий – $35,0 \pm 1,6\%$ vs при ХОБЛ – $13,0 \pm 4,0\%$, ($p < 0,001$), жизнеспособность клеток была значительно ниже при ХОБЛ – $47,0 \pm 1,4$ ($p < 0,001$). Данные изменения могут указывать на наличие легкого иммунологического дефицита при тяжелой ХОБЛ.

При цитологическом исследовании индуцированной мокроты пациентов с астмой общее количество клеток и их жизнеспособность были аналогичными, однако у пациентов с хроническим необструктивным бронхитом макрофаги достигали 81% при 26,5% в группе с БА ($p < 0,001$), что также может свидетельствовать о макрофагальном характере воспаления. У пациентов с БА в мокроте преобладал плоский эпителий – $74,86 \pm 7,53\%$ по сравнению с ХНБ – $19,0 \pm 0,01\%$, ($p < 0,001$), единичные сегментоядерные нейтрофилы и гистиоциты.

Клинико-функциональное обоснование использования нормоксической баротерапии в комплексном лечении пациентов с ХОБЛ и БА

Применение НБ у пациентов основной группы с ХОБЛ приводит к достоверному улучшению показателей сердечно-сосудистой системы организма: достоверно на 3,3% снижается ДАД (с $81,05 \pm 0,7$ мм рт.ст. до $78,4 \pm 0,6$ мм рт.ст, $p < 0,01$); на 6,8% – гемоглобин (с $147,2 \pm 1,7$ г/л до $137,2 \pm 1,7$ г/л, $p < 0,01$), на 2,0% повышается SpO_2 (с $93,9 \pm 2,1\%$ до $95,8 \pm 0,9\%$, $p < 0,05$). Установлено, что применение НБ у пациентов с ХОБЛ является причиной улучшения микроциркуляции, стабилизации сатурации артериальной крови, улучшения насыщения тканей кислородом и, как следствие, уменьшения артериальной вазоконстрикции и стабилизации уровней легочной гипертензии.

Применение НБ у пациентов с БА приводит к улучшению показателей сердечно-сосудистой системы организма: достоверно снижается ЧСС на 14,4% после процедуры (с $97,1 \pm 1,6$ уд/мин до $81,1 \pm 3,9$ уд/мин, $p < 0,001$), снижается САД на 8,7% (с $144,7 \pm 1,2$ мм рт.ст до $132,1 \pm 1,1$ мм рт.ст, $p < 0,001$), снижается ДАД на 4,3% (с $88,9 \pm 4,5$ мм рт.ст до $85,1 \pm 2,4$ мм рт.ст, $p > 0,05$). Показатель сатурации артериальной крови увеличивается на 2% (с $93,9 \pm 2,1$ до $95,8 \pm 0,9$, $p > 0,05$). Установлено улучшение респираторных показателей после курса процедур НБ, характеризующееся увеличением ЖЕЛ на 9,6% (с $86,1 \pm 3,5$ до $94,4 \pm 0,81$, $p < 0,05$) и соотношения $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ на 118% (с $30,4 \pm 3,0$ до $66,3 \pm 0,5$, $p < 0,001$). Данные изменения могут свидетельствовать об уменьшении бронхиальной обструкции при проведении НБ у пациентов с БА, что сопровождалось изменениями показателей качества жизни пациентов и толерантности к физической нагрузке.

Метод нормоксической баротерапии увеличивает скорость насыщения гемоглобина кислородом (до 100%), активизирует тканевое дыхание на уровне митохондрий с высвобождением энергии для клетки, тем самым обеспечивая стойкий лечебный эффект при основном и сопутствующих заболеваниях (атеросклероз, артериальная гипертензия, сахарный диабет, неврологические заболевания, тревожность, депрессия), повышает уровень адаптационных возможностей пациентов с бронхо-обструктивными заболеваниями легких (профилактика простудных заболеваний, улучшение успеваемости и повышение стрессоустойчивости у детей и взрослых). Развитие долговременного кумулятивного эффекта за счет обновления в течение 8 – 12 сеансов поврежденных клеточных митохондрий

позволяет наполовину снизить количество обострений патологического процесса в течение года.

Заключение. Таким образом, установлено, что у пациентов основной группы с ХОБЛ преобладают: тяжелое течение заболевания, экспираторная одышка, малообратимая бронхиальная обструкция, эмфизема дыхательных путей, что сопровождается хронической дыхательной недостаточностью на фоне умеренных нарушений газообмена. У пациентов с астмой выражены: неконтролируемое течение заболевания, экспираторная одышка, обратимая бронхиальная обструкция, легкая эмфизема дыхательных путей, что сопровождается легкой хронической дыхательной недостаточностью на фоне умеренных нарушений газообмена.

Результаты комплексного исследования функции внешнего дыхания, параметров газообмена, эхокардиографического исследования с определением планиметрических параметров левых и правых отделов сердца, массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), систолической и диастолической функции левого желудочка, а также гемодинамических параметров малого круга кровообращения свидетельствуют о наличии легочной артериальной гипертензии у пациентов с тяжелым течением ХОБЛ на фоне малообратимой бронхиальной обструкции, наличии экспираторной одышки, признаков эмфиземы легких, что сопровождается хронической дыхательной недостаточностью и умеренными нарушениями газообмена, что проявляется, в основном, при физической нагрузке, либо ходьбе (среднегрупповое значение показателя ДЛА сист. составило $37,6 \pm 2,6$ ммHg, $p < 0,05$ при сравнении с контролем). Установлено значимое ($p < 0,05$ по сравнению с контролем) повышение лактата артериальной крови до $2,46 \pm 0,3$ ммоль/л, что свидетельствует о выраженных признаках лактат-ацидоза у пациентов с ХОБЛ. Концентрация BNP была несколько выше в группе ХОБЛ по сравнению с группой ХНБ и составила $89,3 \pm 4,9$ пг/мл и $88,9 \pm 4,8$ пг/мл соответственно, что свидетельствует о выраженном миокардиальном стрессе как у пациентов с ХОБЛ, так и с ХНБ, поскольку BNP продуцируется преимущественно кардиомиоцитами в ответ на чрезмерное растяжение клеток миокарда и повышение давления в камерах сердца. При прогрессировании болезни у пациентов с ХОБЛ наряду с развитием респираторных и кардиореспираторных нарушений происходит постепенное снижение толерантности к физической нагрузке. Пройденная дистанция у пациентов с ХОБЛ в тесте с 6-минутной ходьбой составила $60,7 \pm 0,6\%$ от долж., что подчеркивало факт развития ограничений мобильности у пациентов основной группы. При анализе интегральных показателей качества жизни у пациентов с ХОБЛ наблюдается существенное снижение интегрального показателя физического здоровья (ИПФЗ) до $38,2 \pm 0,8\%$ ($p < 0,001$ по сравнению с контролем) и снижение интегрального показателя психического здоровья (ИППЗ) до $55,7 \pm 0,8\%$ ($p > 0,05$ по сравнению с контролем). Установлено значительное снижение физической и психической составляющих качества жизни. У пациентов с обострением ХОБЛ тяжелого течения повышение лейкоцитов до $12,9 \pm 3,6 \cdot 10^9$ кл/л, СОЭ до $15,2 \pm 3,3$ мм/ч, С-реактивного протеина до $6,3 \pm 2,1$ г/л, что подчеркивало наличие активного воспалительного процесса как в дыхательных путях, так и в сосудистом компоненте сердечно-сосудистой системы, что наряду с умеренной гиперхолестеринемией (уровень его выше $6,5$ ммоль/л) у этих пациентов является предрасполагающим фактором развития атеросклероза коронарных артерий и может являться маркером как артериальной, так и легочной артериальной гипертензии.

Основу патогенеза ХОБЛ составляет иммунозависимый воспалительный процесс, обусловленный увеличением содержания провоспалительных цитокинов (ФНО-а, ИЛ-8, IFN- γ). При ХОБЛ в стадии обострения наблюдался высокий уровень гамма интерферона – до 330 пг/мл (в референтной группе здоровых лиц по данным лаборатории среднее его значение составило $12,21 \pm 2,84$ пг/мл); уровень ИЛ-4 колебался от 0 до 2,0 пг/мл и составил $0,94 \pm 0,2$ пг/мл, а содержание ИЛ-6 – от 0 до 75,0 пг/мл и составило $2,83 \pm 1,17$ пг/мл. Выраженные изменения показателей Т-клеточного иммунитета: статистически значимое снижение общего количества Т-клеток (CD3⁺) до $67,6 \pm 2,2\%$ ($p < 0,05$), Т-хелперов (CD4⁺) до $37,9 \pm 2,0\%$ ($p < 0,01$) в сравнении с группой практически здоровых лиц, у пациентов с ХОБЛ наряду с увеличением иммунорегуляторного индекса CD4/CD8 до $2,1 \pm 0,1$, свидетельствуют о повышении иммунной реактивности у данной категории пациентов. Увеличение абсолютного количества клеток в 1 мл бронхо-альвеолярной жидкости, увеличение относительного содержания нейтрофилов до 25% и снижение альвеолярных макрофагов до 30%, общее количество клеток было несколько меньше при ХОБЛ – $0,01 \pm 0,01$, чем при ХНБ – $0,03 \pm 0,03$, высокое содержание макрофагов до 87,0% ($p < 0,001$ по сравнению с контролем), свидетельствовало о макрофагальном характере воспаления у данной категории пациентов на фоне низкой жизнеспособности клеток $47,0 \pm 1,4$ ($p < 0,001$) при цитологическом исследовании индуцированной мокроты, что указывает на наличие иммунологического дефицита при тяжелой ХОБЛ.

Основу патогенеза астмы составляет наследственно-обусловленное персистирующее воспаление дыхательных путей, в основе которого находится Th1/T2 лимфоцитарный дисбаланс системы иммунитета. Статистически значимое увеличение содержания CD4⁺ Т-хелперов до $50,2 \pm 1,6\%$ ($p < 0,05$ по сравнению с контролем) и частота превышения нормы их содержания до 59,3%, может свидетельствовать о повышении иммунной реактивности у пациентов с бронхиальной астмой, что также подтверждается увеличением содержания CD3⁺16⁺56⁺ Т-лимфоцитов с фенотипом ЕК-клеток до $6,9 \pm 1,1\%$ ($p < 0,05$) и иммуно-регуляторного индекса до $2,36 \pm 0,2\%$ ($p < 0,05$ в сравнении с группой здоровых лиц. У пациентов с астмой выражены: неконтролируемое течение заболевания, экспираторная одышка, обратимая бронхиальная обструкция, легкая эмфизема дыхательных путей, что сопровождается легкой хронической дыхательной недостаточностью на фоне умеренных нарушений газообмена.

Нами дано клинико-физиологическое обоснование применения НБ при лечении пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой.

Предпосылками использования нормоксической баротерапии в комплексном лечении ХОБЛ и БА с кардиоваскулярной коморбидностью является положительное влияние процедур на дыхательную и сердечно-сосудистую систему, снижение хронической дыхательной недостаточности за счет повышения парциального давления кислорода в зоне ишемии, что в считанные минуты восстанавливает поступление кислорода в ткани организма и образование энергии в виде АТФ. Своевременная ликвидация гипоксии, улучшение тканевого дыхания и энергообеспечения клеток является важным механизмом в устранении рефлекторной вазоконстрикции, что способствует стойкому снижению артериального давления и давления в легочной артерии [15].

Реабилитация в комплексе с НБ может быть применена у пациентов с обструктивными заболеваниями легких для улучшения адаптивных способностей организма, повышения

физической работоспособности, а также восстановления тканевого дыхания и нарушенной микроциркуляции при последствиях ишемии.

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

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Mechanisms of development oxidative stress and progression chronic respiratory failure in patients with COPD / Litskevich L.V., Lapteva I.M., Juk O. N. // *Europ. Respiratory J.: abstracts of the 19th ERS Annual Congress, Vienna, Sept. 12–16 2009 / Europ. Respiratory Society; ed.: J. Peter [et al.]. – Vienna, 2009. – Vol. 34. – Suppl. 53. – P. 4479. – S. 1435.*
2. Информационный Бюллетень ВОЗ № 307; Май 2011 г.
3. Кадушкин А.Г., Таганович А.Д., Лаптева И.М. Эпидемиологические особенности хронической обструктивной болезни легких у городских жителей Республики Беларусь. *Здравоохранение 2013; №7. – С. 21-25.*
4. Антонович Ж.В., Царев В.П., Гончарова Н.В. Состояние Т-регуляторного звена иммунной системы у больных бронхиальной астмой в периоды обострения и ремиссии заболевания. *Медицинская панорама 2009;6:– С. 40-43.*
5. Arcasoy SM, Christie JD, Ferrari VA, St John SM, Zisman DA, Blumenthal NP, Pochettino A, Kotloff RM. Echocardiographic assessment of pulmonary hypertension in patients with advance lung disease. *Am J Respir Crit Care Med 2003; 167:735-740.*
6. Fisher MR, Criner GJ, Fishman AP, Hassoun PM, Minai OA, Scharf SM, Fessler AH. Estimating pulmonary artery pressures by echocardiography in patients with emphysema. *Eur Respir J 2007;30:914-921.*
7. Rich S, Dantzker DR, Ayres SM, Bergofsky EH, Brundage BH, Detre KM, Fishman AP, Goldring RM, Groves BM, Koerner SK. Primary pulmonary hypertension. A national prospective study. *Ann Intern Med 1987;107:216-223.*
8. Гаврисюк В.К. Нарушения сердечно-сосудистой системы у больных бронхиальной астмой // *Укр. пульмон. журн.2000.- №2, дополнение. – С. 31-32.*
9. Weitzenblum E, Sautegau A, Ehrhart M, Mammosser M, Pelletier A. Long-term oxygen therapy can reverse the progression of pulmonary hypertension in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis 1985; 131:493-498.*
10. Сердечно-сосудистые заболевания и синдромы при легочной патологии. / Кубышкин В.Ф. и др. // *К.: «Здоров'я». - 1995.– С.224.*
11. С. Н. Авдеев. Легочная гипертензия при хронических респираторных заболеваниях // *Практическая пульмонология. 2010. №2.– С.1-10.*
12. Казанцева Н.В., Щербакова Н.А. Динамика почечного кровотока у больных артериальной гипертензией при применении нормоксической баротерапии. 1-й Национальный конгресс терапевтов. Тез. Докл.-Москва, 2006, с. 256.
13. Показания и противопоказания к применению гипербарической оксигенации в терапевтической клинике. В.Л. Лукич, Л.В. Полякова, Л.В. Куракина, Е.Е. Румянцева, Э.Б. Вернекин, Т.П. Древаль, Н.Л. Телегина, А. Э. Савельева. *КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА МОСКВА-МЕДИЦИНА 1989.*
14. Клинико-лабораторная диагностика инфекционных болезней/Руководство для врачей.-Спб.-2001.-С.205.
15. Клинико-лабораторная диагностика инфекционных болезней/Руководство для врачей.-Спб.-2001.-С.205. Лицкевич Л.В., Ольшевская М.В./ Клинико-физиологическое обоснование применения гипербарической оксигенации (ГБО) при лечении пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой (аналитический обзор) // *Материалы международной научно-практической конференции «МЛУ-туберкулез: новые научные достижения и их практическое применение».-Минск.-17-18 ноября 2016 г.-С.186-189.*

УДК 616-009

МАТЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Никитина В.В.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. В течение последних десятилетий постоянный интерес как у исследователей, так и у практических врачей вызывает проблема формирования неврологических расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями нервной системы.

Цель: улучшить диагностику и терапию пациентов с сердечно-сосудистыми расстройствами с дегенеративными заболеваниями нервной системы.

Материалы и методы: Проанализированы результаты исследований пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией II типа с дегенеративными заболеваниями нервной системы и без. Прогнозирование развития неврологических расстройств у исследованных больных производилось путем комплексного анализа наиболее информативных показателей с помощью дискриминантного, корреляционного анализа нормированных показателей.

Результаты. Исследованные пациенты получали терапию ноотропными, антиагрегантными, антигипертензивными, антиоксидантными препаратами, физиотерапевтические процедуры, комплексы лечебной физкультуры с положительным эффектом.

Заключение. Интенсивная реабилитация с использованием упражнений на нормализацию координации улучшает функциональные возможности пациентов.

Ключевые слова: дегенеративные заболевания нервной системы, нормированные показатели, дисциркуляторная энцефалопатия.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Никитина Вероника Владленовна, д.м.н., доцент, доцент кафедры неврологии и мануальной медицины факультета повышения образования Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург, 197002, ул. Л.Толстого 6-8, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9582-8019>, e-Library SPIN код 9426-0109 nikitina_veronik@mail.ru

MATHEMATICAL ANALYSIS OF THERAPY OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

Nikitina V.V.

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia

Abstract.

Background. Over the past decades, constant interest both researchers and practitioners are concerned with the problem of the formation of neurological disorders in patients with cardiovascular diseases of the nervous system.

Aim is to improve the diagnosis and therapy of patients with cardiovascular disorders with degenerative diseases of the nervous system.

Materials and methods. The results of studies of patients with type II dyscirculatory encephalopathy with and without degenerative diseases of the nervous system are analyzed. The prediction of the development of neurological disorders in the studied patients was carried out by a comprehensive analysis of the most informative indicators using discriminant, correlation analysis of normalized indicators.

Results. The studied patients received therapy with nootropic, antiaggregant, antihypertensive, antioxidant drugs, physiotherapy procedures, physical therapy complexes with a positive effect.

Conclusion. Intensive rehabilitation with the use of coordination normalization exercises improves the functional capabilities of patients.

Keywords: *degenerative diseases of the nervous system, normalized indicators, dyscirculatory encephalopathy.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Veronika V. Nikitina, PhD in (Medical) sciences, Grand PhD in (Medical) sciences, docent, docent of neurology and manual medicine of the faculty of advanced education of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, St. Petersburg, 197002, 6-8 L. Tolstoy street, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9582-8019>, e-Library SPIN code 9426-0109 nikitina_veronik@mail.ru

Введение. Атеросклероз, гипертоническая болезнь являются одними из наиболее часто встречающихся заболеваний современности. (Зейналова Н.В. и соавт., 2017; Черняева М.С. и соавт., 2020) В настоящее время факторы риска развития дегенеративных заболеваний нервной системы (ДЗНС) у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями определены не до конца. При выполнении исследований не всегда учитываются особенности обменных процессов у пациентов с дисциркуляторными энцефалопатиями II стадии (ДЭ) с ДЗНС у больных. Для болезни Паркинсона (БП) у пациентов характерны двигательные и недвигательные расстройства. К группе мозжечковых дегенераций с поздним началом относятся спиноцеребеллярные атаксии с аутосомно-доминантным типом наследования (АДА), а также идиопатические мозжечковые дегенерации. (Durr A., 2010; Никитина В.В. и соавт., 2017; Li M. et al, 2018). Современные генетические классификации относят АДА к 40 типам СЦА. (Soong B.W. et al, 2018). Верификация диагноза СЦА основывается на клинических и генетических особенностях проявлений различных типов заболеваний (рис.1) Спиноцеребеллярные атаксии с аутосомно-рецессивным типом наследования (АРА) характеризуются атаксиями (А) с другими неврологическими синдромами (рис.1) (Whaley N. R.

et al, 2011). АРА распределены на 3 типа: тип I, II, III. АРА I типа представлены следующими синдромами: СЦА 1- СЦА 4, СЦА 8, СЦА 10, СЦА 12 - СЦА 23, СЦА 25, СЦА 27, СЦА 28, и дентаторубральнопаллидарная атрофия. Пациенты с АРА со II типом ассоциированы с пигментными макулопатиями, и включают СЦА 7. АРА тип III представлены СЦА 5, СЦА 6, СЦА 11, СЦА 26, СЦА 29, СЦА 30, СЦА 31. Манифестирует заболевание у больных чаще в подростковом возрасте, реже в детском возрасте. Патоморфологически при аутопсии наблюдаются разнообразные сочетания дегенерации ствола, базальных ганглиев головного мозга (ГМ), черепных нервов, спинного мозга, периферических нервов конечностей. Часто встречаются сакадические нарушения движения глаз у пациентов со СЦА 2 типа. (Rodriguez-Labrada R. et al, 2016) Преобладают в популяции пациенты с АДА I типа. Первые нарушения походки у больных начинаются, в среднем, в 35 лет. Впоследствии добавляются нарушения функционирования мимических мышц, речи. Психические нарушения проявляются в виде депрессий, снижения интеллекта. (Beaudin M. et al, 2019) Классификация, генетически подтвержденных АРА соответствует принципам и критериям, установленным Международной целевой группой общества по классификации и номенклатуре генетических двигательных расстройств (International Parkinson and Movement Disorder Society Task Force) (Rossi M., 2018).

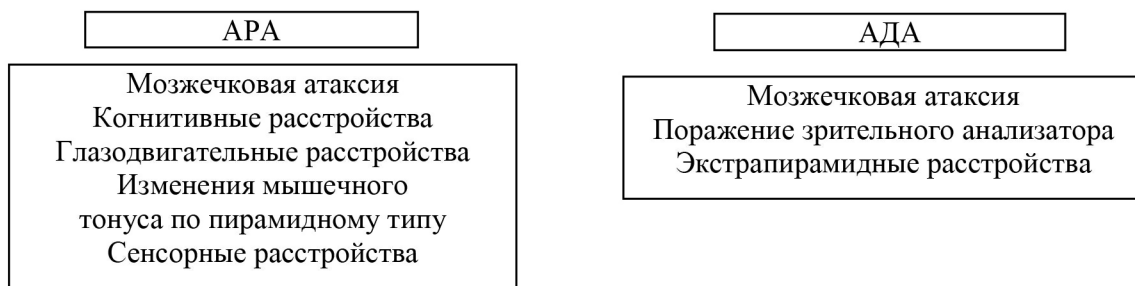


Рис. 1. Часто встречающиеся неврологические синдромы пациентов с АРА и АДА

Нарушения осанки при мозжечковой А являются основной причиной нарушения равновесия.

Цель исследования: улучшить диагностику и терапию пациентов с ДЭ с и без ДЗНС.

Материалы и методы. Проанализированы результаты исследований 98 пациентов с ДЭ с и без ДЗНС, исследовавшихся в ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова МЗ РФ. Были сформированы две группы пациентов. Первую группу (51 человека) составили пациенты с ДЭ, вторую группу (47 человек) – больные, страдавшие ДЭ и ДЗНС. Возраст пациентов первой группы составлял $54,8 \pm 11,5$ лет, возраст пациентов второй группы - $51,8 \pm 15,8$ лет ($p < 0,05$). По гендерному распределению: в первой группе – 22 мужчин и 29 женщин; во второй группе - 20 мужчин и 27 женщин. Диагнозы заболеваний всех пациентов были верифицированы клинически, с помощью нейровизуализационных исследований (НИ). Пациенты 2 групп имели сопутствующие хронические заболевания, изменения при выполнении электрокардиографического исследования (ЭКГ) (рис. 2).

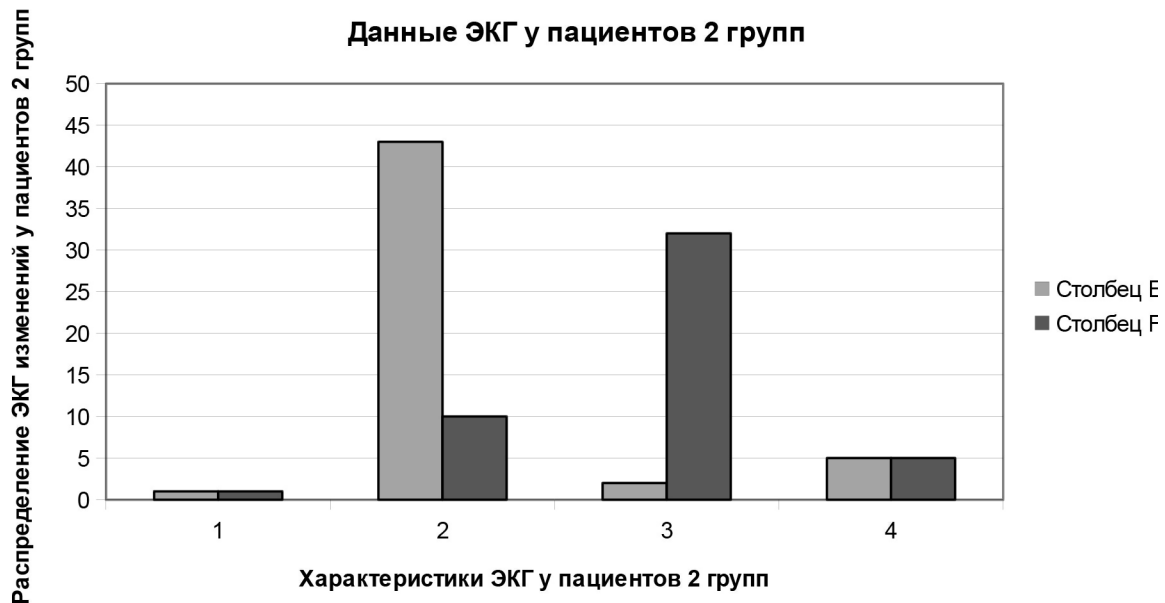


Рис. 2. Столбец E – ЭКГ характеристики пациентов 1 группы, столбец F – ЭКГ характеристики пациентов 2 группы, 1 – норма ЭКГ, 2 – неполная блокада ножек пучков Гиса, 3 – полная блокада ножек пучков Гиса, 4 – постинфарктные нарушения ЭКГ ($p < 0,01$)

По данным исследования у пациентов 1 группы в качестве сопутствующих заболеваний преобладали ГБ II ст, артериальная гипертензия 2 степени (АГ), риск ССО 3 по сравнению с больными 2 группы, в частности, у 40 (78%) и у 25 (53 %) исследованных, соответственно ($p < 0,05$). Наиболее тяжелые расстройства функционирования миокарда по данным электрокардиографического исследования (ЭКГ) были зарегистрированы у пациентов 2 группы ($p < 0,01$). Полная блокада ножек пучка Гиса, постинфарктные изменения на ЭКГ наблюдались у больных 1 группы в 2 (4%) и 5 (10 %) случаях, 2 группы – в 32 (68%) и 5 (11 %) случаях, соответственно ($p < 0,01$). Различными типами сахарного диабета (СД) чаще страдали больные 2 группы. В частности, сопутствующее заболевание в виде СД I типа имели 3 (6%) больных, II типа – 17 (36%) пациентов 2 группы, у 2 (4%) пациентов 1 группы – сахарный диабет II типа ($p < 0,001$). Дополнительно пациентам выполнялись ультразвуковая диагностика брахиоцефальных артерий, транскраниальная доплерография (УЗД), биохимические исследования крови. Прогнозирование развития ДЭ у больных с ДЗНС производилось путем комплексного анализа наиболее информативных показателей с помощью дискриминантного (ДА), корреляционного (КА) нормированных показателей (НП). Корреляционным анализом НП изучали тесноту связи показателей в исследованной группе. (Бочков А.П. и соавт., 2019; Никитина В.В. и соавт, 2020).

Результаты и обсуждения. По данным ДА наиболее значимыми в прогнозировании тяжести течения у исследованных больных с ДЭ, страдавших ДЗНС являются проявления неврологических расстройств, нейровизуализационных исследований (НИ), биохимических параметров плазмы крови. В клинической картине пациентов 1 группы преобладали расстройства функции мозжечка, вегетативные нарушения, расстройства глубокой чувствительности. Во 2 группе исследованных больных преобладали поражения функционирования черепных нервов, пирамидной системы. По данным НИ в первой группе пациентов преобладали проявления сосудистого поражения ГМ, в частности у 31 (61 %)

исследованных больных наблюдались проявления дисциркуляторной энцефалопатии. Во 2 группе - у 40 пациентов (85%) - регистрировались атрофические изменения структур ГМ по данным НИ. Процент правильной классификации - точности диагностики - составил 91 %: для 1 группы - 92 %; для 2 группы - 89,3 %. В результате проведения ДА наиболее значимыми оказались следующие переменные: результаты НИ, тяжести течения СД, ГБ, расстройств чувствительности, наличия вредных привычек и профессиональных вредностей. Влияние ГБ на тяжесть течения заболевания у пациентов 1 группы было наиболее значимым в молодом возрасте, у больных 2 группы – во всех возрастных группах. Результаты НИ пациентов 1 группы продемонстрировали одинаково серьезные нарушения во всех возрастных группах. Во 2 группе больные имели наиболее грубые расстройства при выполнении НИ в молодом возрасте. По данным КА с использованием критерия Пирсона у пациентов 2 групп отмечалось значимая взаимосвязь между возрастом и тяжестью течения ГБ. Эти изменения были наиболее выраженными у больных 2 группы. Аналогичные изменения регистрировались у пациентов 2 групп при выполнении КА при сравнении возраста и когнитивных нарушений пациентов. Исследованные больные получали терапию ноотропными, антиагрегантными, антигипертензивными, антиоксидантными препаратами, агонистами дофаминовых рецепторов, физиотерапевтические процедуры, комплексы лечебной физкультуры с положительным эффектом. и в ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова было проведено стабиллографическое исследование. Заключение. Выраженная фронтальная асимметрия справа, выраженная саггитальная асимметрия назад, выраженные нарушения функции равновесия, нормальный сбалансированный зрительный контроль. После проведенной терапии у пациента, сохраняются проявления пирамидной недостаточности слева, уменьшились проявления мозжечковой атаксии, регрессировали расстройства функции периферической нервной системы. Результаты терапии исследованных больных согласуются с выводами авторов исследования по изучению эффективности применения пирацетама, ноотропных препаратов у пациентов с наследственной хронической мозжечковой А, хроническими нарушениями мозгового кровообращения (Белова Л.А. и соавт., 2019) При мозжечковой А реабилитационные программы основаны на интенсивных статических и динамических упражнениях на улучшения равновесия и координации движений. (Скворцов Д.В. и соавт, 2013; Calabrò R.S. et al, 2016). В частности, на неврологическом отделении применяется реабилитационная программа для пациентов с А. Она включала в себя лечебные процедуры для пациентов: сеансы координационных упражнений, упражнения на улучшение равновесия, хождение по неровной поверхности. Улучшения касались нистагма, дизартрии и, в меньшей степени, нарушений осанки. Пациенты 1 и 2 групп улучшили свою походку, независимость в повседневной жизни (письмо, одевание), в частности 24 (47%) и 29 (62%), соответственно ($p < 0,05$). Эти улучшения были более выраженными у пациентов 2 группы, возможно, за счет улучшения координации движений у этих больных. В частности, проявления мозжечковых расстройств после проведенной комплексной терапии уменьшились у всех пациентов. Интенсивная реабилитация с использованием упражнений на нормализацию координации движений улучшает функциональные возможности пациентов. Одним из методов лечения пациентов с ДЗНС, СЦА являются транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) ГМ, двусторонняя глубокая стимуляция ГМ (ДГС ГМ). (Freund H.J. et al, 2007; Shanker V., 2019) При выполнении процедуры ДГС ГМ осуществля-

ется стимуляция вентральных, латеральных, интермедиальных ядер таламуса ГМ. ТМС и ДГС ГМ эффективны для курации пирамидных и экстрапирамидных расстройств, мозжечкового тремора, стабилизации и улучшения соматического статуса.

Заключение. Результаты данного научного исследования явились выявления наиболее значимых клинических, инструментальных показателей 2 групп пациентов, полученных в результате статистической обработки. У пациентов 1 группы наиболее грубое влияние на тяжесть клинических проявлений ДЭ оказало течение ГБ, у пациентов 2 группы - равнозначное значение имели как ГБ, СД всех типов, ИБС. Применение персонифицированной реабилитации с использованием лекарственной терапии в условиях специализированного неврологического отделения стационара способствовало улучшению состояния, уменьшения клинических проявлений заболеваний пациентов 2 групп.

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

The author declares no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES:

1. Belova LA, Mashin VV, Dudikov EM, Belov DV, Krupennikov AA. Mnogocentrovaya nablyudatel'naya programma po ocenke effektivnosti kompleksnoj terapii preparatami korteksin i rekognan (citikolin) kognitivnyh narushenij u pacientov s hronicheskoj cerebrovaskulyarnoj patologiej. Zhurnal nevrologii i psixiatrii im. S.S. Korsakova. 2019; 119(2): 35-38. Russian (Белова Л.А., В. В. Машин В.В., Е. М. Дудиков Е.М., Д. В. Белов Д.В., А. А. Крупенников А.А. Многоцентровая наблюдательная программа по оценке эффективности комплексной терапии препаратами кортексин и рекоган (цитиколлин) когнитивных нарушений у пациентов с хронической цереброваскулярной патологией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(2): 35-38 doi:10.17116/jnevro201911902135)
2. Bochkov AP Informacionnye sistemy upravleniya ekonomicheskimi ob'ektami: uchebnik / APBochkov, AA Grafov. - 2 izd., pererab i dop. - Sankt-Peterburg: Lan', 2019. - 160 s.: il. Russian (Бочков А.П. Информационные системы управления экономическими объектами: учебник / А.П.Бочков, А.А.Графов. - 2 изд., перераб и доп. - Санкт-Петербург: Лань, 2019. - 160 с.: ил.)
3. Zejnalova NV, Kurbanov YAgub Ziyaddin oglu, Mirzazade VA, Rzaeva RA, Novruzova MS. Risk serdechno-sosudistoj smerti pri saharном diabete 2-go tipa Klinicheskaya medicina. 2017; 95(1): 57-59 Russian (Зейналова Н.В., Курбанов Ягуб Зияддин оглу, Мирзазаде В.А., Рзаева Р.А., Новрузова М.С. Риск сердечно-сосудистой смерти при сахарном диабете 2-го типа Клиническая медицина. 2017; 95(1): 57-59)
4. Kashezhev AG, Sinkin MV, Kulikov AG, Levin OS Vliyanie ritmicheskoy transkranal'noj magnitnoj stimulyacii na dinamiku motornyh i nemotornyh proyavlenij bolezni Parkinsona. Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizicheskoy kul'tury. 2019; 96(6): 17-21. doi: 10.17116/kurort20199606117. Russian (Кашежев А.Г., Синкин М.В., Куликов А.Г., Левин О.С. Влияние ритмической транскраниальной магнитной стимуляции на динамику моторных и немоторных проявлений болезни Паркинсона. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2019;96(6): 17-21. doi: 10.17116/kurort20199606117)
5. Nikitina VV, Konovalov AYU, Zapatrina OV, Perfil'ev SV Klinicheskij sluchaj pacienta so spinocerebellyarnoj ataksiej tip I. Estestvennye i tekhnicheskie nauki. 2017. 4(106): 40-42. Russian (Никитина В.В., Коновалов А.Ю., Запатрина О.В., Перфильев С.В. Клинический случай пациента со спиноцеребеллярной атаксией тип I. Естественные и технические науки. 2017. 4(106): 40-42)
6. Nikitina VV, Bochkov AP, Guseva VR Osobennosti patogeneza nevrologicheskix rasstrojstv u pacientov s ateroskleroticheskimi gipertonicheskimi encefalopatiyami, posledstviyami ishemicheskix insul'tov. Estestvennye i tekhnicheskie nauki. 2020; 2: 116-118. Russian (Никитина В.В., Бочков А.П., Гусева В.Р. Особенности патогенеза неврологических расстройств у пациентов с атеросклеротическими гипертоническими энцефалопатиями, последствиями ишемических инсультов. Естественные и технические науки. 2020; 2: 116-118).
7. Nodel' MR, Danilova NN, Glozman ZHM, YAhno NN Vzaimosvyaz' kognitivnyh i emocional'no-afektivnyh narushenij u pacientov s boleznyu Parkinsona. Nevrologicheskij zhurnal. 2016; 6: 338-343. Russian (Нодель М.Р., Данилова Н.Н., Глозман Ж.М., Яхно Н.Н. Взаимосвязь когнитивных и эмоционально-аффективных нарушений у пациентов с болезнью Паркинсона. Неврологический журнал. 2016; 6: 338-343. doi: 10.18821/1560-9545-2016-21-6-338-343)

8. Skvorcov DV, Ivanova GE, Polyayev BA, Stahovskaya LV Diagnostika i testirovanie dvigatel'noj patologii instrumental'nymi metodami. Vestnik vosstanovitel'noj mediciny. 2013; 5: 74-78. Russian (Скворцов Д.В., Иванова Г.Е., Поляев Б.А., Стаховская Л.В. Диагностика и тестирование двигательной патологии инструментальными методами. Вестник восстановительной медицины. 2013; 5: 74-78).
9. Cherniaeva MS, Ostroumova OD Target levels of blood pressure in patients with arterial hypertension and coronary heart disease. "Arterial'naya Gipertenziya" ("Arterial Hypertension"). 2020; 26(1): 15-26. Russian (Черняева М.С., Остроумова О.Д. Целевые уровни артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. Артериальная гипертензия. 2020; 1: 15-26. doi.org/10.18705/1607-419X-2020-26-1-15-26)
10. Beaudin M., Matilla-Dueñas A., Soong B.W., Pedroso J.L., Barsottini O.G., Mitoma H., Tsuji S., Schmann J.D., Manto M., Rouleau G.A., Klein C., Dupre N. The Classification of Autosomal Recessive Cerebellar Ataxias: a Consensus Statement from the Society for Research on the Cerebellum and Ataxias Task Force. Cerebellum. 2019;18(6): 1098-1125. doi: 10.1007/s12311-019-01052-2
11. Calabrò R.S., Cacciola A., Bertè Manuli A., Leo A., Bramanti A., Naro A., Milardi D., Bramanti P. Robotic gait rehabilitation and substitution devices in neurological disorders: where are we now? Neurol Sci. 2016; 37(4):503-14. doi: 10.1007/s10072-016-2474-4.
12. Durr A. Autosomal dominant cerebellar ataxias: polyglutamine expansions and beyond. Lancet Neurol. 2010; 9(9):885-94. doi: 10.1016/S1474-4422(10)70183-6
13. Freund H.J., Barnikol U.B., Nolte D., Treuer H., Auburger G., Tass P.A. et al. Subthalamic-thalamic DBS in a case with spinocerebellar ataxia type 2 and severe tremor-A unusual clinical benefit. Mov Disord. 2007; 22: 732-735. doi.org/10.1002/mds.21338
14. Li M., Ma Q., Zhao X., Wang C., Wu H., Yang W. Dilemma of multiple system atrophy and spinocerebellar ataxias. J.Neurol. 2018; 265(12): 2764-2772. doi: 10.1007/s00415-018-8876-x
15. Rodriguez-Labrada R., Velázquez-Pérez L., Auburger G., Ziemann U., Canales-Ochoa N., Medrano-Montero J., Vázquez-Mojena Y., González-Zaldívar Y. Spinocerebellar ataxia type 2: Measures of saccade changes improve power for clinical trials. Mov Disord. 2016; 31(4): 570-8. doi: 10.1002/mds.26532
16. Rossi M., Anheim M., Durr A., Klein C., Koenig M., Synofzik M., Marras C., van de Warrenburg B.P., International Parkinson and Movement Disorder Society Task Force on Classification and Nomenclature of Genetic Movement Disorders. The genetic nomenclature of recessive cerebellar ataxias. Mov Disord. 2018; 33(7): 1056-1076. doi: 10.1002/mds.27415
17. Shanker V. Essential tremor: diagnosis and management. BMJ. 2019; 366: l4485. doi: 10.1136/bmj.l4485
18. Soong B.W., Morrison P.J. Spinocerebellar ataxias. Handb Clin Neurol. 2018; 155: 143-174. doi: 10.1016/B978-0-444-64189-2.00010-X
19. Whaley N. R., Fujioka S., Wszolek Z. K. Autosomal dominant cerebellar ataxia type I: A review of the phenotypic and genotypic characteristics. Orphanet J Rare Dis. 2011; 6: 33. doi: 10.1186/1750-1172-6-33

УДК: 614.2

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Азовцев Д.Ю., Карасаева Л.А.

ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия

Аннотация. Современная медицина характеризуется все большим признанием особой роли психосоматических и социальных факторов в патогенезе различных заболеваний. Эта проблема становится актуальной и во фтизиатрии. Пограничные нервно-психические расстройства встречаются у 13-100 % больных туберкулезом и неблагоприятно влияют на функциональные возможности организма и течение заболевания. Нервно-психические расстройства у больных туберкулезом являются результатом воздействия туберкулезной интоксикации, антибактериальных препаратов, психогенного влияния самого заболевания и в свою очередь во многом определяют результаты антибактериальной терапии. Это обуславливает пристальное внимание к психологическим исследованиям в области фтизиатрии.

Цель. Изучение вегетативного статуса больных с различными формами туберкулезной инфекции.

Материалы и методы. Изучение вегетативного статуса у взрослых больных туберкулезом по данным КИГ, клиническая оценка ИВТ по таблице А.М. Вейна. Методы исследования: статистический, сравнительный, экспертной оценки.

Ключевые слова: вегетативная дисфункция, симпатикотонический, туберкулезная инфекция, пациенты.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Азовцев Денис Юрьевич, ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. адрес: 194044, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0729-0966>, eLibrary SPIN 3698-3001, email: assaden2007@rambler.ru

Карасаева Людмила Алексеевна, доктор мед. наук, профессор кафедры организации здравоохранения, медико-социальной экспертизы и реабилитации, ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. адрес: 194044, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5621-0240>; eLibrary SPIN: 9544-3108; email: ludkaras@yandex.ru

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

PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF AUTONOMIC DYSFUNCTION IN TUBERCULOSIS

Azovtsev D. Yu. Karasaeva L.A.

Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Saint Petersburg, Russia

Abstracts. *Modern medicine is characterized by an increasing recognition of the special role of psychosomatic and social factors in the pathogenesis of various diseases. This problem is also becoming relevant in phthisiology. Borderline neuropsychiatric disorders occur in 13-100 % of tuberculosis patients and adversely affect the functional capabilities of the body and the course of the disease. Neuropsychiatric disorders in tuberculosis patients are the result of exposure to tuberculosis intoxication, antibacterial drugs, the psychogenic effect of the disease itself and, in turn, largely determine the results of antibacterial therapy. This leads to close attention to psychological research in the field of phthisiology.*

Aim *is to study the vegetative status of patients with various forms of tuberculosis infection.*

Materials and methods. *The study of the vegetative status in adult tuberculosis patients according to the CIG data, the clinical evaluation of IVT according to the A.M. Vane table. Research methods are statistical, comparative, expert evaluation.*

Keywords: *autonomic dysfunction, sympathicotonic, tuberculosis infection, patients.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Azovtsev Denis Yurievich, address: 194044, St. Petersburg, Bolshoy Sampsonievsky pr., 11/12; email: assaden2007@rambler.ru

Karasaeva Lyudmila Alekseevna, Doctor of Medical Sciences, Professor; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5621-0240>; eLibrary SPIN: 9544-3108; address: 194044, St. Petersburg, Bolshoy Sampsonievsky pr., 11/12; email: ludkaras@yandex.ru

Authors' contribution statement. The authors evenly participated in research, data collection, analysis and writing of the article.

Введение. Современная медицина характеризуется все большим признанием особой роли психосоматических и социальных факторов в патогенезе различных заболеваний. Эта проблема становится актуальной и во фтизиатрии. Пограничные нервно-психические расстройства встречаются у 13-100% больных туберкулезом и неблагоприятно влияют на функциональные возможности организма и течение заболевания. Нервно-психические расстройства у больных туберкулезом являются результатом воздействия туберкулезной интоксикации, антибактериальных препаратов, психогенного влияния самого заболевания и в свою очередь во многом определяют результаты антибактериальной терапии. Это обуславливает пристальное внимание к психологическим исследованиям в области фтизиатрии.

Цель. Изучение вегетативного статуса больных с различными формами туберкулезной инфекции.

Материалы и методы. Изучение вегетативного статуса у взрослых больных туберкулезом по данным КИГ, клиническая оценка ИВТ по таблице А.М. Вейна. Методы исследования: статистический, сравнительный, экспертной оценки.

Результаты. С психическими процессами тесно связана вегетативная регуляция, обуславливающая адаптацию организма к внешним воздействиям (Вейн А.М., 1981, Гельгорн Э., 1948) [30,35]. У больных туберкулёзом вегетативные нарушения носят характер, при которых создается разрыв между физическими параметрами и возможностями сосудистого обеспечения, высокая напряженность анаболических процессов сопровождаются возрастанием активности и симпатического, и парасимпатического звеньев вегетативной нервной системы, что создает предпосылки для развития синдрома вегетативной дисфункции (Козлова Л.В., 2008, Левина Л.И., 2009) [69,83]. Распространенность вегетативных нарушений в популяции, составляет от 25 до 80% (А.М. Вейн с соавт., 1991) [28]. Это обуславливает своеобразие течения многих заболеваний, в том числе туберкулеза. Поэтому одним из аспектов проблемы туберкулеза является вегетативная дисфункция у пациентов с туберкулезной инфекцией.

Установлено, что развитию вегетативной дисфункции способствуют заболевания, которые протекают с синдромом интоксикации (Вейн А.М., 1981, Козлова Л.В., 2008, Ледяев М.Я., 2009) [30,69,86]. Анализ литературных данных позволяет рассматривать токсикоз как неспецифический метаболический стресс, возникающий в организме в ответ на внедрение микробов и вирусов и приводящий к нарушению регуляторных механизмов ЦНС с расстройством деятельности внутренних органов и систем.

Изучение вегетативного статуса у взрослых больных туберкулёзом показало, что существуют различия вегетативной регуляции у больных с разными результатами лечения (Филипова Т.П., 1995) [170]: по данным КИГ, в случае эффективности лечения чаще имела место симпатикотония, а при неблагоприятных исходах – ваготония.

Влияние вегетативной нервной системы на иммунологический и гормональный статус больных туберкулёзом исследовалось Шовкун Л.А. (1995) [188]. Ею было установлено, что у пациентов с ваготонией имеет место более выраженное снижение СТГ, АКТГ, кортизола, уровня Т-РОК и реакции бласттрансформации лимфоцитов по сравнению с лицами с симпатикотонией. Описаны изменения функционального состояния вегетативной нервной системы при различных формах и активности туберкулезного процесса (Лукашова Е.Н., 2004) [93]. Установлено, что больным туберкулёзом старшего возраста свойственен преимущественно симпатикотонический характер вегетативной регуляции по данным кардиоинтервалографии и недостаточное вегетативное обеспечение деятельности. Автор подчеркивала, что уровень напряжения вегетативной регуляции зависит от степени активности и распространенности процесса, а параметры variability сердечного ритма уже в начале лечения позволяют прогнозировать большие и малые остаточные изменения после излечения туберкулеза у молодых. В то же время, в указанных работах не рассматривалось состояние вегетативной нервной системы при латентной туберкулезной инфекции и клинические особенности туберкулеза органов дыхания в зависимости от исходного вегетативного тонуса. Вопросы влияния «вегетативного портрета» на течение туберкулеза изучены недостаточно, что не позволяет проводить своевременную диагностику и коррекцию имеющихся нарушений. В связи с этим представляется актуальным исследование, посвященное данной проблеме.

Сравнительная характеристика вегетативного статуса больных с различными формами туберкулезной инфекции

С целью изучения вегетативного статуса обследованы 24 больных ТОД (14 женщин (58,3%), средний возраст $25,4 \pm 0,4$ лет, 10 мужчин (41,7%), средний возраст $25,6 \pm 0,5$ лет) и 20 пациентов с латентной туберкулезной инфекцией (10 женщин (50%), средний возраст $25 \pm 0,5$ лет, 10 мужчин (50%), средний возраст $25,3 \pm 0,4$ лет). По возрастному и половому составу группы достоверно не различались. Всем пациентам проведено исследование вегетативного статуса при поступлении в стационар, 13 пациентам с ТОД – повторно по окончании интенсивной фазы химиотерапии.

Результаты клинической оценки ИВТ по таблице А.М. Вейна (1981) [30] у больных с туберкулезом органов дыхания представлены в таблице 20. Проверка статистической значимости отличия соотношения долей симпатикотонии, эйтонии и ваготонии от равного при помощи критерия χ^2 [49] показала достоверное преобладание симпатикотонии, имеющей место у 13 (54,2%) пациентов. Симпатикотонический характер ИВТ проявлялся бледностью кожных покровов, сердцебиением, нарушениями сна, склонностью к повышению АД и в ряде случаев характерными изменениями на электрокардиограмме в виде тахикардии и укорочения интервала PQ. У 8 (33,3%) пациентов отмечалась эйтония (смешанный тип регуляции), и только в 3 наблюдениях (12,5%) было выявлено преобладание ваготонических признаков (зябкость, потливость, мраморность кожи, стойкий красный дермографизм).

В группе пациентов с латентной туберкулезной инфекцией проценты встречаемости описанных вариантов ИВТ значимо не отличались от полученных у больных туберкулезом (значения критерия χ^2 не превышали критические): доля лиц с симпатикотонией составила 50% (10 человек), эйтония выявлена в 4 случаях (20%), ваготония – у 6 пациентов (30%). Однако за счет несколько большей, чем в первом случае, частоты ваготонического варианта различие между долями внутри группы оказалось статистически не значимым (таблица 1).

Таким образом, процент больных с симпатикотоническим типом ИВТ в исследуемых группах превысил частоту его встречаемости у здоровых лиц, которая, по данным разных авторов, составляет в среднем 12-18% [30,35,93]. Полученные нами данные свидетельствуют о преимущественной активации симпатической нервной системы при туберкулезной инфекции.

Характер реагирования вегетативной нервной системы в ответ на действие внешних и внутренних раздражителей определяет вегетативная реактивность. Исследования ВР у здоровых лиц показывают в большинстве случаев ее эйтонический характер; симпатикотонические реакции отмечаются приблизительно в 1/3 случаев, парасимпатикотонические – в 1/10 (Дюкова Г.М., 1978, Соловьева В.Д., 1973). Изучение этого параметра у пациентов с ТОД при помощи физических тестов (рефлексы Даньини-Ашнера, Чермака, определение дермографизма) показало сходные со средними по популяции результаты. Смешанный тип регуляции выявлен у 10 (41,7%), симпатикотонический у 9 (37,5%) и асимпатикотонический у 5 (20,8%) пациентов. У пациентов, инфицированных МБТ, смешанный тип ВР выявлялся в 5 случаях (25%), симпатикотонический – в 11 (55%), асимпатикотонический (с преобладанием влияния парасимпатической нервной системы) – в 4 (20%) наблюдениях. Статистическая обработка результатов исследования с помощью F -критерия Фишера и критерия χ^2 показала отсутствие значимых различий по ВР между группами.

Выявленные более чем у половины обследованных признаки вегетативной дисфункции свидетельствуют о частом нарушении адаптивных возможностей организма, как при латентной туберкулезной инфекции, так и при активном ТОД. Для проверки этого утверждения у обследуемых было изучено вегетативное обеспечение деятельности – параметр, который характеризует состояние вегетативной нервной системы, при котором поддерживается ее оптимальное функционирование, что обуславливает адекватную нагрузкам деятельность отдельных систем и организма в целом. С этой целью 44 пациентам проведена клино-ортостатическая проба. Ее результаты (таблица 2) показали, что и у пациентов с туберкулезом органов дыхания, и у лиц с латентной туберкулезной инфекцией нормальная реакция гемодинамики на нагрузку отмечается в единичных случаях. Так же редко выявлялось избыточное ВОД. У абсолютного большинства пациентов обеих групп (95,8% в основной и 80% в группе сравнения) выявлено недостаточное ВОД.

Наиболее часто регистрировался гипердиастолический вариант КОП, при котором вследствие несогласованной работы различных отделов вегетативной нервной системы при нагрузке происходит уменьшение пульсового давления, что свидетельствует о недостаточном включении симпатико-адреналовой системы. Доля этого вида реакции значительно преобладала над остальными в обеих группах, составив 58,3% у больных туберкулезом и 40% у пациентов с латентной туберкулезной инфекцией. Несколько реже, приблизительно у 1/3 пациентов, регистрировался асимпатикотонический вариант КОП с развитием ортостатической гипотонии, указывающей на снижение мозгового кровотока в результате недостаточной активности симпатической нервной системы. В отдельных случаях отмечались реакции смешанного типа (симпатико-астенический и астено-симпатический), свидетельствующие о недостаточном ВОД с быстрым истощением адаптационных возможностей.

У 13 пациентов с ТОД и недостаточным ВОД изучена динамика параметров вегетативного статуса в ходе лечения туберкулезного процесса без применения средств коррекции вегетативной дисфункции. Контрольное обследование проводилось через 3-4 месяца после поступления в стационар, к моменту завершения интенсивной фазы химиотерапии. Оценка статистической значимости выявленных изменений проводилась методом расчета критерия Мак-Немора. Результаты представлены в таблице 3.

Повторное исследование показало, что восстановление ВОД в ходе химиотерапии имеет место приблизительно у трети пациентов с туберкулезом органов дыхания. Изменение ВОД достоверно, что подтверждается при расчете критерия Мак-Немора ($M_{эмп} = 5,0 > M_{кр} = 3,841$, $p < 0,05$) и обусловлено уменьшением туберкулезной интоксикации. Изменения ИВТ и ВР в процессе лечения туберкулеза оказались статистически не значимыми. С одной стороны, это свидетельствует о возможном исходном (до развития заболевания) наличии вегетативной дисфункции у ряда пациентов. С другой – указывает на необходимость коррекции дисбаланса вегетативной нервной системы у таких пациентов методами гигиено-диетического режима и средствами патогенетической терапии.

Таким образом, вегетативная регуляция более чем у 2/3 пациентов с ТОД характеризуется неустойчивостью, часто с преобладанием симпатических влияний. Латентная туберкулезная инфекция также сопровождается дисбалансом вегетативной нервной системы с избыточным тонусом симпатической нервной системы в половине случаев. Достоверных различий по вегетативному статусу в зависимости от формы туберкулезной инфекции не выявлено.

Выводы. В условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации туберкулезом заболевают преимущественно ранее инфицированные (80,7%), не получавшие химиопрофилактику при наличии показаний к ней (88%), имеющие внутрисемейный контакт с больными туберкулезом (50,4%), лица женского пола (57,4%). Несвоевременная диагностика туберкулеза имеет место в 83,3% случаев. Причинами поздней постановки диагноза являются стертая клиническая симптоматика - в 27,1%, нерегулярное прохождение плановой профилактической флюорографии (81,4%) и туберкулинодиагностики (11,6%).

Туберкулез органов дыхания в регионах с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией представлен преимущественно вторичными формами (85,3%), ведущее место занимает инфильтративный туберкулез легких (53,5%). Распространенные и осложненные процессы, с бактериовыделением и распадом легочной ткани на современном этапе составляют более трети впервые выявленных случаев туберкулеза.

В условиях эпидемии 48%, заболевших туберкулезом, имеют социальные факторы риска. К особенностям течения заболевания у социально неблагополучных пациентов относятся высокая частота осложнений (36,7%), бактериовыделения (36,7%), распада легочной ткани (41,7%), формирования распространенных процессов (28,3%). Неблагоприятные социальные условия являются фактором, провоцирующим досрочное прерывание химиотерапии (21,6%) и одной из причин неэффективности основного курса лечения (16,7%).

Отягощенный соматический фон имеет место у 62% больных туберкулезом подростков. В этих случаях достоверно чаще развивается инфильтративный туберкулез легких (60%), формируются распространенные процессы (45%) с бактериовыделением (28,8%) и осложнениями (52,5%).

У больных туберкулезом в большинстве случаев имеет место симпатикотонический тип ИВТ. Ваготонический ИВТ прогностически неблагоприятен для дальнейшего течения заболевания – в этих случаях процессы характеризуются распространенностью поражения, развитием осложнений и замедленной динамикой выздоровления.

Существует связь типа ВР больных туберкулезом и особенностей течения заболевания. Распространенные и осложненные туберкулезные процессы чаще сопровождаются ваготонической ВР, в то время как симпатикотония характерна для пациентов с ограниченным, неосложненным ТОД и для лиц с латентной туберкулезной инфекцией.

Больным туберкулезом свойственны высокая общая тревожность и социально-ситуационная тревога. Как при активном ТОД, так и при латентной туберкулезной инфекции более чем в половине случаев пациентов отмечаются акцентуированные черты характера, нередко создающие предпосылки для возникновения социального конфликта.

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

The authors declare no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Агафонкина Т.В., Кострова О.Ю., Рыжовская Ж.А. Оценка реактивности вегетативной нервной системы у студентов медицинского факультета: статья КФилД ЧГУ им. И.Н. Ульянова. Чебоксары, 2007.
2. Башчук С.Н., Трещинский А.И., Максименко П.С., Дедовец С.П., Некрасова И.М. Изменение тонуса вегетативной нервной системы в течение перидуральной анестезии азакаином. //Клиническая хирургия. —1991.—№1.-С.58-61.
3. Баевский Р.М., Кукушкин Ю.А., Марасанов А.В., Романов Е.А. Методика оценки функционального состояния организма человека. //Медицина труда и промышленная экология. 1995.- № 3. - С. 30-34.
4. Валькова Н.Ю. Количественная оценка вегетативной регуляции: методология, системное исследование влияния внешних и внутренних факторов: автореферат дис. ... д-р биол. наук / Н.Ю. Валькова. Архангельск, 2007. 42 с.
5. Викторова И. А. Роль вегетативной нервной системы в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни [Текст] / И. А. Викторова, И. А. Гришечкина, Л. Н. Соболев // Молодой ученый. — 2014. — №5. — С. 128-131
6. Васильев Ю.Г., Шумихина Г.В., Соболевский С.А. Внесинаптические взаимодействия в центральной нервной системе // Гистологическая наука России в начале XXI века: итоги, задачи, перспективы. М.: РУДН, 2003.-С. 106-108.
7. Голубев, В.Л. Методы исследования вегетативной нервной системы / В.Л. Голубев // Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение: руководство для врачей. – М.: МИА, 2010. – С. 49–59.
8. Голубев, В.Л. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение: руководство для врачей / В.Л. Голубев. – М.: МИА, 2010. – С. 108–132.
9. Кассиль, Г.Н. Вегетативное регулирование гомеостаза внутренней среды // Физиология вегетативной нервной системы. – Л.: Наука, 1981. – С. 536–567.
10. Котельников, С.А. Индекс эрготропной активности – интегральный показатель состояния надсегментарных центров вегетативной регуляции / С.А. Котельников С.А. [и др.] // Физиология человека. – 2003. – № 3. (29) – С. 66–71.
11. Крыжановский, Г.Н. Общая патофизиология нервной системы/Г.Н. Крыжановский М.: Медицина, 1997,- 350с.
12. Ландсберг Л. Вегетативная нервная система и вегетотропные средства / Л. Ландсберг, Дж. Янг// From Harrison's Principles of Internal Medicine. 14-thedition.2002.
13. Литвицкий, П.Ф. Патофизиология/ П.Ф. Литвицкий М., ГЭОТАР-МЕД, 2002.
14. Ноздрачев АД., Щербатых Ю.В. Современные способы оценки функционального состояния автономной (вегетативной) нервной системы [Текст] // Физиология человека. —2001. —Т. 27. —№ 6. —С. 95.
15. Одинак М.М., Е.Б. Шустов, С.В. Коломенцев. Методология инструментального изучения вегетативной нервной системы в норме и патологии // Вестник российской военно-медицинской академии. – 2012. - №2 (38). - С. 141-152.
16. Одинак, М.М. Оценка функционального состояния структур вегетативной нервной системы методом вызванных потенциалов / М.М. Одинак [и др.] // Акт. вопр. клиники, диагностики и лечения: тез. докл. науч. конф. – СПб.: ВМА, 1995. – С. 542–543.
17. Соловьева, А.Д. Методы исследования вегетативной нервной системы / А.Д. Соловьева, А.Б. Данилов // Заболевания вегетативной нервной системы: руководство для врачей. – М.: Медицина, 1991. – С. 39–84..
18. Фишер, А.М. Хронобиологические аспекты состояния вегетативного тонуса у больных пневмонией и здоровых лиц / А.М. Фишер, В.А. Яковлев, И.Г. Куренкова // Клиническая патофизиология. – 2007. – № 1–2. – с. 57– 63.

ДК 616-08-039.71

ПРОГРАММА КОМПЛЕКСНОГО САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В КУП «ДРОЦ «ЖДАНОВИЧИ»

Кострица С.А., Чехович Н.Я., Кулинчик Н.И.

Коммунальное унитарное предприятие «Детский реабилитационно-оздоровительный центр «Ждановичи» главного управления по здравоохранению Минского областного исполнительного комитета, Минск, Беларусь

Аннотация

Основная деятельность КУП «ДРОЦ «Ждановичи» – обеспечение санаторно-курортным лечением детей, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС. Эта статья состоит из следующих разделов: введение, цели, материалы и методы лечения, результаты и выводы. Одним из профилей детского реабилитационного центра-болезни эндокринной системы, связанные с расстройством питания и нарушения обмена веществ. В статье говорится о программе комплексного санаторно-курортного лечения детей и подростков с метаболическим синдромом. Эта программа разработана и внедрена для таких пациентов центра эндокринологом совместно с врачом-физиотерапевтом, диетологом, инструктором ЛФК, психологом при участии сотрудников кафедры педиатрии БелМАПО.

Цель этой работы – разработать комплексный подход в профилактике и санаторно-курортном лечении метаболического синдрома.

Разработанная и внедренная программа санаторно-курортного лечения болезней эндокринной системы, связанных с расстройством питания и нарушения обмена веществ, включает в себя: диагностику, диетотерапию, ЛФК, массаж, кислородотерапию, питье минеральной воды, бальнео-гидротерапию, термоледотерапию, аппаратную физиотерапию, психотерапию.

После лечения у 95,3% детей отмечено выраженное улучшение состояния здоровья.

Теоретический и практический материал этой статьи можно использовать в профилактике и санаторно-курортном лечении болезней эндокринной системы, связанных с расстройством питания и нарушениях обмена веществ, в детских реабилитационно-оздоровительных центрах.

Ключевые слова: *ДРОЦ «Ждановичи», диагностика, санаторно-курортное лечение, психотерапия, метаболический синдром.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Кострица Светлана Анатольевна; адрес: 223028, РБ, Минский р-н, аг. Ждановичи, ул. Вокзальная, 96; ORCID: <http://orcid.org/0009-0006-4705-0832>; e-mail: kostritza@yandex.ru

Чехович Наталья Ярославовна; адрес: 223028, РБ, Минский р-н, аг. Ждановичи, ул. Вокзальная, 96; e-mail: natalacehovic1@gmail.com

Кулинчик Николай Игоревич; адрес: 223028, РБ, Минский район, аг. Ждановичи, ул. Вокзальная, 96; e-mail: director@дроцждановичи.бел

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

PROGRAM OF COMPLEX SANATORIUM-RESORT TREATMENT OF CHILDREN WITH METABOLIC SYNDROME IN PAC «DROC «ZH DANOVICHY»

Kostritsa S.A., Chekhovich N.Ya., Kulinchik N.I.

PAC "Children's rehabilitation center" Zhdanovichy" Main Department of Health of the Minsk Regional Executive Committee, Minsk, Republic of Belarus

Abstract

The main activity of PAC "DROC "Zhdanovichy" is to provide sanatorium-resort treatment to children living in the territories contaminated with radionuclides and affected by the Chernobyl NPP catastrophe. This article consists of the following sections: introduction, objectives, materials and methods of treatment, results and conclusions. One of the profiles of the children's rehabilitation center is endocrine system diseases associated with nutritional and metabolic disorders. The article talks about the program of complex sanatorium-resort treatment of children and adolescents with metabolic syndrome. This program was developed and implemented for such patients by an endocrinologist together with a physiotherapist, a nutritionist, a physical therapy instructor, a psychologist with the participation of the staff of the Department of Pediatrics of BelMapo.

The aim of this work is a comprehensive approach to the prevention and spa treatment of metabolic syndrome.

The developed and implemented program of sanatorium-resort treatment of endocrine system diseases associated with eating disorders and metabolic disorders includes: diagnosis, diet therapy, physical therapy, massage, oxygen therapy, drinking mineral water, balneo-hydrotherapy, thermopeloidotherapy, apparatus physiotherapy, psychotherapy.

After treatment, 95.3 % of children showed a marked improvement in their health.

Theoretical and practical material of this article can be used in the prevention and sanatorium-resort treatment of diseases of the endocrine system associated with nutritional disorders and metabolic disorders, in children's rehabilitation and health centers.

Key words: *DROC "Zhdanovichy", diagnostics, spa treatment, psychotherapy, metabolic syndrome.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Svetlana A. Kostritsa; 223028, Republic of Belarus, Minsk district, ag. Zhdanovichy, 96 Vokzalnaya St.; ORCID: <http://orcid.org/0009-0006-4705-0832>; e-mail: kostritza@yandex.ru

Natalia Ya. Chekhovich; 223028, Republic of Belarus, Minsk district, ag. Zhdanovichy, 96 Vokzalnaya str.; e-mail: natalacehovic1@gmail.com

Nikolay I. Kulinchik; 223028, Republic of Belarus, Minsk district, ag. Zhdanovichy, 96 Vokzalnaya str.; e-mail: director@дрoцздановичи.бел.

Authors' contribution statement. The authors evenly participated in research, data collection, analysis and writing of the article.

Введение. Коммунальное унитарное предприятие «Детский реабилитационно-оздоровительный центр «Ждановичи» (Центр) - санаторно-курортная организация высшей категории для детей, взрослых и детей.

Основная деятельность Центра направлена на оказание услуг по санаторно-курортному лечению, реабилитации и оздоровлению граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС. Один из профилей санаторно-курортной организации – «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ».

При ежегодном анализе эффективности оздоровительного процесса мы выявили большой процент детей с избыточной массой тела. По статистике за второй квартал 2023 года из 1578 детей, оздоравливающихся в Центре, 237 детей имели избыточную массу тела, что составило 15,1% от общего количества детей.

Целью нашей работы стала разработка и внедрение программы санаторно-курортного лечения детей с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. В последние годы постановка диагноза «метаболический синдром» (МС) у подростков и детей старшего возраста не является редкостью. Очевидная роль в этом принадлежит модификации образа жизни современного человека, неестественной для его биологической природы. Ограничение физической активности, увеличение потребляемых калорий с нарушением качественного состава диеты, рост эмоциональных нагрузок, приверженность к вредным привычкам — все это при определенной генетической предрасположенности человека в конечном итоге приводит к формированию потенцированного фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний — так называемому метаболическому синдрому, основные положения которого были впервые сформулированы в 1988 году Reaven G.M. Важность проблемы МС в педиатрии актуальна в связи с тем, что это состояние очень часто переходит из детского и подросткового возраста во взрослую жизнь.

В патогенезе МС выделяют три механизма. Каждый может запускать любые патологические метаболические и гемодинамические процессы: висцеральное (абдоминальное) ожирение, инсулинорезистентность и артериальная гипертензия (АГ).

В настоящее время диагностика метаболического синдрома у детей и подростков основана на согласованных критериях, предложенных Международной диабетической федерацией (IDF) в 2007 году. Основным диагностическим признаком является абдоминальное ожирение, оцениваемое по центильным таблицам окружности талии. Согласно критериям IDF, метаболический синдром не диагностируется в возрасте до 6 лет, в возрасте пациента 6-10 лет речь идет только о группе риска его формирования, а о сформировавшемся метаболическом синдроме правомочно говорить у ребенка старше 10 лет при наличии абдоминального ожирения, сопровождающегося двумя и более дополнительными патологическими сдвигами: повышение триглицеридов, снижение уровня холестерина ЛПВП, повышение артериального давления (АД), гипергликемия.

Результаты. В ДРОЦ «Ждановичи» дети и подростки проходят курс санаторно-курортного лечения на протяжении 24 дней. В период с 03.01.2023 по 30.06.2023 была отобрана группа детей и подростков в возрасте от 15 до 18 лет с предполагаемым диагнозом метаболический синдром. Критерием отбора было наличие абдоминального ожирения, гипергликемии и повышенного АД. Программа санаторно-курортного лечения таких пациентов

была разработана в ДРОЦ «Ждановичи» врачом эндокринологом совместно с врачом физиотерапевтом, диетологом, инструктором ЛФК, психологом центра при участии сотрудников кафедры педиатрии БелМАПО.

В соответствии с программой, на протяжении заезда дети были осмотрены врачом эндокринологом 2 – 3 раза и врачом-педиатром 2 – 3 раза. Всем детям проведены диагностические исследования:

1. *Определение массы тела*

Массу тела оценивали при помощи центильных таблиц соотношения линейного роста к массе тела. Масса тела в пределах 85-95 процентиля оценивается как избыточная, свыше 95-й процентиля - как ожирение.

2. *Соотношения окружности талии к окружности бедер*

У детей старше 15 лет (после окончательного формирования типа конституции) оценивали по критериям ВОЗ - у девочек больше 0,8, у мальчиков больше 0,9. Окружность талии у детей старше 15 лет (после окончательного формирования типа конституции) - у девочек более 80 см, у мальчиков более 94 см.

3. *Лабораторная диагностика:*

3.1. Оценка гипергликемии у детей и подростков

Исследовали уровень глюкозы натощак и через 2 часа после проведения перорального глюкозотолерантного теста, который подразумевает нагрузку глюкозой из расчета 1,75 г глюкозы на 1 кг массы тела, но не более 75г. По результатам:

3.1.1. если уровень глюкозы натощак 6,2-7,0 ммоль/л в плазме крови и 5,6-6,3 ммоль/л в капиллярной крови; через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста - до 7,8 ммоль/л в плазме и капиллярной крови – выявлена гипергликемия;

3.1.2. если уровень глюкозы натощак до 7,0 ммоль/л в плазме крови и до 6,3 ммоль/л в капиллярной крови; через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста 7,8-11,1 ммоль/л в плазме и капиллярной крови – выявлено нарушение толерантности к глюкозе;

1.3. если уровень глюкозы крови натощак выше 7,0 ммоль/л в плазме и больше 6,3 ммоль/л в капиллярной крови; через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста и/или еды/или случайная гликемия более 11,1 ммоль/л в плазме и капиллярной крови, такое состояние расценивается как «сахарный диабет».

4. *Измерение АД*

Определяли по специальным таблицам перцентилей роста, соответствующего полу и возрасту пациента. Вычисляли средние значения САД и ДАД на основании трех измерений АД, проведенных с интервалом 2-3 минуты.

5. *ЭКГ.*

Разработанная и внедренная в Центре программа санаторно-курортного лечения при заболеваниях эндокринной системы, связанных с расстройством питания и нарушения обмена веществ, включает в себя:

1. **Диетотерапия**

Режим питания включает 6 приемов пищи (3 основных и 3 дополнительных). Основная

калорийность пищевого рациона приходится на первую половину дня. Ужин не позднее 19 часов и содержит не более 20% суточного калоража, Снижение энергоценности диеты происходит за счет ограничения углеводов (до 150 г. в день) и жиров животного происхождения, а потребление растительных жиров увеличено до 50% общего количества жиров, ограничение поваренной соли до 5г. в день.

2. Лечебная физическая культура

2.1. Занятия в зале ЛФК (лечебная и дыхательная гимнастика, общеукрепляющие упражнения, тренировка брюшного пресса) по 40 минут в щадящем режиме с возрастающей мышечной нагрузкой, 10 процедур.

2.2. Механотерапия (занятия на тренажерах – кардиотренировки) по 20-30 минут в щадящем режиме с возрастающей нагрузкой, до 8-10 занятий на курс лечения.

2.3. ЛФК в бассейне по 20-30 минут, до 7-10 занятий на курс лечения.

2.4. Терренкур ежедневно по 500,0-2000,0 м, 2 раза в день, в среднем темпе, 10-15 процедур.

3. Массаж (один вид)

3.1. Ручной массаж, 8 процедур.

3.2. Вакуумный массаж спины (аппарат «Вакупракт») 10-15 минут, 8 процедур.

3.3. Аппаратный вибромассаж (массажное кресло, массажная кушетка «Нуга бест»), 8 процедур.

4. Кислородотерапия (один вид)

4.1. Кислородный коктейль за 1-1.5 часа до еды по 200,0- 350,0 мл (в зависимости от возраста), 8 процедур.

4.2. Гипербарическая оксигинация в барокамере «Avatorika-02», по 15-20 минут при рабочем давлении в барокамере до 0,15 атм., 8 процедур.

5. Питьевое лечение

5.1. Питьевое лечение минеральной водой 3 раза в день за 45-60 минут до приема пищи, начиная с небольших доз воды (50-100 мл) и при хорошей переносимости постепенно переходим до 200 мл на прием, 45 процедур.

5.2. Прием фито –чая: «Баланс» (ромашка, черника, крапива, шиповник и многие другие), «АРФАЗЕТИН-Э» (хвощ полевой, черника, шиповник, фасоль, зверобой), «Монастырский чай» (шиповник, черника, полевой хвощ, цикорий, зверобой, ромашка аптечная, шалфей и др.), «Эвалар Био» (плоды шиповника, козлятник лекарственный, листья брусники, цветки гречихи, листья черной смородины, листья крапивы), 10 процедур.

6. Бальнео- гидротерапия, термо-, пелоидотерапия (до 2 видов процедур):

6.1. Углекислые, йодо-бромные, хвойно-валериановые, хлоридно-натриевые, грязеразводные, «сухие» углекислые ванны, ванны с бишофитом и грязевым экстрактом и др., 8- 10 процедур.

6.2. Гидромассажные, вихревые, жемчужные ванны, душ Шарко, подводный душ-массаж, контрастные ванны для конечностей, курс 8-10 процедур.

6.3. Грязевые, парафиновые и озокеритовые аппликации, курс 8 процедур.

7. Аппаратная физиотерапия (до 2 видов процедур):

7.1. Электролечение:

7.1.1. гальванизация и лекарственный электрофорез Mg +, новокаина + по рефлекторно-сегментарной методике («воротник» по Щербаку) или по общей методике Вермеля;

7.1.2. импульсная электротерапия синусоидально модулированными токами (СМТ) паравертебрально на грудной отдел позвоночника;

7.1.3. электросон по лобно-затылочной методике при частоте 5-10 Гц;

7.1.4. дарсонвализация головы и воротниковой зоны;

7.1.5. гальванизация конечностей в четырехкамерной гальванической ванне.

7.2. Магнитотерапия:

7.2.1. общая магнитотерапия (аппарат «УниСПОК»);

7.2.2. местная магнитотерапия на шейно-воротниковую зону (аппарат АМТ-01).

7.3. Светотерапия:

7.3.1. надвенное лазерное облучение крови (аппарат «Рикта-04\4»);

7.3.2. магнито-лазерное воздействие на 4 поля: средняя треть грудины, шейно-воротниковая зона, область верхушки сердца, левая подлопаточная область, 1-3 минуты на поле;

7.3.3. поляризованный свет (лампа «Биоптрон») на лицо и шейно-воротниковую зону.

8. Психотерапия

Психолого-педагогическую коррекцию проводили с целью выработки установки на активное участие в реабилитационном процессе, формирования взаимоотношений в детском коллективе, обучения эффективным способам преодоления стрессовых ситуаций, тревожности. Основные усилия педагога-психолога были направлены на развитие позитивного отношения к жизни, коррекцию негативного эмоционального состояния, закрепление положительных чувств и эмоций, отработку умения владеть собой в травмирующих ситуациях.

В центре активно ведется профилактическая работа с отдыхающими по распорядку дня, пропаганде здорового образа жизни. В каждом заезде медицинской и педагогической службами проводятся тематические беседы-кинолектории по ФЗОЖ. Основные темы бесед: «Вредные привычки и что мы знаем о них», «Профилактика гиподинамии», «ТВ и здоровье», «Режим труда и отдыха», «О спорт, ты- мир!» и др.

По окончании санаторно-курортного лечения и оздоровления повторно проводятся диагностические исследования: измеряем АД, уровень глюкозы натощак и через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста, оцениваем массу тела и окружность талии, а также анализируем общее самочувствие и жалобы.

После лечения у 95,3% детей (226 человек) с избыточной массой тела и предполагаемым диагнозом «метаболический синдром» отмечено выраженное улучшение и у 4,7% (11 человек) незначительное улучшение, что связано с другим основным заболеванием.

Важно, что комплексный подход в Центре способствует нормализации общего состояния детей, оказывает также определенное воздействие, благодаря которому несколько снижается уровень глюкозы в крови, нормализуется или снижается уровень повышенного артериального давления, появляется тенденция к снижению массы тела.

Надеемся, что в дальнейшем наши пациенты продолжат следовать навыкам здорового образа жизни, полученным за период пребывания в Центре.

Выводы: для профилактики и лечения метаболического синдрома необходим комплексный подход. С учетом возраста, ряда сопутствующих заболеваний, особенностей развития необходим индивидуальный подход ко всем детям. С ребенком обязательно должен работать психолог (индивидуальная программа для каждого ребенка). Санаторно-курортные организации, располагая широким спектром лечебно-оздоровительных процедур для лечения детей и подростков, могут проводить комплексное лечение больных с метаболическим синдромом. С целью достижения качественных результатов необходимо расширять приемственность в работе санаторно-курортных организаций и поликлиники.

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

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Метаболический синдром у детей: тактика врача-педиатра: учеб.-метод. пособие/ И.А. Ненартович.- Минск: БелМАПО, 2017.-42с.
2. Кострица С.А. Регламент работы РУП «Детский реабилитационно-оздоровительный центр «Ждановичи». /-Минск, 2018- 10с.

REFERENCES:

1. Metabolic syndrome in children: tactics of pediatrician: textbook/I.A. Nenartovich.- Minsk: BelMAPO, 2017.- 42 pp.(In Russ.)
2. Kostritsa S.A. Regulations of the RUE “Children’s rehabilitation and recreation center “Zhdanovichy”. /-Minsk, 2018.- 10s.(In Russ.)

Раздел 5

**СОЦИАЛЬНАЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИИ
И АБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ**

Section 5

**SOCIAL, PSYCHOLOGICAL AND PROFESSIONAL
REHABILITATION AND HABILITATION OF PEOPLE WITH
DISABILITIES**

УДК 614.2

ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ СОЗДАНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ РАБОЧИХ МЕСТ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЯМИ СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙГорайнова М.В.¹, Карасаева Л.А.¹, Горайнов И.В.², Мясников И.Р.¹¹ ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия² ФКУ ГБ МСЭ по Санкт-Петербургу Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия**Аннотация**

Введение. К наиболее значимым проблемам в системе реабилитации инвалидов относятся проблемы трудоустройства инвалидов, что обуславливает совершенствование методических аспектов организации трудоустройства, создание рабочих мест и условий, пригодных для трудовой деятельности инвалидов. В общем контингенте инвалидов особой категорией являются инвалиды с нарушениями сенсорных функций (зрения и сочетания зрения и слуха). Организационные формы занятости этой категории инвалидов ориентированы на создание специальных рабочих мест. Следовательно, для повышения показателей трудовой занятости инвалидов с выраженными нарушениями сенсорных функций необходимо оптимизировать систему организации специальных рабочих мест.

Цель. Разработка алгоритма создания специальных рабочих мест для инвалидов с нарушениями сенсорных функций.

Материалы и методы. Объект исследования – инвалидов с нарушением функции зрения и с одновременным нарушением функции зрения и слуха. Источники – формы государственной статистической отчетности ФГУ МСЭ 7-собес, службы занятости населения – 2-Т, оригинальная анкета. Методы исследования: аналитический, метод экспертных оценок, статистический, опроса, интервьюирования.

Результаты. Выполненный комплексный анализ и оценка системы профессиональной реабилитации инвалидов с сенсорными нарушениями позволил обосновать модель организации специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов с сенсорными нарушениями.

Заключение. Разработанная региональная организационно-функциональная многокомпонентная модель создания специальных рабочих мест для инвалидов с нарушениями сенсорных функций, позволит оптимизировать межведомственное взаимодействие службы занятости населения и службы медико-социальной экспертизы для совершенствования профессиональной реабилитации инвалидов с выраженными нарушениями сенсорных функций.

Ключевые слова: инвалиды, специальные рабочие места, трудоустройство

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Горайнова Марина Владимировна, к.м.н.; адрес: 194044, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8904-8614>; eLibrary SPIN: 5822-2280; e-mail: marinagoryainova@mail.ru

Карасаева Людмила Алексеевна, д.м.н., профессор; адрес: 194044, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5621-0240>; eLibrary SPIN: 9544-3108; e-mail: ludkaras@yandex.ru

Горайнов Игорь Владимирович, к.м.н.; адрес: 191014, Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 58, лит. А; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8470-124X>; eLibrary SPIN: 5908-6058; e-mail: igoryayunov1983@yandex.ru

Мясников Илья Рубэнович, старший преподаватель; адрес: 194044, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6469-6973>; eLibrary SPIN: 5533-0662; e-mail: ilyamyasnikov@gmail.com

Вклад авторов: Карасаева Л.А. – руководитель работы; Горайнова М.В. – разработка идеи и программы исследования, сбор, анализ и оформление результатов; Горайнов И.В., Мясников И.Р. – оформление результатов, редактирование.

ORGANIZATIONAL AND FUNCTIONAL MODEL OF CREATING SPECIAL JOBS FOR DISABLED PEOPLE WITH SENSOR FUNCTION DISTURBANCES

Goryainova M.V.¹, Karasaeva L.A.¹, Goryainov I.V.², Myasnikov I.R.¹

¹ *Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Saint Petersburg, Russia*

² *Federal State Institution «Main Bureau of Medical and Social Examination in St. Petersburg» of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia*

Abstract

Background. *The most significant problems in the system of rehabilitation of the disabled include the problems of employment of the disabled, which leads to the improvement of the methodological aspects of the organization of employment, the creation of jobs and conditions suitable for the work of the disabled. In the general contingent of people with disabilities, people with sensory impairments are a special category. Organizational forms of employment of this category of disabled people are focused on the creation of special jobs. Therefore, in order to increase the employment rates of people with disabilities with severe sensory impairments, it is necessary to optimize the system for organizing special jobs.*

Aim. *Development of an algorithm for creating special jobs for disabled people with sensory impairments.*

Materials and methods. *The object of the study is disabled people with impaired visual function and with simultaneous impaired visual and hearing functions. Sources - forms of state statistical reporting FSI MSE 7-Sobes, employment services - 2-T, original questionnaire. Research methods: analytical, method of expert assessments, statistical, survey, interviewing.*

Results. *A comprehensive analysis and assessment of the system of vocational rehabilitation of people with sensory disabilities made it possible to substantiate a model for organizing special jobs for the employment of people with sensory disabilities.*

Conclusion. *The developed regional organizational and functional multicomponent model for creating special jobs for people with disabilities with sensory impairments will optimize the interdepartmental interaction between the employment service and the medical and social expertise service to improve the professional rehabilitation of people with disabilities with severe sensory impairments.*

Keywords: *disabled people, special jobs, employment*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Goryainova Marina Vladimirovna, Ph.D.; address: 194044, St. Petersburg, Bolshoy Sampsonievsky pr., 11/12; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8904-8614>; eLibrary SPIN: 5822-2280; e-mail: marinagoryainova@mail.ru

Karasaeva Lyudmila Alekseevna, Doctor of Medical Sciences, Professor; address: 194044, St. Petersburg, Bolshoy Sampsonievsky pr., 11/12; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5621-0240>; eLibrary SPIN: 9544-3108; e-mail: ludkaras@yandex.ru

Goryainov Igor Vladimirovich, Candidate of Medical Sciences; address: 191014, St. Petersburg, Liteiny pr., 58, lit. A; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8470-124X>; eLibrary SPIN: 5908-6058; e-mail: igoryaynov1983@yandex.ru

Myasnikov Ilya Rubenovich, senior lecturer; address: 194044, St. Petersburg, Bolshoy Sampsonievsky pr., 11/12; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6469-6973>; eLibrary SPIN: 5533-0662; e-mail: ilyamyasnikov@gmail.com

Author contribution statement: Karasaeva L.A. - head of work; Goryainova M.V. – development of the idea and research program, collection, analysis and presentation of the results; Goryainov I.V., Myasnikov I.R. - presentation of results, editing.

Введение. К наиболее значимым проблемам в системе реабилитации инвалидов относятся проблемы трудоустройства инвалидов, что обуславливает совершенствование методических аспектов организации трудоустройства, создание рабочих мест и условий, пригодных для трудовой деятельности инвалидов [1, 2]. В общем контингенте инвалидов особой категорией являются инвалиды с нарушениями сенсорных функций (зрения и сочетания зрения и слуха). Организационные формы занятости этой категории инвалидов ориентированы на создание специальных рабочих мест [3]. Следовательно, для повышения показателей трудовой занятости инвалидов с выраженными нарушениями сенсорных функций необходимо оптимизировать систему организации специальных рабочих мест.

Цель исследования. Разработка алгоритма создания специальных рабочих мест для инвалидов с нарушениями сенсорных функций.

Материалы и методы исследования. Объект исследования – инвалидов с нарушением функции зрения и с одновременным нарушением функции зрения и слуха. Источники – формы государственной статистической отчетности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы (ФГУМСЭ) 7-собес, службы занятости населения – 2-Т, оригинальная анкета. Методы исследования: аналитический, метод экспертных оценок, статистический, опроса, интервьюирования.

Результаты исследования. Для разработки алгоритма создания специальных рабочих мест (СРМ) выполнен комплексный анализ и оценка системы профессиональной реабилитации инвалидов с сенсорными нарушениями в Санкт-Петербурге за 5 лет (2015–2019 гг.).

Установлено, что в Санкт-Петербурге в среднем в год при первичном освидетельствовании инвалидность I и II группы вследствие стойких нарушений функции зрения и одновременного нарушения функции зрения и слуха устанавливается в 165 случаях, из них потребность по созданию СРМ устанавливается у 30,0% (50 инвалидов). Анализ рекомендаций по созданию СРМ для инвалидов по зрению установил, что доля рекомендаций по созданию СРМ составляет 50,2% от рекомендаций по созданию СРМ всех инвалидов с нарушением сенсорной функции. В структуре всех рекомендаций по созданию СРМ для впервые признанных инвалидами (ВПИ) удельный вес выявленной потребности для инвалидов I и II группы вследствие стойких нарушений функции зрения и одновременного нарушения функции зрения и слуха составил 14,0%. Установлено, что в официальной форме отчетности ФГУ МСЭ 7-собес отсутствует графа о создании СРМ для инвалидов по зрению и слуху в разделе 3.1.1 (результаты выполнения индивидуальных программ реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида при переосвидетельствовании).

Проведенный анализ оказанных государственных услуг в области содействия занятости населения в Санкт-Петербурге, показал, что удельный вес инвалидов, обращающихся за услугами, низкий – 3,6%, из них 39,2% трудоустраиваются, при этом на квотируемые рабочие места – 2,6%. По профессиональной ориентации, доля выданных заключений для инвалидов очень низкая – 2,7%. Полученные данные свидетельствуют о низкой мотивации инвалидов к труду и неудовлетворительных результатах профессиональной реабилитации инвалидов.

Заявленная работодателями потребность для трудоустройства инвалидов также невысокая и составляет 10,5% от всех заявок. Обращает внимание низкий удельный вес заявок с созданием СРМ для инвалидов 0,4%. Удельный вес заявок для трудоустройства на квотируемые рабочие места достаточно низкий и составляет 2,7% от всех заявок. Обращает внимание недостаточное количество проводимых ярмарок вакансий для инвалидов – 4 раза в год.

Установлено, что в официальной государственной статистической отчетности службы занятости населения (СЗН) 2-Т в разделах «Показатели трудоустройства безработных граждан и инвалидов» и «Потребность в рабочей силе» не содержится показатель зарегистрированных для трудоустройства инвалидов по формам болезней и группам инвалидности.

Проводилось анкетирование инвалидов с нарушением функции зрения и с одновременным нарушением функции зрения и слуха в двух сформированных группах. На момент исследования все респонденты основной (81 чел.) и все респонденты группы сравнения (38 чел.) были трудоустроены и работали. Для определения значимости индивидуальных характеристик и их влияния на результаты профессиональной реабилитации, проводилось их статистическое изучение. Прямая корреляционная связь установлена между возрастом, удовлетворенностью СРМ и трудовой деятельностью ($r = 0,882$, $r = 0,889$) – чем старше инвалиды, тем выше степень их удовлетворенности СРМ и условиями труда.

Инвалиды, которым оказывалось сопровождение в трудоустройстве, удовлетворены СРМ ($r = 0,902$) и не нуждались в смене трудовой деятельности ($p < 0,01$). Инвалиды, которым оказывалась помощь психолога, имели желание профессионального роста ($r = 0,601$, $p < 0,05$). Инвалиды, которым оказывалась помощь волонтеров или представителей общественных организаций инвалидов, удовлетворены СРМ ($r = 0,765$, $p < 0,01$). При использовании в работе вспомогательных технических средств реабилитации (ТСР) инвалиды удовле-

ны СРМ ($r = 0,892$, $p < 0,01$); между пребыванием в центре реабилитации и желанием профессионального роста установлена корреляционная связь ($r = 0,785$) при $p < 0,01$.

Полученные результаты корреляционного анализа позволили выявить приоритетные показатели, оказывающие влияние на организацию СРМ для трудоустройства инвалидов с выраженными сенсорными нарушениями: возраст, уровень образования, наличие рекомендаций по профессиональной реабилитации в ИПРА, проведенные мероприятия по профессиональной ориентации и содействию в трудоустройстве, в том числе, на СРМ; ТСП, удовлетворенность условиями труда и СРМ, периодичность пребывания в центрах реабилитации.

По результатам исследования разработана организационно-функциональная модель создания специальных рабочих мест для инвалидов с выраженными сенсорными нарушениями, включающая следующие компоненты:

I. Нормативно-правовой компонент (федеральные и региональные нормативные акты) – на уровне субъекта Российской Федерации должны быть разработаны и реализовываться программы по трудоустройству инвалидов, в том числе с созданием СРМ для инвалидов с сенсорными нарушениями; законодательно обоснованные положения, направленные на стимулирование работодателей (льготы в налоговой и социальной сфере, субсидии) и инвалидов (единовременные денежные выплаты при трудоустройстве («подъемные»), выдача кредитов под низкие проценты).

II. Медико-социальный компонент (учет ограничения способности к трудовой деятельности, потребностей инвалидов в бюро МСЭ). В бюро МСЭ должен осуществляться индивидуальный подход с учетом степени выраженности нарушенных функций, наличия и выраженности сопутствующих заболеваний, профессиональной направленности, общего и профессионального образования, производственных условий. В разделе профессиональной реабилитации ИПРА должна быть отражена полноценная потребность в СРМ, нуждаемость в сопровождении при содействии занятости и необходимые для трудовой деятельности, ТСП. Характеристика рабочего места при таком трудоустройстве отражается в программе в разделе «Рекомендации по оснащению специального рабочего места для трудоустройства инвалида по зрению/слуху/одновременным нарушением зрения и слуха» и в разделе «Технические средства реабилитации и услуги по реабилитации», в котором должны быть вписаны специальные устройства для инвалидов по зрению, необходимые для осуществления трудовой деятельности.

III. Регионально-межведомственный компонент (орган СЗН, ФГУ МСЭ общественные организации инвалидов, некоммерческие объединения, волонтерские службы; рынок труда (предприятия открытого рынка труда; специализированные предприятия, СРМ). Трудоустройство инвалидов с выраженными сенсорными нарушениями должно быть обеспечено созданием специального рабочего места и соответствующими условиями труда. Наиболее важными моментами, связанными с организацией рабочих мест, являются:

– обеспечение специального рабочего места с учетом нарушенной функции: вспомогательными техническими средствами и устройствами, средствами коммуникации, «доступностью» рабочего места;

– организация безопасной работы;

– взаимодействия с работником в системе трудовых отношений;

IV. Мотивационный (установка инвалида на трудовую деятельность, субъективно-психологический) компонент Инвалид с выраженными сенсорными нарушениями обращается в службу занятости населения с оформленной ИПРА. В СЗН должен осуществляться учет трудоустройства инвалидов с сенсорными нарушениями на СРМ специальные рабочие места в отдельном регистре. В отделе сопровождаемого содействия занятости инвалидов должна проводиться индивидуальная работа с инвалидом, имеющим выраженные сенсорные нарушения: профориентация, социально-психологическая работа, направленная на оценку наличия/отсутствия мотивации на труд, возможность ее коррекции или выработки, подбор или создание специального рабочего места с учетом личностных особенностей инвалида, уточнение условий трудовой деятельности и выбор места, вида и формы трудоустройства, подготовка к предстоящему собеседованию с работодателем.

V. Социально-средовой компонент (мотивация работодателей, доступность инфраструктуры и производственной среды, обеспеченность ТСП). Работодатель создает специальное рабочее место для инвалида с сенсорными нарушениями, оборудованное необходимыми для трудовой деятельности тифлотехническими ТСП, назначает наставника для адаптации и «включения» инвалида в производственный процесс; заключает «соглашение» с СЗН своего региона, которое будет предусматривать поиск работников и оформление трудовых договоров. В региональных программах по трудоустройству инвалидов предусмотреть повышение мотивации работодателей (льготы, социальные преференции и т.д., сниженный процент по кредитам, связанным с созданием СРМ).

VI. Реабилитационный компонент (развитие центров комплексной реабилитации, трудоустройство). Восстановление трудоспособности инвалидов в центрах комплексной реабилитации с соблюдением принципа преемственности при направлении их в СЗН. Прием инвалидов на работу, сопровождение специалистом СЗН трудоустроенных инвалидов на рабочем месте: знакомство с полным производственным циклом на предприятии, мониторинг профессиональной адаптации, обеспечение профессиональной мобильности, взаимодействие с кадровой службой и коллективом.

VII. Информационный (ИПРА). Информационная работа с инвалидами на протяжении всего профессионального маршрута: бюро МСЭ, центры комплексной реабилитации, СЗН. Проведение информационно-просветительской работы о необходимости и возможности постановки инвалидов на учет в СЗН и включении его в трудовую деятельность.

VIII. Организационно-статистический компонент (учетно-отчетные формы по профессиональной реабилитации) Внесение в систему отчетности ФГУ МСЭ 7-собес в раздел 3.1.1 (результаты выполнения индивидуальных программ реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида при переосвидетельствовании) показателя по учету созданных СРМ для инвалидов с сенсорными нарушениями. Внесение в разделы форм отчетности органов СЗН регистров по организации трудоустройства инвалидов с сенсорными нарушениями (нозология, группа инвалидности, профессиографические данные и т.д.).

Заключение. Разработанная региональная организационно-функциональная многокомпонентная модель создания специальных рабочих мест для инвалидов с нарушениями сенсорных функций, позволит оптимизировать межведомственное взаимодействие службы занятости населения и службы медико-социальной экспертизы для совершенствования

профессиональной реабилитации инвалидов с выраженными нарушениями сенсорных функций (зрения и сочетания зрения и слуха).

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

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы / Пузин С.Н., Дмитриева Н.В., Пайков А.Ю., Филиппов В.В., Эркенова Ф. Д., Физицкая В.Д. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2020. – № 1. – С. 29-37.

2. Результаты государственной демографической политики в сфере реабилитации, медико-социальной экспертизы, социального страхования, труда и занятости пострадавших на производстве / М. А. Севастьянов, И. А. Божков, О. Н. Владимирова, М. В. Горяйнова // Казанский медицинский журнал. – 2021. – Т. 102, № 5. – С. 726-735.

3. Карасаева, Л.А. Анализ потребности инвалидов в трудоустройстве на специальном рабочем месте в Российской Федерации и Санкт-Петербурге / Л.А. Карасаева, М.В. Горяйнова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2021. – Т. 24. – № 3. – С. 15-22.

REFERENCES:

1. Actual problems of medical and social expertise / Puzin S.N., Dmitrieva N.V., Paikov A.Yu., Filippov V.V., Erkenova F.D., Fizitskaya V.D. // Medical and social expertise and rehabilitation. - 2020. - No. 1. - P. 29-37.

2. Sevastyanov M.A., Bozhkov I.A., Vladimirova O.N., Goryainova M.V. Results of the state demographic policy in the field of rehabilitation, medical and social expertise, social insurance, labor and employment of victims at work // Kazan Medical Journal. - 2021. - T. 102, No. 5. - S. 726-735. – DOI 10.17816/KMJ2021-726.

3. Karasaeva, L.A. Analysis of the needs of disabled people in employment at a special workplace in the Russian Federation and St. Petersburg / L.A. Karasaeva, M.V. Goryainova // Medico-social expertise and rehabilitation. - 2021. - T. 24. - No. 3. - P. 15-22.

УДК 616.379-008.64

АНАЛИЗ ИПРА ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА С АМПУТАЦИЯМИ

Родионова А.Ю., Макарова О.В., Столов С.В., Полонская И.И.

ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Сахарный диабет (СД), осложненный ампутациями, наносит высокий ущерб здоровью населения и сопровождается значительными экономическими затратами на дорогостоящее лечение и реабилитацию больных.

Цель. Улучшение качества жизни инвалидов с СД и ампутациями нижних конечностей.

Материалы и методы. Изучены данные ИПРА у 30 пациентов с СД, признанных инвалидами в бюро медико-социальной экспертизы различных регионов страны за 2023 г.

Результаты. В мероприятиях медицинской реабилитации нуждались 100 % пациентов, в протезировании и ортезировании – 80,0 %, санаторно-курортное лечение рекомендовано 40,0 % инвалидам. Мероприятия по профессиональной реабилитации рекомендованы в 53,3 % случаев, социально-психологическая адаптация на рабочем месте – 20,0 %, социально-производственная адаптация – 23,3 %. Нуждаемость в мероприятиях социальной реабилитации составляет 86,7-100 %. Технические средства реабилитации инвалидов с СД, осложненным ампутациями, назначаются недостаточно полно. Анализ повторных ИПРА свидетельствует о практически полном отсутствии положительной динамики реабилитационных мероприятий.

Заключение. Инвалиды вследствие СД с ампутациями нуждаются в комплексной программе медико-социальной реабилитации, которая предусматривает проведение мероприятий по медицинским, профессиональным и социальным аспектам реабилитации. Проведенный анализ выявил дефекты заполнения ИПРА инвалидов с СД, осложненным ампутациями, устранение которых позволит добиться максимально положительного результата в восстановлении нарушенных функций и сохранении качества жизни пациентов.

Ключевые слова: сахарный диабет, ампутации, реабилитация, индивидуальная программа реабилитации/абилитации.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Родионова Анна Юрьевна, к.м.н., доцент; адрес: 194044 г. Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0186-7621>; eLibrary SPIN: 3758-3196; e-mail: a.rod84@mail.ru.

Макарова Ольга Владимировна, к.м.н., доцент, адрес: 194044 г. Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1849-0648>; eLibrary SPIN: 3301-1322; e-mail: olgamak2012@mail.ru.

Столов Сергей Валентинович, д.м.н., профессор; 194044 г. Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3431-1224>; eLibrary SPIN: 5492-2429; e-mail: sv100lov@gmail.com.

Полонская Ирина Ивановна, к.м.н., доцент, адрес: 194044 г. Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1280-3401>; eLibrary SPIN: 8764-0959; e-mail: pol-lonskay@mail.ru.

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

ANALYSIS OF THE INDIVIDUAL REHABILITATION/HABILITATION PROGRAM OF PEOPLE WITH DISABILITIES DUE TO DIABETES MELLITUS WITH AMPUTATIONS

Rodionova A.Yu., Makarova O.V., Stolov S.V., Polonskaya I.I.

Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Saint Petersburg, Russia

Abstract

Background. *Diabetes mellitus (DM), complicated by amputations, causes high damage to the health of the population and is accompanied by significant economic costs for expensive treatment and rehabilitation of patients.*

Aim. *To analyze the aspects of an individual rehabilitation/habilitation program for disabled people with DM and amputations of the lower extremities.*

Materials and methods. *The data of the individual rehabilitation/habilitation program in 30 patients with DM recognized as disabled in the Bureau of medical and social expertise of various regions of the country for 2023 were studied.*

Results. *100 % of patients needed medical rehabilitation measures, 80.0 % needed prosthetics and orthotics, and 40.0 % of disabled people were recommended for sanatorium treatment. Occupational rehabilitation measures are recommended in 53.3 % of cases, socio-psychological adaptation in the workplace – 20.0 %, socio-industrial adaptation – 23.3 %. The need for social rehabilitation measures is 86.7-100 %. Technical means of rehabilitation of disabled people with DM complicated by amputations are not fully prescribed. The analysis of repeated cases indicates the almost complete absence of positive dynamics of rehabilitation measures.*

Conclusion. *People with disabilities due to DM with amputations need a comprehensive program of medical and social rehabilitation, which provides for measures on medical, professional and social aspects of rehabilitation. The analysis revealed defects in filling out an individual rehabilitation/habilitation program for disabled people with DM complicated by amputations, the elimination of which will allow achieving the most positive result in restoring impaired functions and preserving the quality of life of patients.*

Keywords: *diabetes mellitus, amputations, rehabilitation, individual rehabilitation/habilitation program.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Anna Yu. Rodionova, MD, Cand. Sci. (Med.), assistant professor; 11/12 B. Sampsonievskij str., Saint Petersburg, 194044; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0186-7621>; eLibrary SPIN: 3758-3196; e-mail: a.rod84@mail.ru

Olga V. Makarova, MD, Cand. Sci. (Med.), assistant professor; 11/12 B. Sampsonievskij str., Saint Petersburg, 194044; <https://orcid.org/0000-0002-1849-0648>; eLibrary SPIN: 3301-1322; e-mail: olgamak2012@mail.ru

Sergey V. Stolov, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor; 11/12 B. Sampsonievskij str., Saint Petersburg, 194044; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3431-1224>; eLibrary SPIN: 5492-2429; e-mail: sv100lov@gmail.com

Irina I. Polonskaya, MD, Cand. Sci. (Med.), assistant professor; 11/12 B. Sampsonievskij str., Saint Petersburg, 194044; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1280-3401>; eLibrary SPIN: 8764-0959; e-mail: pol-lonskay@mail.ru

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

Введение. Особенностью сахарного диабета (СД) является развитие системных сосудистых диабетических осложнений. Основную угрозу здоровью представляют терминальные стадии диабетических осложнений, одним из которых являются ампутации [1]. За последние годы в Российской Федерации отмечена тенденция к снижению частоты высоких ампутаций, однако увеличилась частота оперативных вмешательств при синдроме диабетической стопы за счет увеличения доли малых ампутаций на фоне практически неизменной доли ампутаций в структуре всех операций [1,2]. Ампутации значительно ухудшают качество жизни больных СД, во многих случаях ведут к стойкой утрате трудоспособности, сопровождаются значительными экономическими затратами на лечение и реабилитацию пациентов [3]. Послеампутационная реабилитация пациентов – длительный, многокомпонентный процесс, требующий совместных усилий специалистов различных областей и четкой организации специализированной помощи больным СД с поражениями нижних конечностей.

Цель исследования. Улучшение качества жизни инвалидов с СД и ампутациями нижних конечностей.

Материалы и методы исследования. Изучены данные ИПРА у 30 пациентов с СД, признанных инвалидами в бюро медико-социальной экспертизы различных регионов страны за 2023 г. У большинства была II группа инвалидности – 20 человек (66,6%), инвалидов I и III групп было одинаковое количество – по 5 человек (16,7%). ИПРА разработана при первичном освидетельствовании 9 пациентам (30,0%), при повторном – в 21 случае (70,0%). Все пациенты имели СД 2-го типа, женщин было 17 человек (56,7%), мужчин – 13 (43,3%). Возраст пациентов составлял от 46 до 83 лет, средний возраст – 65,1±5,6 года. Все пациенты получали базисную терапию – пероральные сахароснижающие препараты и/или инсулинотерапию. Ампутации в пределах бедра выполнены у 15 (50,0%) пациентов, в пределах стопы – у 8 (26,7%), в пределах голени – у 7 (23,3%), двусторонняя ампутация имела место у 5 пациентов (16,6%). Изучение социального статуса инвалидов показало, что большинство проживали в семье – 26 (86,7%) человек, в городе – 24 (80,0%) человека. Продолжали трудовую деятельность 3 (10,0%) человека в следующих профессиях: сестра-хозяйка, разнорабочая, художник-оформитель. Среди неработающих инвалидов - 27 человек (90,0%), трудоустроенных было только двое (7,4%); инвалидов, состоящих на учете в службе занятости, не было.

Результаты исследования. В абсолютном большинстве случаев (93,3%) у инвалидов вследствие СД с ампутациями реабилитационный потенциал оценивался как низкий, а реабилитационный прогноз был сомнительным (неясным). У всех пациентов прогнозируемым результатом выполнения реабилитационных мероприятий было частичное восстановление нарушенных функций организма. Все пациенты имели стойкие нарушения статодинамических функций (функции нижних конечностей), функций эндокринной системы и метаболизма, а также сердечно-сосудистой системы. Стойкие нарушения функции опорно-двигательного аппарата, вызывающие необходимость использования кресла-коляски, были у 56,7% пациентов, нарушения функций мочевыделительной системы – в 13,3% случаев. При составлении ИПРА необходимость в

проведении реабилитационных мероприятий у инвалидов вследствие СД с ампутациями установлена в случаях ограничения способности к самообслуживанию 1 степени – у 23,3%, 2 степени – у 70,0%, 3 степени – у 3,3% освидетельствованных; ограничения способности к передвижению 1 степени – у 16,6%, 2 степени – у 63,3%, 3 степени – у 16,6%; ограничения способности к трудовой деятельности 1 степени – у 10,0%, 2 степени – у 66,7%, 3 степени – у 16,6%; ограничения способности к ориентации 2 степени в 6,7% случаев; ограничения способности к контролю за своим поведением – 3,3%.

В мероприятиях медицинской реабилитации нуждались 100% пациентов, при этом в 40,0% случаев целевой уровень гликированного гемоглобина не был достигнут, что свидетельствует о необходимости усиления медицинского аспекта реабилитации инвалидов, достижения полного комплаенса с пациентами. В протезировании и ортезировании нуждались 80,0% пациентов, санаторно-курортное лечение было рекомендовано 40,0% инвалидам.

Рекомендации по условиям организации обучения были определены двум пациентам (6,7%) при первичном оформлении ИПРА. Мероприятия по профессиональной реабилитации были рекомендованы в 53,3% случаев (16 человек), в том числе профессиональная ориентация – 6 (20,0%), содействие в трудоустройстве – 10 (33,3%). Анализ рекомендуемых условий труда показал, что в 26,7% случаев пациентам был доступен труд в оптимальных, допустимых условиях труда; в 6,6% необходимы были дополнительные перерывы; в 3,3% доступны виды трудовой деятельности в любых условиях труда, но выполнение трудовой деятельности может быть затруднено; еще у 3,3% пациентов труд возможен только при значительной помощи других лиц. В 16,7% необходимо было оснащение специального рабочего места для инвалида с нарушением функции опорно-двигательного аппарата, в т.ч., передвигающегося в кресле-коляске. Социально-психологическая адаптация на рабочем месте была рекомендована 20,0%, социально-производственная адаптация – 23,3%. В то же время, 76,7% инвалидов имели ограничение способности к трудовой деятельности 1-2 степени и могли продолжать трудовую деятельность в доступных условиях труда. Таким образом, разработка и полноценная реализация профессионального аспекта реабилитации инвалидов, имеющих осложнения СД в виде ампутации нижних конечностей, является актуальной проблемой реабилитологии на современном этапе.

При анализе ИПРА определена высокая нуждаемость инвалидов с СД и ампутациями в социальной реабилитации. Так, социально-средовая и социально-психологическая реабилитация были необходимы 96,7% пациентов, социокультурная реабилитация – 86,7%, социально-бытовая адаптация требовалась в 100% случаев. Рекомендации по оборудованию жилого

помещения, занимаемого инвалидом, специальными средствами и приспособлениями, были определены в 93,3% случаев. Следует отметить, что социальный аспект реабилитации особенно актуален для одиноких пациентов с СД, которых в нашем исследовании было 13,3%.

Информирование и консультирование инвалида и членов его семьи по вопросам адаптивной физической культуры и адаптивного спорта были рекомендованы чуть более чем трети пациентов – 36,7%.

При заполнении ИПРА инвалидам с ампутациями рекомендованы следующие технические средства реабилитации (ТСР): ортопедическая обувь сложная на сохраненную конечность и обувь на протез без утепленной подкладки – 25, ортопедическая обувь сложная на сохраненную конечность и обувь на протез на утепленной подкладке на утепленной подкладке – 24, кресло-коляска с ручным приводом прогулочная – 19, кресло-коляска с ручным приводом комнатная – 18, протез стопы/ голени/бедря модульный – 19, чехол на культю бедра/голеней хлопчатобумажный – 17, чехол на культю бедра/голеней шерстяной – 16, кресло-стул с санитарным оснащением (без колес) – 17, костыли подмышечные с устройством противоскольжения – 16, протез бедра для купания – 14, ортопедические брюки – 11, трость опорная, регулируемая по высоте, с устройством противоскольжения – 10, поручни (перила) для самоподнимания прямые (линейные) – 7, поручни (перила) для самоподнимания угловые – 2, косметическая оболочка на протез нижней конечности – 5, вкладной башмачок – 2, ходунки шагающие – 2, противопролежневый матрас полиуретановый – 1, захват активный – 1, подгузники для взрослых – 1, опора в кровать веревочная – 1, специальное устройство для чтения «говорящих книг» на флэш-картах – 1, электронный ручной видеоувеличитель – 1 пациенту. Сопровождение инвалида к месту нахождения организации, в которую выдано направление для получения ТСР, и обратно, было необходимо более чем в половине случаев – 66,7%. В 63,3% случаев инвалидам ввиду выраженных и значительно выраженных ограничений в передвижении, в том числе при использовании кресла-коляски, была необходима помощь на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктуры, при входе в такие объекты и выходе из них, посадке в транспортное средство и высадке из него.

Анализируя случаи ИПРА при повторном освидетельствовании, обращает на себя внимание практически полное отсутствие положительной динамики реабилитационных мероприятий. В 100% случаев повторного оформления ИПРА реабилитационный потенциал инвалидов оставался низким, а реабилитационный прогноз – сомнительным (неясным), несмотря на проведенные реабилитационные мероприятия. Данное обстоятельство требует дальнейшего анализа, среди возможных причин низкого реабилитационного потенциала следует рассмотреть прогрессирование СД, а также усугубление других тяжелых диабетических осложнений (диабетической ретинопатии, нефропатии, сердечно-сосудистой патологии).

Заключение. Имеющиеся у больных СД, осложненным ампутациями, стойкие нарушения функций органов-мишеней и ограничения жизнедеятельности обуславливают необходимость пациентов в мерах комплексной реабилитации. В то же время, в ИПРА инвалидов с СД и ампутациями рекомендации по реабилитации представлены недостаточно полно. Недостаточно рекомендованы санаторно-курортное лечение, не в полном объеме используются возможности адаптивной физкультуры и спорта. Недостаточно представлен

профессиональный аспект реабилитации. Представляется целесообразным представлять в ИПРА более персонифицированные рекомендации по конкретным доступным видам труда каждому инвалиду с учетом его образования и профессиональных навыков. Необходимо более четкое назначение ТСР с учетом показаний. Так, случаев назначения ортопедической обуви на протезы при двусторонней ампутации нижних конечностей в нашем исследовании не было, хотя 16,6% пациентов имели двухстороннюю ампутацию. Анализ случаев повторной разработки ИПРА показывает недостаточную эффективность реабилитационных мероприятий, что обусловлено низким реабилитационным потенциалом и сомнительным (неясным) реабилитационным прогнозом при СД, осложненным ампутациями, не позволяющими ожидать должной компенсации ограничений жизнедеятельности и восстановления трудоспособности.

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

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., Железнякова А.В., Исаков М.А. Эпидемиологические характеристики сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным регистра сахарного диабета на 01.01. 2021 // Сахарный диабет. 2021. Т. 24. №3. С. 204-221. <https://doi.org/10.14341/DM12759>
2. Бреговский В.Б., Карпова И.А. Анализ специализированной помощи больным с синдромом диабетической стопы в Санкт-Петербурге за 2010-2021 гг // Сахарный диабет. 2022. Т.25. №5. С. 477-484. <https://doi.org/10.14341/DM12914>
3. Гурьева И.В., Солдатенкова Н.А., Спивак Б.Г., Светлова О.В., Воронин А.В. Особенности профилактики и комплексной реабилитации при синдроме диабетической стопы // Эндокринология: новости, мнения, обучение. 2020. Т. 9. №4. С. 39-46. <https://doi.org/10.33029/2304-9529-2020-9-4-39-46>.

REFERENCES:

1. Dedov II, Shestakova MV, Vikulova OK, Zheleznyakova AV, Isakov MA. Epidemiological characteristics of diabetes mellitus in the Russian Federation: clinical and statistical analysis according to the Federal diabetes register data of 01.01.2021. Sakharnyi diabet. 2021;24(3):204-221. (In Russ.). <https://doi.org/10.14341/DM12759>
2. Bregovskiy VB, Karpova IA. Analysis of specialized care for patients with diabetic foot syndrome in St. Petersburg for 2010–2021. Sakharnyi diabet. 2022;25(5):477-484. (In Russ.). <https://doi.org/10.14341/DM12914>
3. Gurieva I.V., Soldatenkova N.A., Spivak B.G., Svetlova O.V., Voronin A.V. Features of prevention and complex rehabilitation in diabetic foot syndrome. Endokrinologiya: novosti, mneniya, obuchenie. 2020; 9 (4): 39-46. (In Russ.). <https://doi.org/10.33029/2304-9529-2020-9-4-39-46>

УДК 364.65

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫХ УСЛУГ В СПБ ГБУСОН «ЦСРИДИ МОСКОВСКОГО РАЙОНА». ПРЕДЕЛЫ ПОЛНОМОЧИЙ И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Фетисенко О.Г.

СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Московского района», Санкт-Петербург, Россия

Аннотация: в статье затрагиваются проблемные вопросы оказания социально-правовых услуг. Автором приведены статистические данные. Ставится вопрос о сохранении конфиденциальности при оказании юридической помощи.

Ключевые слова: юридическая помощь, социальное обслуживание, инвалиды, конфиденциальность.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ:

Фетисенко Оксана Геннадьевна, юрисконсульт; адрес: пр. Космонавтов, 31, Санкт-Петербург, 196211.

ORGANIZATION OF THE PROVISION OF SOCIAL AND LEGAL SERVICES IN SAINT-PETERSBURG GOVERNMENTAL BUDGETARY ORGANIZATION OF SOCIAL SERVICE TO PEOPLE «CENTER OF SOCIAL REABILITATION FOR PEOPLE AND CHILDREN WITH DISABILITIES OF MOSCOVSKY DISTRICT».

Fetisenko O.G.

Center for social rehabilitation for disabled people and children in the Moscow district of Saint Petersburg, Saint Petersburg, Russia

Abstract: the article touches upon the problematic issues of the provision of social and legal services. The author provides statistical data. The issue of maintaining confidentiality in the provision of legal assistance is raised.

Key words: legal assistance, social services, disabled people, confidentiality.

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR:

Oksana G. Fetisenko, legal adviser; address: 31, Cosmonauts Ave., St. Petersburg, 196211.

Введение. Вопросы, касающиеся предоставления социально-правовых услуг, незаслуженно обходят стороной при проведении различных конференций, круглых столов и прочих встреч профессионального сообщества связанного с социальным обслуживанием населения в Санкт-Петербурге.

Социально-правовые услуги это отдельный пласт предоставляемых услуг, который имеет определенные особенности и при их оказании возникают вопросы, касающиеся пределов полномочий юрисконсульта учреждения социального обслуживания, межведомственного взаимодействия, а также вопросы конфиденциальности предоставления данного рода услуг.

Юридическая помощь, которая в учреждении социального обслуживания подразумевает оказание социально-правовых услуг, ограничена рамками отраслевого технологического регламента и перечнем социальных услуг, предоставляемых СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Московского района» в рамках рекомендуемых наборов социальных услуг в различных формах социального обслуживания.

Уставной целью Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения социального обслуживания населения «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Московского района» (Центр) является социальное обслуживание инвалидов трудоспособного возраста, детей-инвалидов и детей раннего возраста, имеющих проблемы в развитии.

В соответствии с Федеральным законом от 28.12.2013 №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»¹, комплекс социально-реабилитационных услуг Центра предоставляется в полустационарной форме: инвалидам трудоспособного возраста с множественными нарушениями развития, с периодом пребывания свыше 4-х часов; с нарушениями физического развития, с периодом пребывания до 4-х часов и свыше 4-х часов; с нарушениями умственного развития, с периодом пребывания до 4-х часов и свыше 4-х часов; с нарушениями умственного развития, нуждающимся в социально-трудовой реабилитации с периодом пребывания свыше 4-х часов; нуждающимся в профессиональном обучении, с периодом пребывания до 4-х часов; с сенсорными нарушениями развития (по зрению), с периодом пребывания свыше 4-х часов.

Организационная структура Центра с 01.01.2022 включает в себя 9 отделений:

- 1) организационно-методическое отделение;
- 2) отделение приема и консультаций граждан;
- 3) отделение раннего вмешательства;
- 4) социальная служба «Микрореабилитационный центр»;
- 5) отделение психолого-педагогических услуг;
- 6) отделение социально-бытовых и коммуникативных услуг;
- 7) отделение социально-трудовых услуг;
- 8) отделение социально-медицинских услуг;
- 9) отделение социального обслуживания инвалидов трудоспособного возраста на дому.

Предоставление социально-правовых услуг регламентируется Распоряжением Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 18.12.2017 № 872-р «Об утверждении Отраслевого перечня государственных услуг Санкт-Петербурга в сфере социальной защи-

¹ Федеральный закон от 01.01.2015 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» // СПС КонсультантПлюс (<http://www.consultant.ru/>)

ты населения», Распоряжением Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 14.04.2017 № 181-р «Об утверждении отраслевых технологических регламентов оказания государственных услуг в сфере социальной защиты населения, предоставляемых в полустационарной форме социального обслуживания», Распоряжением Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 05.04.2017 № 142-р «Об утверждении отраслевых технологических регламентов оказания государственных услуг в сфере социальной защиты населения, предоставляемых в форме социального обслуживания на дому».

Срочные социальные услуги

Содействие в получении юридической помощи в целях защиты прав и законных интересов получателей социальных услуг, которое включает выяснение жизненной ситуации получателя социальных услуг; информирование получателя социальных услуг о перечне документов, необходимых для реализации его законных прав в соответствии с действующим законодательством, а также помощь в их оформлении; разъяснение права получателя социальных услуг на получение бесплатной юридической помощи согласно Федеральному закону «О бесплатной юридической помощи в Российской Федерации».

В полустационарной форме социального обслуживания до 4-х часов:

Оказание помощи в защите прав и законных интересов получателя социальных услуг – выяснение жизненной ситуации получателя социальных услуг; информирование получателя социальных услуг о путях реализации его законных прав; содействие в получении мер социальной поддержки, предусмотренных законодательством Российской Федерации; оказание социально-правовой помощи в защите и соблюдении прав получателя социальных услуг на социальное обслуживание; обеспечение представительства в суде, административных и государственных органах для защиты прав и законных интересов получателя социальных услуг; оказание помощи в написании заявлений, предложений, жалоб, включая разработку и направление в соответствующие организации запросов, ходатайств; содействие в сборе необходимых документов; подача заявления и документов в соответствующие организации; получение и доставка на дом направления на предоставление бесплатной юридической помощи получателю социальных услуг.

Оказание помощи в получении юридических услуг (в том числе бесплатно) – выяснение жизненной ситуации получателя социальных услуг; разъяснение получателю социальных услуг или его законному представителю по вопросам, касающимся гражданского, жилищного, трудового, пенсионного, уголовного законодательства, а также охраны его прав, свобод и законных интересов; обеспечение получателя социальных услуг информационно-методическими материалами по указанным вопросам; разъяснение права на получение бесплатной юридической помощи согласно Закону Санкт-Петербурга от 19.09.2012 № 474-80 «О бесплатной юридической помощи в Санкт-Петербурге».

Оказание помощи в оформлении документов и восстановлении утраченных документов получателя социальных услуг. Консультирование получателя социальных услуг по вопросам оформления и(или) восстановления утраченных документов; содействие в сборе необходимых документов; получение денежных средств от получателя социальных услуг (при наличии государственной пошлины за оформление документов); подача документов в соответствующие органы и организации в целях оформления и(или) восстановления утра-

ченных документов; получение и доставка оформленных документов; окончательный расчет с получателем социальных услуг; содействие в оформлении документов для направления в учреждения системы образования, здравоохранения и др.; оформление документов пенсионного обеспечения (по потере кормильца); содействие в оформлении пенсии; содействие в оформлении регистрации по месту пребывания; содействие в оформлении льготного проезда в городском транспорте.

В полустационарной форме социального обслуживания свыше 4-х часов

Оказание помощи в оформлении документов и восстановлении утраченных документов получателя социальных услуг. Консультирование получателя социальных услуг по вопросам оформления и(или) восстановления утраченных документов; содействие в сборе необходимых документов; получение денежных средств от получателя социальных услуг (при наличии государственной пошлины за оформление документов); подача документов в соответствующие органы и организации в целях оформления и(или) восстановления утраченных документов; получение и доставка оформленных документов; окончательный расчет с получателем социальных услуг; содействие в оформлении документов для направления в учреждения системы образования, здравоохранения и др.; оформление документов пенсионного обеспечения (по потере кормильца); содействие в оформлении пенсии; содействие в оформлении регистрации по месту пребывания; содействие в оформлении льготного проезда в городском транспорте.

Содействие в привлечении к уголовной ответственности подозреваемых в психическом и физическом насилии над получателем социальных услуг. Выяснение жизненной ситуации получателя социальных услуг; представление интересов получателя социальных услуг при привлечении к уголовной ответственности подозреваемых в психическом и физическом насилии над получателем социальных услуг.

Оказание помощи в защите прав и законных интересов получателя социальных услуг- выяснение жизненной ситуации получателя социальных услуг; информирование получателя социальных услуг о путях реализации его законных прав; содействие в получении мер социальной поддержки, предусмотренных законодательством Российской Федерации; оказание социально-правовой помощи в защите и соблюдении прав получателя социальных услуг на социальное обслуживание; обеспечение представительства в суде, административных и государственных органах для защиты прав и законных интересов получателя социальных услуг; оказание помощи в написании заявлений, предложений, жалоб, включая разработку и направление в соответствующие организации запросов, ходатайств; содействие в сборе необходимых документов; подача заявления и документов в соответствующие организации; получение и доставка на дом направления на предоставление бесплатной юридической помощи получателю социальных услуг.

Оказание помощи в получении юридических услуг (в том числе бесплатно)- выяснение жизненной ситуации получателя социальных услуг; разъяснение получателю социальных услуг или его законному представителю по вопросам, касающимся гражданского, жилищного, трудового, пенсионного, уголовного законодательства, а также охраны его прав, свобод и законных интересов; обеспечение получателя социальных услуг информационно-методическими материалами по указанным вопросам; разъяснение права на получение бесплатной юридической помощи согласно Закону Санкт-Петербурга от 19.09.2012 № 474-

80 «О бесплатной юридической помощи в Санкт-Петербурге».

Содействие в оформлении документов, необходимых для помещения в стационарную организацию социального обслуживания. Содействие в оформлении документов, в том числе подготовка и направление запросов в соответствующие организации; помощь в сборе необходимых документов для помещения получателя социальных услуг в стационарную организацию социального обслуживания.

В форме социального обслуживания на дому

Оказание помощи в защите прав и законных интересов получателя социальных услуг. Выяснение жизненной ситуации получателя социальных услуг; информирование получателя социальных услуг о путях реализации его законных прав; содействие в получении мер социальной поддержки, предусмотренных действующим законодательством; оказание социально-правовой помощи в защите и соблюдении прав получателя социальных услуг; оказание помощи в написании заявлений, предложений, жалоб, включая подготовку и направление в соответствующие организации запросов, ходатайств; обеспечение представительства в судах и органах, уполномоченных рассматривать дела об административных правонарушениях, иных государственных органах и органах местного самоуправления для защиты прав и законных интересов получателя социальных услуг.

Оказание помощи в получении юридических услуг (в том числе бесплатно)- выяснение жизненной ситуации получателя социальных услуг; разъяснение получателю социальных услуг или его законному представителю по вопросам, касающимся гражданского, жилищного, трудового, пенсионного, уголовного законодательства, а также охраны его прав, свобод и законных интересов; разъяснение права на получение бесплатной юридической помощи согласно Закону Санкт-Петербурга от 19.09.2012 № 474-80 «О бесплатной юридической помощи в Санкт-Петербурге»; содействие в сборе необходимых документов; подача заявления и документов в соответствующие организации; получение и доставка на дом направления на предоставление бесплатной юридической помощи получателю социальных услуг.

Содействие в восстановлении утраченного (сохранении занимаемого) жилья, наследства. Выяснение жизненной ситуации получателя социальных услуг; оказание получателю социальных услуг юридической помощи в виде правового консультирования в устной и письменной форме по вопросам восстановления утраченного (сохранения занимаемого) жилья, наследства; содействие в сборе необходимых документов и доставке их в соответствующие организации; содействие в оформлении документов, в том числе подготовка и направление запросов в соответствующие организации.

За 2021 год с учетом ограничительных мероприятий в связи с распространением коронавирусной инфекции, сотрудниками Центра оказано 1786 социально-правовых услуг для 1664 жителей Санкт-Петербурга (в том числе инвалиды трудоспособного возраста, дети-инвалиды и дети с ограниченными возможностями здоровья).

За 2022 год сотрудниками Центра оказано 1606 социально-правовых услуг для 1464 жителей Санкт-Петербурга (в том числе инвалиды трудоспособного возраста, дети-инвалиды и дети с ограниченными возможностями здоровья).

За 6 месяцев 2023 года сотрудниками Центра оказано 760 социально-правовых услуг для 701 жителей Санкт-Петербурга (в том числе инвалиды трудоспособного возраста, де-

ти-инвалиды и дети с ограниченными возможностями здоровья).

Инвалидам трудоспособного возраста оказываются услуги в полустационарной форме с периодом пребывания до 4-х часов, в полустационарной форме с периодом пребывания свыше 4-х часов и в форме социального обслуживания на дому.

В свете внедрения Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года², утвержденной Распоряжением Правительства Российской Федерации от 18.12.2021 № 3711-р «Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года» вопросы пределов полномочий юрисконсульта учреждения социального обслуживания, межведомственного взаимодействия, а также вопросы конфиденциальности предоставления социально-правовых услуг становятся еще более актуальными.

На мой взгляд, важно создать профессиональное сообщество юристов, оказывающих социально-правовые услуги в учреждениях социального обслуживания Санкт-Петербурга, еще до того, как мы войдем в систему комплексной реабилитации и абилитации.

Кроме того, создание современной системы подготовки и непрерывного повышения квалификации специалистов, работающих в системе комплексной реабилитации и абилитации, наряду с развитием ее научно-методического обеспечения, также должно стать одной из задач и приоритетных направлений реализации Концепции¹ и касаться такая система должна, в том числе и юристов, оказывающих социально-правовую помощь.

На сегодняшний день юрисконсульты учреждений социального обслуживания не имеют методической поддержки и возможности обсуждения вопросов, касающихся оказания социально-правовых услуг, а также не проводится аттестация в отношении данной категории специалистов. Аттестация юристов с 2022 года проводится в учреждениях только по общеотраслевой специальности.

Вместе с тем, оказание социально-правовой помощи является перспективным направлением для развития и совершенствования методики оказания данного рода услуг, включая внедрение медиации в рабочий процесс.

С учетом того, что Центр оказывает услуги, в том числе детям-инвалидам и детям с ограниченными возможностями здоровья, мне как практикующему юристу, хочется отметить наиболее востребованные вопросы родителей и проблемы, связанные с ними.

В вопросах, касающихся бракоразводных процессов и связанных с ними иных процессов, в которых затрагиваются интересы детей, видится необходимость взаимодействия психологической службы и юриста.

Не всегда родители, имеющие между собой внутрисемейный конфликт, осознают правовые последствия от действий, которые они планируют предпринять. В работе с такими вопросами важно слаженное взаимодействие психолога и юриста, для сохранения благоприятного климата для ребенка. В органах опеки и попечительства такая работа наиболее отрегулирована.

² Распоряжение Правительства РФ от 18.12.2021 N 3711-р «Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года» // СПС КонсультантПлюс (<http://www.consultant.ru/>).

Также важен вопрос, касающийся лишения и ограничения дееспособности. Зачастую родители детей-инвалидов обращаются за консультацией, когда ребенок-инвалид достиг 18-летнего возраста. И тут в семье, где ребенок-инвалид с множественными нарушениями, не имеющий возможности выразить свою волю, возникает проблема. Родители становятся заложниками ситуации, в которой нет возможности оформить у нотариуса доверенность, а лишение дееспособности происходит только путем обращения в суд, что занимает определенное время.

Инвалиды трудоспособного возраста и родители детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья обращаются за юридическими консультациями с абсолютно разными вопросами и решительным желанием, что бы их вопрос был решен здесь и сейчас.

И здесь роль и функции юриста (юрисконсульта) учреждения социального обслуживания должна быть четко определена.

Федеральный закон от 21.11.2011 № 324-ФЗ «О бесплатной юридической помощи в Российской Федерации» (Закон №324-ФЗ) четко регламентирует оказание и гарантии на бесплатную юридическую помощь. В соответствии со статьей 5 Закона №324-ФЗ оказание бесплатной юридической помощи основывается на следующих принципах:

- 1) обеспечение реализации и защиты прав, свобод и законных интересов граждан;
- 2) социальная справедливость и социальная ориентированность при оказании бесплатной юридической помощи;
- 3) доступность бесплатной юридической помощи для граждан в установленных законодательством Российской Федерации случаях;
- 4) контроль за соблюдением лицами, оказывающими бесплатную юридическую помощь, норм профессиональной этики и требований к качеству оказания бесплатной юридической помощи;
- 5) установление требований к профессиональной квалификации лиц, оказывающих бесплатную юридическую помощь;
- 6) свободный выбор гражданином государственной или негосударственной системы бесплатной юридической помощи;
- 7) объективность, беспристрастность при оказании бесплатной юридической помощи и ее своевременность;
- 8) равенство доступа граждан к получению бесплатной юридической помощи и недопущение дискриминации граждан при ее оказании;
- 9) обеспечение конфиденциальности при оказании бесплатной юридической помощи.

Вместе с тем Центр, как и другие учреждения социального обслуживания, не входит в систему бесплатной юридической помощи в Российской Федерации. Поэтому важно определить грань полномочий юриста учреждения социального обслуживания и принципы его работы, не ограничиваясь пунктами технологических регламентов, а разработав методические материалы для оказания социально-правовых услуг и организовав проведение мероприятий направленных на повышение квалификации юрисконсультов.

Ведя речь об оказании социально-правовых услуг, встает вопрос о сохранении конфиденциальности при такой работе.

Исходя из пункта 2.3 Кодекса поведения для юристов в Европейском сообществе, принятого 28 октября 1988 года Советом коллегий адвокатов и юридических сообществ Европейского союза в Страсбурге юрист должен соблюдать конфиденциальность в отношении всей информации, предоставленной ему самим клиентом или полученной им относительно его клиента или других лиц в ходе предоставления юридических услуг; при этом обязательства, связанные с конфиденциальностью, не ограничены во времени.

В Постановлении от 31 января 2017 г. по делу «Рожков против России» (Rozhkov v. Russia) (жалоба № 38898/04, § 119) Европейский суд по правам человека (ЕСПЧ) указал, что по российскому праву отношения между лицом, оказывающим юридические услуги, но не имеющим статуса адвоката, и потребителями соответствующих услуг не носят конфиденциальный характер, а на информацию и материалы, ставшие доступными такому лицу в ходе его профессиональной деятельности, не распространяется правовой режим, аналогичный режиму адвокатской тайны. При этом ЕСПЧ отметил, что любые материалы в сфере профессиональных отношений могут иметь элемент конфиденциальности, однако это не делает статус юридического консультанта особенным по отношению к представителям других профессий³.

Вместе с тем, согласно Основным принципам, касающимся роли юристов (приняты 7 сентября 1990 года восьмым Конгрессом ООН по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями), правительствам надлежит признавать и обеспечивать конфиденциальный характер любых консультаций и отношений, складывающихся между юристами и их клиентами в процессе оказания профессиональной юридической помощи⁴.

И тут возникает вопрос об организации рабочего места юрисконсульта (юриста) учреждения социального обслуживания, оказывающего социально-правовые услуги, с целью защиты конституционных положений, гарантирующих неприкосновенность частной жизни, личной и семейной тайны⁵. Зачастую в учреждениях социального обслуживания соблюдать конфиденциальность при консультировании сложно, а порой невозможно в связи с размещением в одном кабинете и специалистов по социальной работе и юрисконсульта. В связи с этим, вижу необходимость в правильной организации рабочего места для юрисконсульта (юриста).

В рамках рассмотрения вопроса о предоставлении юридической помощи в учреждениях социального обслуживания, считаю необходимым затронуть вопрос об идее запрета юристам без статуса адвоката участвовать в гражданском и административном судопроизводстве. Такая инициатива Министерства юстиции России была озвучена на XI Петербургском международном юридическом форуме. Безусловно такие нововведения, если они будут воплощены в жизнь, повлекут серьезные изменения в работе юристов учреждений социального обслуживания. К подобного рода изменениям необходимо готовиться, и, по

³ Статья: Гарантии защиты прав адвокатов при проведении обыска в жилых и служебных помещениях: проблемы законодательного регулирования и практического применения (Береза З.М., Сиукаева А.Р.) ("Адвокатская практика", 2021, N 3) // СПС КонсультантПлюс (<http://www.consultant.ru/>).

⁴ Определение Конституционного Суда РФ от 06.07.2000 N 128-О "По жалобе гражданина Паршуткина Виктора Васильевича на нарушение его конституционных прав и свобод пунктом 1 части второй статьи 72 УПК РСФСР и статьями 15 и 16 Положения об адвокатуре РСФСР" // СПС КонсультантПлюс (<http://www.consultant.ru/>).

⁵ часть 1 статья 23 Конституции Российской Федерации.// СПС КонсультантПлюс (<http://www.consultant.ru/>)

крайней мере, начать их обсуждать в профессиональном сообществе. Очевидно, что при запрете юристам без статуса адвоката участвовать в гражданском и административном судопроизводстве мы столкнемся с проблемой реализации предоставления социально-правовых услуг.

Вопросов в работе юрисконсульта учреждения социального обслуживания много, и они требуют разъяснений, методической поддержки, а также практики по предупреждению профессионального выгорания, наравне с другими специалистами.

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

The author declares no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Федеральный закон от 01.01.2015 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» // СПС КонсультантПлюс (<http://www.consultant.ru/>) URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/ (дата обращения: 13.09.2022)
2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18.12.2021 № 3711-р «Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года» // СПС КонсультантПлюс (<http://www.consultant.ru/>)
3. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_405017/ (дата обращения: 13.09.2022).
4. Статья: Гарантии защиты прав адвокатов при проведении обыска в жилых и служебных помещениях: проблемы законодательного регулирования и практического применения (Бережа З.М., Сиукаева А.Р.) («Адвокатская практика», 2021, № 3) // СПС КонсультантПлюс (<http://www.consultant.ru/>)
5. Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 06.07.2000 № 128-О «По жалобе гражданина Паршуткина Виктора Васильевича на нарушение его конституционных прав и свобод пунктом 1 части второй статьи 72 УПК РСФСР и статьями 15 и 16 Положения об адвокатуре РСФСР» // СПС КонсультантПлюс (<http://www.consultant.ru/>)
6. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28055/ (дата обращения: 13.09.2022)
7. Конституции Российской Федерации // СПС КонсультантПлюс (<http://www.consultant.ru/>) URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 13.09.2022)

УДК: 376 (075.8):159.9.072.43

ЛИЧНОСТНЫЕ РЕСУРСЫ И БАРЬЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Волкова И.П.¹, Зылева М.И.²

¹ ФГБОУ ВО РГПУ имени А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия

² Детский центр коррекции и развития речи ПроЛОГОС, Санкт-Петербург, Россия

Аннотация: В статье представлены результаты теоретико-эмпирического исследования социально-психологических характеристик личности и показателей социальной реабилитированности лиц с сенсорными нарушениями. Результаты эмпирического исследования показали наличие статистически значимых групповых различий средних значений показателей ценностно-смысловой сферы, направленности личности в общении, копинг-стратегий поведения, самооценки психических состояний и показателей реабилитированности лиц с нарушением зрения и слуха. В результате применения корреляционного анализа выявлены социально-психологические характеристики личности, детерминирующие показатели реабилитированности и выступающие в качестве психологических ресурсов и барьеров социальной реабилитации лиц с сенсорными нарушениями.

Ключевые слова: копинг-стратегии, лица с нарушением зрения, лица с нарушением слуха, личностные барьеры, локус контроля, реабилитационный потенциал, смысло-жизненные ориентации

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Волкова Ирина Павловна, д-р.псих.наук, профессор, адрес г. Санкт-Петербург, набережная реки Мойки, 48, Санкт-Петербург, Россия, 191186, e-mail: volkova52@mail.ru

Зылева Мария Игоревна, логопед-дефектолог, Санкт-Петербург, ул. Руднева 24 zylevamariya@mail.ru

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

PERSONAL RESOURCES AND BARRIERS OF SOCIAL REHABILITATION OF PERSONS WITH SENSORY DISABILITIES

Volkova I.P.¹, Zyleva M. I.²

¹ Herzen State Pedagogical University of Russia, Saint Petersburg, Russia

² Children's Center for Speech Correction and Development ProLOGOS, Saint Petersburg, Russia

Abstract: The article presents the results of a theoretical and empirical research of the socio-psychological characteristics of the personality and indicators of social rehabilitation of persons with sensory impairments. The results of the empirical research showed the presence of statistically significant group differences in the average values of indicators of the value-se-

manic sphere, the orientation of the personality in communication, coping strategies of behavior, self-assessment of mental states and indicators of rehabilitation of persons with visual and hearing impairments. As a result of applying the correlation analysis, the socio-psychological characteristics of the personality were revealed, which determine the indicators of rehabilitation and act as psychological resources and barriers to the social rehabilitation of persons with sensory impairments.

Keywords: *coping strategies, persons with visual impairments, persons with hearing impairments, personality barriers, locus of control, rehabilitation potential, life orientations*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Irina P. Volkova, Grand PhD in Psychology, Professor, 48 Moika Embankment, St. Petersburg, 191186, Russia; e-mail: volkova52@mail.ru

Maria I. Zyleva, speech pathologist, 24 Rudneva str, St. Petersburg, 194291, e-mail: zylevamariya@mail.ru

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

Введение. Одной из актуальных проблем теории и практики социальной реабилитации является изучение личностных ресурсов повышения реабилитационного потенциала человека при наличии ограниченных возможностей здоровья. В современных исследованиях личностные ресурсы рассматриваются как индивидуально-психологические особенности личности, которые способствуют преодолению человеком трудных жизненных ситуаций, повышению качества его жизни и психологического благополучия [1, 4, 5, 6, 7, 8].

Ограничения социокультурной мобильности и жизненных шансов при наличии дефектов сенсорного развития актуализируют изучение личностных ресурсов, способствующих удовлетворению жизненных потребностей, повышению реабилитационного и адаптационного потенциала человека. Особое значение изучение личностных ресурсов приобретает для разработки технологий психолого-психологического сопровождения социальной реабилитации лиц с хроническими заболеваниями, дефектами физического и психического развития [2, 6]. В то же время в психолого-педагогической реабилитации отмечается дефицит исследований влияния индивидуально-психологических особенностей личности на оптимизацию процесса социальной реабилитации лиц с нарушением зрения и слуха.

Цель исследования. Анализ влияния индивидуально-психологических особенностей личности на процесс социальной реабилитации лиц с нарушением зрения и слуха.

Материалы и методы. Исследование осуществлялось посредством комплекса теоретических, эмпирических (психодиагностические методы, экспертные оценки) и математических методов исследования. Для изучения социально-психологических характеристик личности и показателей реабилитированности лиц с нарушением зрения и слуха использовались тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д. А. Леонтьева, опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса, методика «Направленность личности в общении

(НЛО)» С. Л. Братченко, методика «Самооценка психических состояний» Г.Ю. Айзенка, «Карта экспертной оценки уровня реабилитированности и адаптированности инвалидов по зрению» И.П. Волковой. Независимая экспертная оценка осуществлялась для определения показателей социальной реабилитированности лиц с сенсорными нарушениями. В качестве экспертов выступали психологи, дефектологи и педагоги реабилитационно-образовательных учреждений. Экспертами оценивались показатели реабилитированности, разработанные и апробированные в реабилитационной практике для оценки эффективности процесса реабилитации инвалидов по зрению [3]. В качестве показателей реабилитированности выступают умения самостоятельно ориентироваться в пространстве в пределах города, самостоятельно вести домашнее хозяйство, следить за своим внешним видом, организовывать свой досуг; самостоятельно получать информацию из различных источников, общаться с людьми в непосредственном и малознакомом окружении, владение информационными технологиями, успешность выполнения профессиональной (учебной) деятельности, общественная активность, эмоциональное равновесие и принятие себя.

Обработка количественных данных эмпирического исследования осуществлялась с помощью методов первичной и многомерной математической статистики. Для определения значимых групповых различий выраженности показателей социально-психологических характеристик личности использовался критерий Манна-Уитни. Проверка нормальности распределения изучалась с помощью критериев Колмагорова-Смирнова и Шапиро-Уилка. Для изучения взаимосвязей личностных особенностей и показателей реабилитированности лиц с нарушением зрения и слуха использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Расчеты реализовывались в прикладных пакетах программ MS Office и Statistica 19.0.

В исследовании приняли участие 66 человек (30 человек с нарушением зрения и 36 человек с нарушением слуха). Средний возраст всех испытуемых - 24,5 года. Исследование проводилось на базе ФКПОУ «Межрегиональный центр реабилитации лиц с проблемами слуха (колледж)» Минтруда России, ФГБОУ ВО Новосибирский государственный педагогический университет и ФГБОУ ВО Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена.

Результаты. Результаты эмпирического исследования показали наличие статистически значимых различий выраженности показателей социально-психологических характеристик личности в группе лиц с нарушением зрения и слуха. Изучение смысложизненных ориентаций (тест СЖО Леонтьева) показало соответствие выраженности всех показателей нижним и верхним границам нормативных значений, характерных для слышащих и зрячих людей. В то же время, лица с нарушением зрения по сравнению с лицами с нарушением слуха в большей степени воспринимают процесс своей жизни как более интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом ($U=347,0$ при $P\leq 0,01$).

Изучение стратегий совладания с трудными жизненными ситуациями посредством методики Лазаруса показало значимые групповые различия напряженности адаптивных стратегий «принятие ответственности» ($U = 327,0$ при $P\leq 0,01$) и «положительная переоценка» ($U = 368,5$ при $P\leq 0,01$). Лица с нарушенным зрением в большей степени отличаются признанием своей роли в возникновении проблем, берут ответственность за их решение, часто с отчетливым компонентом самокритики и самообвинения. Они в большей степени по сравнению с лицами с нарушенным слухом пытаются преодолевать негативные пережи-

вания в связи с возникающими проблемами за счет их положительного переосмысления, рассматривают возникающие трудности как стимул для развития и личностного роста.

Изучение самооценки психических состояний посредством методики Айзенка показало значимые групповые различия в проявлениях ригидности, которая характерна с большей степени для лиц с нарушением зрения ($U = 324,0$ при $P \leq 0,01$), что может свидетельствовать об их трудностях адаптации к новым условиям жизнедеятельности, отсутствии когнитивной гибкости в выборе способов решения возникающих проблем, способности при необходимости идти на компромисс, менять свою систему взглядов.

Изучение социальных установок общения (методика НЛЮ Братченко) показало, что лица с нарушением слуха на статистически значимом уровне отличаются в большей степени использованием «индифферентной направленности» в общении ($U = 375,0$ при $P \leq 0,01$), они отличаются уходом и игнорированием возникающих в процессе социального взаимодействия проблем, более склонны проявлять безразличное отношение к собеседнику.

Изучение показателей реабилитированности показало наличие значимых групповых различий уровня развития некоторых показателей реабилитированности. Более высокий уровень развития показателя «общественная активность» показывают лица с нарушением зрения ($U = 375,0$ при $P \leq 0,05$). При этом, если общественная деятельность лиц с нарушением слуха реализуется в основном в микросоциуме, в сообществе глухих и слабослышащих (ВОГ, общественные организации родителей и пр.), то общественная активность лиц с нарушением зрения выходит за рамки замкнутого пространства общественных организаций для инвалидов по зрению. В то же время, лица с нарушением слуха показали более высокий уровень таких показателей реабилитированности как «умение общаться с людьми в непосредственном окружении» ($U = 402,5$ при $P \leq 0,05$) и «принятия и уважения себя» ($U = 396,5$ при $P \leq 0,05$).

Результаты корреляционного анализа показали наличие множественных статистически значимых взаимосвязей социально-психологических характеристик личности и социальной реабилитированности лиц с нарушенным зрением и слухом. При этом наибольшее количество корреляций показатели реабилитированности имеют практически со всеми показателями смысложизненных ориентаций (методика Д.А. Леонтьева) и стратегиями совладания с трудными жизненными ситуациями (методика Лазаруса).

В группе лиц с нарушением зрения наибольшее количество статистически значимых корреляций получены по таким показателям реабилитированности как «общественная активность», «умение самостоятельно ориентироваться в пространстве в пределах города», «умение организовывать свой досуг», «принятие себя и уважение к самому себе».

Показатель реабилитированности «общественная активность» в группе лиц с нарушенным зрением положительно взаимосвязан с показателями смысложизненных ориентаций «цель в жизни» ($r = 0.50$ при $p \leq 0,05$), «результат жизни» ($r = 0.43$ при $p \leq 0,05$), «локус контроля-Я» ($r = 0.37$ при $p \leq 0,05$), «локус контроля-жизнь» ($r = 0.43$ при $p \leq 0,05$), «осмысленность жизни» ($r = 0.52$ при $p \leq 0,05$) и отрицательно взаимосвязан с копингом «бегство-избегание» ($r = -0,37$ при $p \leq 0,05$), и показателем самооценки психических состояний «тревожность» ($r = -0,38$ при $p \leq 0,05$). Высокая общественная активность характерна для лиц с нарушением зрения, отличающихся целеустремленностью, результативностью соб-

ственной жизни, способностью брать на себя ответственность за происходящие события и в целом убежденные в возможности контролировать ход своей жизни, не избегающих возникающих проблем за счет реагирования по типу их отрицания, неоправданных ожиданий и менее тревожных.

Показатель реабилитированности «*умение самостоятельно ориентироваться в пространстве*» в группе лиц с нарушением зрения имеет положительные корреляции с показателями «*целеустремленности*» ($r = 0,43$ при $p \leq 0,05$) (методика Леонтьева), копингом «*самоконтроль*» ($r = 0,36$ при $p \leq 0,05$) (методика Лазаруса) и отрицательную взаимосвязь с копингом «*поиск социальной поддержки*» ($r = -0,49$ при $p \leq 0,05$), то есть, способность лиц с нарушенным зрением самостоятельно ориентироваться в пространстве также опосредована их целеустремленностью, умением контролировать свое поведение в стрессовых ситуациях. При этом, стремление искать поддержку за счет внешних ресурсов и чрезмерная зависимость от окружающих может снижать способность лиц с нарушенным зрением самостоятельно ориентироваться в пространстве в пределах города. Чрезмерное использование копинга «*самоконтроль*» может свидетельствовать о наличии у лиц с нарушенным зрением страха самораскрытия, стремления скрывать от окружающих собственные переживания, связанные с трудностями обращаться в случае необходимости за помощью к окружающим. Чрезмерный самоконтроль может выступать таким образом не только в качестве личностного ресурса, но и в качестве барьера, препятствующего способности лиц с нарушением зрения самостоятельно ориентироваться в пространстве.

Показатель реабилитированности «*умение организовывать свой досуг*» в группе лиц с нарушением зрения имеет множественные положительные корреляции с показателями смысло-жизненных ориентаций: «*цель в жизни*» ($r = 0,50$ при $p \leq 0,05$), «*процесс жизни*» ($r = 0,56$ при $p \leq 0,05$), «*результат жизни*» ($r = 0,43$ при $p \leq 0,05$), «*локус контроля-Я*» ($r = 0,59$ при $p \leq 0,05$), «*осмысленность жизни*» ($r = 0,54$, при $p \leq 0,05$)» и отрицательные взаимосвязи с показателями методики Айзенка «*тревожность*» ($r = -0,55$ при $p \leq 0,05$) и «*фрустрация*» ($r = -0,51$ при $p \leq 0,05$). Данные корреляции свидетельствуют о том, что умение лиц с нарушенным зрением продуктивно проводить свой досуг, опосредовано их целеустремленностью, удовлетворенностью собственной жизнью, восприятием процесса жизни как интересного и эмоционально насыщенного разными событиями, наличием смысла жизни, уверенностью в возможности контролировать события собственной жизни, низким уровнем тревожности и фрустрированности.

Показатель реабилитированности «*принятие себя и уважение к самому себе*» в группе лиц с нарушением зрения положительно взаимосвязан с такими личностными характеристиками как «*процесс жизни*» ($r = 0,51$ при $p \leq 0,05$), «*результат жизни*» ($r = 0,45$ при $p \leq 0,05$) и «*осмысленность жизни*» ($r = 0,46$ при $p \leq 0,05$) (методика Д.А. Леонтьева) и копингом «*самоконтроль*» ($r = 0,41$ при $p \leq 0,05$) (методика Р. Лазаруса) и отрицательно взаимосвязан с психическим состоянием «*фрустрация*» ($r = -0,44$ при $p \leq 0,05$), то есть, лица с нарушением зрения, которые воспринимают свой процесс жизни как осмысленный, интересный и насыщенный событиями, удовлетворенные прожитой частью жизни, способные к самоконтролю при возникновении трудных жизненных ситуаций отличаются принятием себя и самоуважением. Для них характерна меньшая степень фрустрированности.

В группе лиц с нарушением слуха наибольшее количество значимых корреляций социально-психологических характеристик выявлено с такими показателями реабилитированности как «умение организовать свой досуг», «успешное выполнения профессиональной/ учебной деятельности», «умение общаться с незнакомыми и малознакомыми людьми».

Так, показатель реабилитированности «*умение организовать свой досуг*» имеет многочисленные положительные корреляции практически со всеми показателями смысложизненных ориентаций: «*цель жизни*» ($r = 0.44$ при $p \leq 0,05$), «*результат жизни*» ($r = 0.43$ при $p \leq 0,05$), «*локус контроля-Я*» ($r = 0.34$ при $p \leq 0,05$), «*осмысленность жизни*» ($r = 0.40$ при $p \leq 0,05$) и копинг-стратегиями: «*конфронтационный копинг*» ($r = 0.36$ при $p \leq 0,05$), «*дистанцирование*» ($r = 0.47$ при $p \leq 0,05$), «*самоконтроль*» ($r = 0.56$ при $p \leq 0,05$), «*поиск социальной поддержки*» ($r = 0.38$ при $p \leq 0,05$), «*бегство-избегание*» ($r = 0.37$ при $p \leq 0,05$), «*планирование решения проблемы*» ($r = 0.55$ при $p \leq 0,05$) и «*положительная переоценка*» ($r = 0.39$ при $p \leq 0,05$, показателем методики Братченко «*авторитарная направленность*» личности в общении ($r = 0.33$ при $p \leq 0,05$) и отрицательную корреляцию с показателем «*индифферентная направленность*» личности в общении» ($r = -0.45$ при $p \leq 0,05$), то есть, способность лиц с нарушенным слухом продуктивно проводить свой досуг опосредована такими личностными характеристиками как целеустремленность, удовлетворенность самореализацией, осмысленность жизни, интернальным локусом контроля. В то же время в разных видах досуговой деятельности, предполагающей общение, лица с нарушенным слухом могут проявлять доминирование, «коммуникативную агрессию», ориентацию только на ролевое общение; в случае возникающих проблем они могут использовать как конструктивные, так и неконструктивные копинг-стратегии. С одной стороны, они стремятся преодолевать негативные переживания и возникающие проблемы за счет снижения их субъективной значимости, подавляют и сдерживают свои эмоции, недооценивают возможности действенного преодоления проблемных ситуаций, пытаются разрешить проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки, что может приводить к формированию зависимой позиции и/или чрезмерных ожиданий по отношению к окружающим. С другой стороны, лица с нарушенным слухом пытаются преодолевать негативные переживания в связи с возникающими проблемами за счет их положительного переосмысления, включения их в более широкий контекст работы над саморазвитием, избегают импульсивных поступков за счет рационального подхода к проблемным ситуациям. При этом для лиц с нарушенным слухом, способных продуктивно проводить свой досуг, характерна меньшая индифферентная направленность в общении, они не ограничиваются только глубоко деловыми контактами, стремятся к взаимопониманию с собеседниками.

Показатель реабилитированности «*успешность выполнения профессиональной или учебной деятельности*» в группе лиц с нарушением слуха также имеет множественные положительные взаимосвязи с показателями опросника смысложизненных ориентаций Леонтьева: «*цель жизни*» ($r = 0.36$ при $p \leq 0,05$), «*процесс жизни*» ($r = 0.33$ при $p \leq 0,05$), «*результат жизни*» ($r = 0.41$ при $p \leq 0,05$), «*локус контроля-жизнь*» ($r = 0.39$ при $p \leq 0,05$), «*осмысленность жизни*» ($r = 0.37$ при $p \leq 0,05$) и копинг-стратегиями: «*поиск социальной поддержки*» ($r = 0.39$ при $p \leq 0,05$), «*положительная переоценка*» ($r = 0.36$ при $p \leq 0,05$), «*планирование решения проблемы*» ($r = 0.49$ при $p \leq 0,05$), «*конфронтация*» ($r = 0.41$ при $p \leq 0,05$), «*дистанцирование*» ($r = 0.33$ при $p \leq 0,05$), «*самоконтроль*» ($r = 0.57$ при $p \leq 0,05$),

«*принятие ответственности*» ($r = 0.33$ при $p \leq 0,05$), «*бегство-избегание*» ($r = 0.35$ при $p \leq 0,05$), а также с «*конформной направленностью*» в общении ($r = 0.42$ при $p \leq 0,05$) (методика НЛО Братченко), то есть, успешная профессиональная/ учебная деятельность лиц с нарушенным слухом опосредована их целеустремленностью, удовлетворенностью процессом жизни и собственной самореализацией, интернальным локусом контроля, использованием как конструктивных, так и неконструктивных копингов, которые помогают им снижать значимость собственных переживаний в случае возникающих проблем, сдерживать проявление эмоций, минимизировать их влияние на оценку проблемной ситуации, контролировать собственное поведение и сохранять самообладание. В свою очередь, это может повысить уверенность в себе и уменьшить стресс, связанный с коммуникацией в условиях слуховой депривации. В то же время, лица с нарушением слуха в профессиональной и учебной деятельности могут проявлять конформную направленность в общении, ориентацию на некритическое согласие (уход от противодействия), готовность подстроиться под собеседника.

Показатель реабилитированности «*умение общаться с незнакомыми и малознакомыми людьми*» у лиц с нарушением слуха имеет множественные положительно коррелирующие с показателями «*цель жизни*» ($r = 0.44$ при $p \leq 0,05$), «*результат жизни*» ($r = 0.39$ при $p \leq 0,05$), «*осмысленность жизни*» ($r = 0.38$ при $p \leq 0,05$), копингами: «*дистанцирование*» ($r = 0.42$ при $p \leq 0,05$), «*конфронтационный копинг*» ($r = 0.36$ при $p \leq 0,05$), «*самоконтроль*» ($r = 0.59$ при $p \leq 0,05$), «*поиск социальной поддержки*» ($r = 0.38$ при $p \leq 0,05$), «*бегство-избегание*» ($r = 0.43$ при $p \leq 0,05$), «*планирование решения проблемы*» ($r = 0.45$ при $p \leq 0,05$), «*положительная переоценка*» ($r = 0.42$ при $p \leq 0,05$), а также с показателем «*авторитарная направленность*» в общении ($r = 0.34$ при $p \leq 0,05$). Умение лиц с нарушенным слухом общаться с незнакомыми и малознакомыми также опосредовано такими личностными характеристиками как целеустремленность, удовлетворенность своей жизнью и самореализацией. В то же время, в процессе общения с малознакомыми людьми, они проявляют ориентацию на доминирование, когнитивный эгоцентризм, чрезмерное желание быть понятыми, коммуникативную ригидность, что может быть обусловлено трудностями коммуникации посредством жестов и мимики. Используемые лицами стратегии совладания с возникающими проблемами помогают, с одной стороны, снижать чрезмерную напряженность при их возникновении проблем вплоть до их отрицания, сохранять самообладание при общении с незнакомыми людьми, дистанцироваться от них. С другой стороны, использование копинг-стратегий «*планирование решения проблемы*» и «*положительная переоценка*» в условиях трудностей коммуникации посредством жестов и мимики с малознакомыми людьми позволяет преодолевать возникающие негативные переживания за счет их положительного переосмысления, целенаправленного и планомерного разрешения проблемной ситуации и работы над саморазвитием.

Заключение. Проведенное исследование показало, что личностными ресурсами реабилитационного потенциала лиц с нарушением зрения, в том числе, способности самостоятельно ориентироваться в пространстве, продуктивно проводить досуговую и общественную деятельность, сохранять самоуважение выступают наличие целей в жизни, ее осмысленность, удовлетворенность собственной самореализацией, способность брать ответственность за происходящие значимые события и собственную жизнь в целом, ис-

пользование адаптивных копинг-стратегий «планирование решения проблемы» и «положительная переоценка», умеренное использование копинг-стратегий «самоконтроль», «поиск социальной поддержки», снижают чрезмерный самоконтроль, постоянное стремление искать социальной и эмоциональной поддержки, уклонение от ответственности и собственных действий по разрешению возникших трудностей, пассивность, повышенная тревожность и фрустрированность.

Личностными ресурсам повышения реабилитационного потенциала лиц с нарушением слуха, умения продуктивно проводить свой досуг, общаться с малознакомыми людьми, успешное выполнение профессиональной и учебной деятельности, принятия себя и самоуважения являются наличие целей в жизни, ее осмысленность, удовлетворенность самореализацией, интернальный локус контроля, умеренная выраженность копингов самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка. *Личностными барьерами* – является индифферентная и авторитарная направленность в общении, чрезмерное использование конфронтационного копинга и дистанцирования.

Полученные результаты могут быть использованы для разработки технологий психологического сопровождения социальной реабилитации лиц с нарушением зрения и слуха с учетом особенностей их ценностно-смысловых ориентаций, коммуникативных установок, стратегий совладания с трудными жизненными ситуациями, психических состояний.

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

The authors declare no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Войтенко Р.М. Основы реабилитологии и социальная медицина: концепция и методология. СПб.: «МЕДЕЯ», 2007. С. 21-28.
2. Волкова И. П. Личностные ресурсы социальной реабилитации лиц с врожденной и приобретенной зрительной патологией // Альманах Института коррекционной педагогики. 2021. № 46 (1). С. 98-113.
3. Волкова И.П., Ломакина Ю.М., Писаренко Е.Н. Ценностно-смысловые установки как личностный ресурс оптимизации процесса социальной реабилитации инвалидов по зрению // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2020. № 195.- С. 47-56.
4. Иванова Т.Ю. Функциональная роль личностных ресурсов в обеспечении психологического благополучия // Автореф. канд. дисс. психол.наук - М., 2016- 39с.
5. Иванова Т.Ю., Леонтьев Д.А., Осин Е.Н., Расказова Е.И., Кошелева Н.В. Современные проблемы изучения личностных ресурсов в профессиональной деятельности// Организационная психология. - 2018.-Т. 8.- № 1. С. 85–121.
6. Кулагина И.Ю., Сенкевич Л.В. Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях // Культурно-историческая психология. - 2015.- Т. 11.- № 1. С. 50—60.
7. Муздыбаев К. Стратегия совладания с жизненными трудностями. Теоретический анализ // Журнал социологии и социальной антропологии. 1998. Т. 1. С. 102-112.
8. Соловьева С. Л. Ресурсы личности // Медицинская психология в России 2010. № 2 (3), С. 4- 6.

REFERENCES:

1. Voitenko R.M. Fundamentals of rehabilitation and social medicine: concept and methodology. St. Petersburg: "MEDEYA", 2007. P. 21-28.
2. Volkova I. P. Personal resources of social rehabilitation of persons with congenital and acquired visual pathology

- // Almanac of the Institute of Correctional Pedagogy. 2021. No. 46 (1). P. 98-113.
3. Volkova I.P., Lomakina Yu.M., Pisarenko E.N. Value-semantic attitudes as a personal resource for optimizing the process of social rehabilitation of the visually impaired // Proceedings of the Russian State Pedagogical University named after I. A.I. Herzen. 2020. No. 195.- P. 47-56
 4. Ivanova T.Yu. The functional role of personal resources in ensuring psychological well-being // Avtoref. cand. diss. psychology - M., 2016 – 39 p.
 5. Ivanova T.Yu., Leontiev D.A., Osin E.N., Rasskazova E.I., Kosheleva N.V. Modern problems of studying personal resources in professional activity// Organizational psychology. - 2018.-Т. 8.- No. 1. P. 85–121.
 6. Kulagina I.Yu., Senkevich L.V. Rehabilitation potential of the individual in various chronic diseases // Cultural-historical psychology. - 2015.- Т. 11.- No. 1. P. 50-60.
 7. Muzdybaev K. The strategy of coping with life's difficulties. Theoretical analysis // Journal of sociology and social anthropology. 1998. Vol. 1. P. 102-112.
 8. Solovieva S. L. Resources of personality // Medical psychology in Russia 2010. No. 2 (3), P. 4-6.

УДК 616 –08: 78-01

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МУЗЫКАЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ И КОРРЕКЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ С УЧЕТОМ ОПЫТА САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЙ АКАДЕМИИ МУЗЫКАЛЬНОЙ И ТАНЦЕВАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Атанесян А.А.

*Санкт-Петербургская Академия музыкальной и танцевальной медицины,
Санкт-Петербургский Дворец детей инвалидов «Аревик», Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация

Введение. В статье представляется социально-культурный проект, целью которого является совершенствование результатов работы по социализации детей и молодежи с особыми потребностями в СПбДДИ «Аревик», с использованием современных и инновационных музыкальных устройств.

Целью работы является совершенствование социализации детей и молодежи с особыми потребностями с использованием современных и инновационных музыкальных устройств.

Материалы и методы: осуществление информационного поиска и анализ статистических данных, анализ и обобщение данных из информационных источников.

Результаты. В Академии, на базе СПбДДИ «Аревик» внедрены новые формы социализации «особых» детей и планируется усовершенствовать эти формы в профилирующих учреждениях нашего города и области. В целях совершенствования работы по музыкальной физической культуре для большего привлечения детей и молодежи «с особыми потребностями» на базе дворца детей инвалидов «Аревик» и расширения их кругозора, на основе принципов помощи и инспирации внедрены авторские методики работы с использованием следующих современных и инновационных модулей:

- новейшего программного обеспечения аудиовизуального комплекса «ДисНет» и «СтепсРеабил»,
- коррекционной системы управления взглядом «Айтрекинг»,
- коммуникационного устройства «GO TALK»,
- инновационных музыкальных устройств «Саундбим – 6»,
- клавишной звуковой панели (КЗП) «Палетто».

Принципиально все используемые методы можно свести к трем основным направлениям: клинической, рекреационной и экспериментальной музыкотерапии. Практически все сеансы могут быть групповыми и индивидуальными, активными и рецептивными и т.д.

Все эти программы вносились в многомодульную карту семьи для ведения учета социальной модели инвалидности ребенка и ее преодоления. Описанные методики прошли широкую экспериментальную апробацию на базе Санкт-Петербургской Академии музыкальной и танцевальной медицины.

Заключение. *Широкое внедрение программы музыкальной физической культуры является перспективным направлением в улучшении и поддержания здоровья детей и благополучия семей, а также в коррекционной и реабилитационной практике. Необходимы дальнейшие углубленные исследования отдельных методов терапии музыкой и искусством. Это позволит повысить благополучия семей, где есть «особый ребенок», посредством вовлечения его в мир искусства и коллективного творчества и уровень физического, духовного и интеллектуального развития «особого» ребенка, обеспечив ему достойные условия для равноправного, равнозначного и равнодоступного участия в обществе в целом.*

Ключевые слова: *дети-инвалиды, социализация, музыкальная терапия, реабилитационные центры.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ:

Атанесян Леник Амаяковна, медицинский реабилитолог, музыкальный терапевт. Директор АНО поддержки и развития музыкально – танцевальных инноваций в реабилитационной медицине «СПб Академия музыкальной и танцевальной медицины», Директор Региональной общественной организации «Санкт-Петербургский дворец музыкальной терапии и лечебного искусства инвалидов детей и инвалидов матерей «Аревик»»; адрес: индекс 197374 г. Санкт-Петербург, ул. Савушкинад.107; e-mail: arevik5@mail.ru

IMPROVEMENT OF MUSICAL PHYSICAL CULTURE IN REHABILITATION AND CORRECTIONAL INSTITUTIONS OF ST. PETERSBURG AND LENINGRAD REGION, TAKING INTO ACCOUNT THE EXPERIENCE OF ST. PETERSBURG ACADEMY OF MUSIC AND DANCE MEDICINE

Atanesyan A.A.

*St. Petersburg Academy of Music and Dance Medicine,
St. Petersburg Palace of Disabled Children "Arevik", St. Petersburg, Russia*

Abstract

Background. *The article presents a socio-cultural project aimed at improving the results of work on the socialization of children and youth with special needs in Arevik SPbDDI, using modern and innovative musical devices.*

The purpose *of the work is to present a socio-cultural project to improve the socialization of children and youth with special needs using modern and innovative musical devices.*

Materials and methods: *implementation of information search and analysis of statistical data, analysis and synthesis of data from information sources.*

Results: *new forms of socialization of "special" children have been introduced at the Academy, on the basis of Arevik SPbDDI, and it is planned to improve these forms in the profile institutions of our city and region. In order to improve the work on musical physical culture in order to attract more children and youth "with special needs" on the basis of the Palace of disabled children "Arevik" and expand their horizons, on the basis of the principles of assistance and inspiration, the author's methods of work using the following modern and innovative modules have been introduced:*

- *the latest software of the audio-visual complex "DisNet" and "StepsReabil",*
- *correctional Eye Tracking vision management system,*

- communication device "GO TALK",
- innovative musical devices "Soundbim – 6",
- keyboard sound panel (KZP) "Paletto".

In principle, all our methods can be reduced to three main areas: clinical, recreational and experimental music therapy. Almost all sessions can be group and individual, active and receptive, etc.

All these programs were included in the multi-module family map to keep records of the social model of the child's disability and its overcoming. The described methods have been extensively experimentally tested on the basis of the St. Petersburg Academy of Music and Dance Medicine.

Conclusion. The widespread introduction of the program of musical physical culture is a promising direction in improving and maintaining the health of children and the well-being of the family, as well as in correctional and rehabilitation practice. Further in-depth studies of individual methods of music and art therapy are needed. This will improve the well-being of families where there is a "special child" by involving him in the world of art and collective creativity and the level of physical, spiritual and intellectual development of a "special" child, providing him with decent conditions for equal, equal and equally accessible participation in society as a whole.

Keywords: disabled children, socialization, music therapy, rehabilitation centers.

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR:

Atanesyan Lenik Amayakovna, medical rehabilitologist, music therapist. Director of the ANO for the support and development of Music and Dance Innovations in Rehabilitation Medicine "St. Petersburg Academy of Music and Dance Medicine", Director of the Regional Public Organization "St. Petersburg Palace of Music Therapy and Therapeutic Art of Disabled Children and Disabled Mothers "Arevik"; address: index197374 St. Petersburg, ul. Savushkina, D. 107; e-mail: arevik5@mail.ru

Введение. Анализ исходной ситуации показал, что специфика социальной работы в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, даже в каждом районе, существенно отличается: она определяется укладом жизни (в городах и в периферийных населенных пунктах области), плотностью населенности (в больших и маленький районах), рассредоточением специализированных центров реабилитации и даже спецификой экономики. Это затрудняет семьям в получении социальных, познавательных-культурных или любых иных услуг. Особенно сложно и тяжело в отдаленных населенных пунктах области, где в отличие от города, очень низкий уровень или почти отсутствует участие негосударственных общественных организаций в реализации государственных социально значимых программ.

Целью работы является совершенствование социализации детей и молодежи с особыми потребностями с использованием современных и инновационных музыкальных устройств.

Результаты. По данным Росстата на 01.07.2023 года в Санкт-Петербурге проживает: детей-инвалидов - 24174 чел, молодежи от 18 до 30 лет - 13480 чел. В Ленинградской области: детей инвалидов - 1732 чел., молодежи от 18 до 30 лет - 3047 чел.

Несмотря на постоянный рост числа инвалидов (в России число детей-инвалидов превышает 743 тыс. человек), конечно, еще недостаточно учреждений, которые ведут работу по оказанию им социальной, медицинской, познавательной, культурной или другой помо-

щи. Несмотря на сравнительно низкие показатели количества инвалидов в области, сфера социализации требует в большей степени, чем в городе. Еще одним показателем этого является то, что дети этой категории имеют довольно низкий уровень физического и интеллектуального развития.

Вообще, сама по себе социализация инвалидов представляет собой достаточно сложный процесс, в котором инвалид осваивает социально значимые нормы и ценности, а также стереотипы поведения. Расширение сферы оказания выездных социальных и культурных услуг, а также введение новых инновационных форм оказания социально-культурных услуг и перераспределение нагрузок в социальных и коррекционных учреждениях, за счет внедрения наших форм работы, позволит нам создать новый стандарт социализации детей с «особыми потребностями». Самое главное - это позволит научить их овладеть стандартными схемами социального поведения и взаимодействия с другими членами общества.

Наш подход к внедрению и совершенствованию новых социо-культурных форм социализации подтверждается данными Росстата на 01.07.2023.

Численность детей-инвалидов в Санкт-Петербурге по возрастным категориям следующая:

- от 0 до 3 лет – 1689 детей (6,99%),
- от 4 до 7 лет – 5785 (23,93%)
- от 8 до 14 лет – 12143(50,23%),
- от 15 до 17 лет- 4557(18,85%).
- В Ленинградской области:
- от 0 до 3 лет – 12 детей (0,69%),
- от 4 до 7 лет –161 (9,30%),
- от 8 до 14 лет –1031(59,53%),
- от 15 до 17 лет- 528(30,48%).

Как следует из статистики, преобладающую долю составляют дети-инвалиды школьного возраста. Именно в этом возрасте и в такой школьной, коллективной среде полезнее всего внедрить формы социализации детей посредством искусства. В последние годы заметно вырос интерес специалистов к механизму воздействия музыки на ребенка «с особыми потребностями». Современная специальная психология и педагогика в значительной степени ориентированы на использование в реабилитации и в коррекционной работе музыкальной терапии и музыкальной физической культуры как важного средства воспитания гармоничной личности детей, их культурного развития [1-8].

В целях совершенствования работы по музыкальной физической культуре для большего привлечения детей и молодежи «с особыми потребностями» на базе дворца детей инвалидов «Аревик» и расширения их кругозора, на основе принципов помощи и инспирации внедрены авторские методики работы с использованием следующих современных и инновационных модулей:

- новейшего программного обеспечения аудиовизуального комплекса «ДисНет» и «СтепсРеабил»;
- коррекционной системы управления взглядом «Айтрекинг»;

- коммуникационного устройства «GO TALK»;
- инновационных музыкальных устройств «Саундбим – б»;
- клавишной звуковой панели (КЗП) «Палетто».

Все эти программы вносились в стандарт поддерживающей терапии (СПДТ) и в многодольную карту семьи (КСРС) для ведения учета социальной модели инвалидности ребенка и ее преодоления. Описанные методики прошли широкую экспериментальную апробацию на базе Санкт-Петербургской Академии музыкальной и танцевальной медицины. Достоверность результатов исследования определена качественным теоретическим анализом проведенной работы, что нашло отражение в актуальности инновационных технологий музыкальной физической культуры в реабилитационных и коррекционных учреждениях города и Ленинградской области.

Поскольку на социализацию детей «с особыми потребностями» влияет множество факторов, таких, например, как ограниченные стандарты по времени пребывания в центрах или большая наполняемость групп в коррекционных учреждениях, а также отсутствие высоко технологической базы для проведения занятий и даже социальное положение семей, необходимы дополнительные ресурсы. Нужен междисциплинарный подход с использованием компьютерно-коммуникационных средств музыкальной физической культуры, поскольку дети и молодежь гораздо легче социализируются в общество именно посредством общения на музыкальном языке. И рассмотреть эти исследования необходимо в рамках линейной стратегии.

Отсюда следует вывод, что доказательств эффективности этих методов на одном только государственном уровне пока недостаточно. Это связано с двумя факторами. Первый – недостаточным уровнем взаимодействия образовательных и научно-методических организаций с практикующими негосударственными общественными организациями в целях участия педагогических, медицинских, творческих и научных работников в разработке федеральных государственных образовательных стандартов, примерных музыкально-коррекционных программ. И второй фактор связан с уровнем научной обоснованности исследований, необходимых для получения таких доказательств. Такого уровня нелегко достичь, когда речь идет о совершенствовании музыкальной терапии, несмотря на постановление Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 08.04. 2003 («Методы музыкальной терапии», пособие для врачей», авторы А.Н. Разумов, С.В. Шушарджан) [8], об утверждении пособия по музыкальной терапии для врачей. Однако, на результаты проводимых Академией музыкальной и танцевальной медицины исследованиях получена высокая оценка от независимых экспертов на научном уровне и от родителей детей-инвалидов.

Заключение. Применение и внедрение программы музыкальной физической культуры является перспективным направлением в улучшении и поддержания здоровья детей и благополучия семьей, а также в коррекционной и реабилитационной практике, что подтверждено Всемирной Организацией здравоохранения, данными литературы и собственными наблюдениями. Необходимы дальнейшие углубленные исследования отдельных методов терапии музыкой и искусством, а также комплексных программ, с проведением сравнительного анализа эффективности и отработкой оптимальных алгоритмов реабилитации и

социализации детей и молодежи «с особыми потребностями».

Это позволит на базе доказательности взаимодействовать в дальнейшем с органами власти и учреждениями медико-социальной реабилитации для широкого внедрения восстановительных методов с применением различных видов искусства в практику.

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

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Атанесян Л.А. Социальные технологии в современном обществе// Материалы международной научной конференции. /СПб – 2012. – С. 86-88.
2. Бреан А. Музыка и мозг: Как музыка влияет на эмоции, здоровье и интеллект / Аре Бреан, Гейр Ульве Скейе: Пер. с норв. — М.: Альпина Паблишер, 2022. — 295 с.
3. Кэмбель, Д. Музыка для здоровья. Эффект Моцарта. - Минск: «Поппур», - 2010. – 416с.
4. Ноймайр А. Музыка и медицина. – М,: «Классика 21» - 2018. – 312с.
5. Сакс О. Музыкафилия - М.: АСТ, 2019. – 480 с.
6. Хольц Р. Помощь детям с церебральным параличом. – М.: Теревинф, - 2007. – 336 с.
7. Шичида М. Тренируя мозг. Японская система обучения детей. – М.: АСТ, 2021.- 256 с.
8. Шушарджан С.В. Руководство по музыкотерапии – М,: Медицина. - 2005.- 480с.

REFERENCES:

1. Atanesyan L.A. Social technologies in modern society// Materials of the international scientific conference. / St. Petersburg – 2012. – pp. 86-88.
2. Rean A. Music and the brain: How music affects emotions, health and intelligence / Arre Brittany, Geir Ulve: Trans. from norv. — M.: Alpina Publisher, 2022. — 295 p.
3. Campbell, D. Music for health. The Mozart effect. - Minsk: “Poppur”, - 2010. – 416 p.
4. Neumayr A. Music and medicine. – M,: “Classics 21” - 2018. – 312 p.
5. Saks O. Musicophilia - Moscow: AST, 2019. – 480 p.
6. Holtz R. Assistance to children with cerebral palsy. – M.: Terevinf, - 2007. – 336 p.
7. Shichida M. Training the brain. The Japanese system of teaching children. – M.: AST, 2021.- 256 p.
8. Shushardzhan S.V. Guide to music therapy – M.: Medicine, 2005 – 480p.

УДК 378.046.4

КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД ОРГАНИЗАЦИИ ДОСТУПНЫХ УСЛОВИЙ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ОСОБЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЕМ СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙ

Мясников И.Р., Травникова Н.Г., Горяйнова М.В.

ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия

Аннотация. В статье проанализированы педагогические и материально-технические условия, определяющие доступность профессионального образования для инвалидов с нарушением сенсорных функций: по слуху и зрению. Описаны как общие, так и специальные требования к организации доступной образовательной среды. Отдельно сформулированы организационные параметры технических сооружений внутренней инфраструктуры профессионального образовательного учреждения. Подчеркнуто, что комплексный компетентностный подход при решении вопросов доступного образования предполагает овладение специалистами, участвующим в реализации обучения инвалидов, дополнительным спектром необходимых компетенций.

Ключевые слова: инвалиды, доступность, профессиональное образование, компетентность.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Мясников Илья Рубэнович – старший преподаватель кафедры гуманитарных наук ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта.

Травникова Ника Германовна – кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой гуманитарных наук ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта.

Горяйнова Марина Владимировна – кандидат мед. наук, доцент кафедры организации здравоохранения, МСЭ и реабилитации ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта.

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

COMPETENCE-BASED APPROACH TO THE ORGANIZATION OF ACCESSIBLE CONDITIONS FOR THE IMPLEMENTATION OF SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS OF DISABLED PEOPLE WITH SENSORY IMPAIRMENT

Myasnikov I.R., Travnikova N.G., Goryainova M.V.

Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Saint Petersburg, Russia

Abstract. *The article analyzes the pedagogical and material and technical conditions that determine the accessibility of vocational education for the disabled with impaired sensory functions: hearing and vision. Both general and special requirements for the organization of an accessible educational environment are described. The organizational parameters of the technical structures of the internal infrastructure of a professional educational institution are formulated separately. It is emphasized that an integrated competence-based approach to solving issues of affordable education involves mastering an additional range of necessary competencies by specialists involved in the implementation of training for disabled people.*

Keywords: *disabled people, accessibility, vocational education, competence.*

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Ilya Rubenovich Myasnikov – the senior lecturer at the Department of Humanities of the Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation.

Nika Germanovna Travnikova - candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Humanities of the Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation.

Goryainova Marina Vladimirovna - candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Health Organization, MSE and Rehabilitation of the Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation.

Authors' contribution statement. The authors were equally involved in the development of the study design, data collection, analysis, and writing of the article.

Введение. В современной системе профессионального образования инвалидов термин «особые образовательные потребности» (ООП) определяет реальные потребности обучающихся в условиях, позволяющих максимально реализовать ООП.

Несомненно, при организации педагогических и материально-технических условий в процессе профессионального образования инвалидов с нарушением сенсорных функций: слуха и зрения, важен компетентностный подход. Освоение специфических педагогических и организационных компетенций в деятельности специалистов профессионального образовательного учреждения (ПОУ), осуществляющих образовательный процесс, и специалистов в области организации доступной среды определяется наличием специфических ООП инвалидов. Поэтому для реализации образовательных программ инвалидам с разными ООП, важным является формирование компетентностного подхода у специалистов образовательной сферы. При этом, при реализации ООП необходимо создание доступной среды согласно конкретным требованиям, зависящим от вида нарушенных функций.

Цель исследования: обоснование компетентностного подхода при организации доступных условий в ходе реализации особых образовательных потребностей инвалидов с нарушением сенсорных функций.

Материалы и методы. Научный обзор, контент-анализа, нормативно-технический.

Результаты исследования. Независимо от вида нарушенных функций в процессе профессионального обучения инвалидов предъявляются общие и специфические требования для создания условий реализации ООП.

Общие требования к специальным условиям при реализации ООП инвалидов включают:

- использование специальных образовательных программ и методов, специальных учебных пособий и дидактических материалов;
- использование специальных вспомогательных средств обучения коллективного и индивидуального пользования;
- организация индивидуальных и групповых коррекционных занятий, предоставление услуг помощника, оказывающего необходимую помощь;
- обеспечение доступа и безопасности в профессиональном образовательном учреждении (ПОУ);
- при необходимости создание дополнительных условий, требующихся для реализации ООП лицами с ОВЗ и инвалидностью.

Кроме общих требований к условиям обучения, в профессиональном образовательном учреждении необходима организация доступной образовательной среды (ДОС) согласно следующим требованиям:

- создание в профессиональном образовательном учреждении (ПОУ) структурного подразделения, ответственного за организацию обучения обучающихся с ОВЗ и инвалидностью;
- специализированный учет обучающихся с ОВЗ и инвалидностью на этапах поступления в ПОУ, в процессе обучения, трудоустройства;
- дифференцированный подход в организации процесса обучения обучающихся с ОВЗ и инвалидностью: в отдельных группах, или совместно с другими обучающимися, или в отдельных ПОУ;
- соблюдение принципа оптимальной численности обучающихся с ОВЗ и инвалидностью в учебной группе: до 15 чел.;
- создание в ПОУ специальных условий для освоения обучающимися с инвалидностью программ);
- в штатном расписании ПОУ введение должности педагога-психолога, социального педагога или специалиста по социальной работе, тьютора, специалиста по техническим и программным средствам обучения и других специалистов, необходимых для сопровождения обучения обучающихся с ОВЗ и инвалидностью;
- дополнительную подготовку и периодическое повышение квалификации педагогических работников ПОУ для получения знаний об особенностях обучающихся с ОВЗ и инвалидностью, специфике преподавания, использования технических и вспомогательных средств обучения лиц с ОВЗ и инвалидностью, имеющих различные нарушения функций организма;
- при необходимости, введение в штат ПОУ тифлопедагога, сурдопедагога, сурдопереводчика для обучения лиц с нарушением зрения и слуха;
- организация в ПОУ работы по профориентации с абитуриентами, имеющими ОВЗ или инвалидность;
- организация в ПОУ информационной доступности для обучающихся с ОВЗ и инва-

лидностью, их родителей, родственников.

- Важно также соблюдать требования к доступности и безопасности зданий и сооружений ПОУ:
- обеспечение доступности входных путей, прилегающей территории, путей перемещения внутри здания для лиц с ОВЗ и инвалидностью с различными нарушениями функций организма;
- обеспечение доступа в ПОУ обучающегося с выраженным нарушением зрения, использующего собаку-поводыря, и размещения собаки-поводыря в период обучения обучающегося;
- наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, локальное понижение стоек-барьеров до высоты не более 0,8 м для передвижения лиц с ОВЗ и инвалидностью с нарушением опорно-двигательного аппарата;
- организация в аудиториях ПОУ специальных учебных мест для обучающихся с ОВЗ и инвалидностью;
- наличие в ПОУ санитарно-гигиенических помещений, приспособленных для обучающихся с ОВЗ и инвалидностью;
- оборудование в ПОУ системы сигнализации и оповещения для обучающихся с ОВЗ и инвалидностью.

Реализация ООП инвалидами, имеющих различные нарушения функций организма и имеющих различные специфические образовательные потребности, предполагает в организации ДОС учет этих особенностей.

Компетентностный подход при реализации ООП инвалидов с нарушением функции слуха.

У инвалидов по слуху, как правило, отмечается сниженный уровень общего и речевого развития; недоразвитие словесной речи, что проявляется в ограничении объема пассивного и активного словаря, наличии стойких аграмматизмов, то есть, наблюдается расстройство различных функций речи: коммуникативной, обобщающей, контрольной, регулирующей. Они характеризуются бедным словарным запасом, снижением мыслительной деятельности, неуверенностью в себе, зависимостью от окружающих, у них снижена коммуникабельность.

При организации доступных условий обучения, необходим учет следующих специфических образовательных потребностей:

- потребность в специальной организации образовательной пространственной среды, желательно организовывать обучение в небольших и немногочисленных помещениях, поскольку окружающая обстановка, многолюдность влияют на качество восприятия и усвоения учебного материала лиц, имеющих патологию слуха;
- воспринимать учебный материал в виде коротких предложений, без включения незнакомых оборотов и выражений;
- потребность более продолжительное времени на усвоение учебного материала, предоставляемого в вербальной форме и потребность в дополнительном времени для обдумывания, осмысления ответа;

- потребность в визуальном подкреплении сообщаемого материала;
- в использовании ТСР, в том числе, индивидуального слухового аппарата (ИСА) или кохлеарного импланта (КИ). В случае применения ТСР для более качественного восприятия имеется потребность в соблюдении так называемого «рабочего расстояния» (от микрофона до источника звука);
- более четкого визуального контакта преподавателя и обучающегося (лицо преподавателя должно быть обращенным к лицу обучающегося, и по возможности, не менять своё местоположение; голос преподавателя должен быть нормальной разговорной громкости, речь среднего темпа с четкой артикуляцией, которая может быть несколько утрированной при раскрытии новой темы);
- при подаче учебной информации в использовании тактильной и жестовой речи для усиления визуального восприятия, звуковую информацию нужно обязательно дублировать зрительной;
- применение средств наглядности: презентаций, диаграмм, рисунков; использования в учебном материале аудио- и видео- носителей, фильмов с телетекстом или сурдопереводом.

Организация ДОС обучающихся с нарушением слуха включает обеспечение их необходимыми средствами обучения, которые можно разделить по дидактическим функциям:

1) технические средства обучения (документ-камера, компьютеры, моноблоки, интерактивная панель, развивающий центр с горизонтальным покрытием, мобильный класс, средства телекоммуникаций, индукционная система для слабослышащих со встроенным плеером-звуковым информатором, слуховой тренажер «Соло-01В», радиокласс);

2) информационные средства (учебники, учебные и наглядные пособия);

3) дидактические средства (программные средства обучения, тестирующие и демонстрационные программы).

Также рекомендуется организация психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса для слабослышащих и неслышащих обучающихся с ОВЗ и инвалидностью.

Для лиц с нарушениями слуха в структуре ПОУ необходимо организовывать специфические элементы ДОС: дополнительную световую, визуальную информацию, электроакустические приспособления. При входе в образовательное учреждение, на его территории предусматривается ограждение опасных зон, организация стендов, щитов и световых указателей для необходимой информации. В холлах необходимо также организовать визуальную информацию для обеспечения важных мероприятий. В учебной аудитории с параметрами 6х9 кв.м первые столы в ряду у окна и в среднем ряду предусмотреть для учащихся с недостатками слуха. Площадь кабинета на 1 учащегося с дефектами слуха должна быть не менее 2,5 кв.м. Для обеспечения безопасности должна быть световая или вибро-сигнализация – (виброподушки).

При создании ДОС для лиц с нарушенным слухом в ПОУ должны быть:

а) удобно расположенные и доступные стенды с представленным на них наглядным материалом о правилах поведения, правилах безопасности, распорядках/режиме функцио-

нирования учреждения, расписании уроков, последних событиях;

б) табло с «бегущей строкой»/мониторы на этажах, где может быть представлена актуальная информация;

в) световая индикация начала и окончания занятий в залах, рекреации, библиотеке, столовой, что поможет ориентироваться учащимся и самостоятельно организовывать время;

г) доступный интернет и телефон с функцией работы в режиме СМС – сообщений, предназначенный для контактов с учителями, сверстниками, родителями.

Компетентностный подход при реализации ООП инвалидов с нарушением функции органа зрения.

Лица с ОВЗ и инвалидностью с нарушениями зрения характеризуются трудностями в определении формы, размера, цвета предметов, формировании четкости, адекватных зрительных образов, трудности в различении конфигурации сходных по написанию букв и цифр, диагностируется низкий уровень развития зрительно-моторной координации. У обучающихся в связи с выпадением такого компонента как зрительная память и не поступлением зрительной информации возникают трудности мыслительных операций в виде обобщения, анализа и синтеза.

Компетентностный подход при организации обучения инвалидов по зрению предполагает учет специфических ООП:

необходимость в формировании навыков письма и чтения, в том числе, на основе шрифта Брайля и с применением разного рода компьютерных программ;

- в специфической адаптации учебных материалов к зрительным возможностям в виде использования более крупного плоскочечного шрифта, адаптированных цветных иллюстраций с четко выделенными контурами изображений;
- в дозировании формы предъявления информации с чередованием устного сообщения, работы с текстом, работы с аппаратурой из-за повышенной утомляемости органа зрения;
- в широком использовании цифровых технологий с использованием программ речевого сопровождения (screen reader). В современных условиях рекомендовано использование наиболее функциональных приложений экранного доступа – это JAWS for Windows, VIRGO или COBRA (Baum Retec AG) и NVDA. JAWS (англ. аббр. Job Access With Speech «доступ к действиям с помощью речи») благодаря синтезатору речи считывается информация с экрана вслух, обеспечивая возможность речевого доступа к самому разнообразному контенту с выводением информации на рельефно-точечный дисплей Брайля. Использование NVDA (англ. NonVisual Desktop Access) позволяет работать на компьютере без визуального контроля, выводя всю необходимую информацию с помощью речи или на уже упомянутый дисплей Брайля;
- в дополнительном овладении практическими, социальными и коммуникативными навыками, которые у зрячих ровесников формируются спонтанно, на основе зрительного восприятия;
- в дополнительной ориентации в пространстве: в новом для слабовидящего обучающегося помещении, надо описать ситуацию, например: «В центре аудитории, примерно

в шести шагах от вас, справа и слева –ряды столов, доска – впереди», или: «Слева от двери, как заходишь, – шкаф».

При организации ДОО в ПОУ материально-техническое обеспечение учебного процесса состоит в оснащении специальными тифлотехническими средствами, позволяющими осуществлять компенсацию выраженных нарушений функций органа зрения. Компьютеры могут быть оснащены брайлевскими дисплеями (брайлевскими строками) линейки Vario (Super Vario, Vario Connect) и Focus (портативные Focus 40 и беспроводные Focus 40 Blue), отображающими информацию с экрана в виде точечного шрифта Брайля. Для слабовидящих обучающихся с остротой зрения от 0,05 до 0,3 D, можно использовать программу увеличения экрана Magic Screen Magnification, а также электронные лупы VideoLight VGA и VISIO (Baum Retec AG), увеличивающие изображение от 3-х до 72 и от 3-х до 52-х раз соответственно.

Использование ТСР позволяет обучающимся получать учебный материал в удобной для восприятия форме: тактильной, аудио, или в увеличенном формате.

Для обеспечения доступности и безопасности территории ПОУ необходимо установление тактильных средств, выполняющих для обучающиеся с ОВЗ или инвалидностью по зрению предупредительную функцию на пешеходных путях, причем их следует размещать не менее чем за 0,8 м до объекта информации или начала опасного участка. Поверхность ступеней должна иметь антискользящее покрытие и быть шероховатой; поверхность пандуса должна быть нескользкой, отчетливо маркированной цветом или текстурой, контрастной относительно прилегающей поверхности; линии разметки путей следует выполнять с использованием рифленой поверхности и с дублированием цветом.

При отсутствии лифтов ширина марша лестницы должна быть не менее 1,35 м. Для невидящих и слабовидящих лестничные марши вверх и вниз, а также участки поручней, соответствующие первой и последней ступеням марша, должны обозначаться участками поверхности с выраженным рифлением (тактильная полоса) и контрастной окраской. В местах поворота лестничных поручней на каждом этаже рекомендуется устанавливать пластины с указанием номера этажа, выполненные рельефными арабскими цифрами или знаками по Брайлю. Прозрачные двери на входах в здании, а также ограждения должны быть выполнены из ударопрочного материала. На прозрачных полотнах дверей следует предусматривать яркую контрастную маркировку высотой не менее 0,4 м и шириной не менее 0,2 м, расположенную на уровне не ниже 1,2 м и не выше 1,5 м от поверхности пешеходного пути. Дверные наличники или края дверного полотна и ручки рекомендуется окрашивать в отличные от дверного полотна контрастные цвета.

Целесообразно применение автоматических распашных или раздвижных дверей (если они не стоят на путях эвакуации). На путях движения рекомендуется применять двери на петлях одностороннего действия с фиксаторами в положениях «открыто» или «закрыто». Следует также применять двери, обеспечивающие задержку автоматического закрывания дверей, продолжительностью не менее 5 сек., и использовать распашные двери с доводчиком (с усилием 19,5 Нм).

Конструктивные элементы и устройства внутри зданий, а также декоративные элементы, размещаемые в габаритах путей движения на стенах, должны иметь закругленные края

и не выступать более чем на 0,1 м на высоте от 0,7 до 2,1 м от уровня пола.

При выделении учебных мест для учащихся с недостатками зрения расстояние между рядами столов – не менее 0,6 м; между столами в ряду – не менее 0,5 м. Площадь стола для человека с дефектами по зрению должна быть не менее 1 м ширины и 0,6 м глубины для размещения брайлевской литературы и тифлосредств.

Заключение. Таким образом, при организации педагогических и материально-технических условий в процессе профессионального образования инвалидов с нарушением сенсорных функций: слуха и зрения, важен компетентностный подход. Освоение специфических педагогических и организационных компетенций в деятельности руководителей ПОУ, специалистов, осуществляющих образовательный процесс и специалистов в области организации доступной среды (инженеров, техников, специалистов по эргономике) определяется наличием ООП инвалидов. Поэтому при реализации образовательных программ в настоящее время актуальным является критический анализ существующих компетенций в профессиональных стандартах соответствующих должностей с необходимостью включения новых или коррекции имеющихся компетенций.

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

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Борозинец Н.М. Учет особых образовательных потребностей обучающихся с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья на разных уровнях образовательной вертикали / Н. М. Борозинец, Т. С. Шеховцова // Известия РГПУ им. А. И. Герцена.- 2021. № 199.-С.17-26.
2. Соловьева И. В. Региональные аспекты развития инклюзивного образования в вузах/ И.В. Соловьева, Н. А. Палиева, Н. М. Борозинец // Новые технологии оценки качества образования: сборник материалов XV форума Гильдии экспертов в сфере профессионального образования / под общ. ред. Г. Н. Мотовой. М.: Гильдия экспертов в сфере профессионального образования, 2019.- С. 112–119.
3. Панюкова С.В., Сергеева. В.С., Мельник Ю.В. Организационно-методические и правовые аспекты обучения студентов с инвалидностью в вузе. / метод. рек. под ред. С.В. Панюковой. – М.: МГППУ, 2017.– 57 с.

REFERENCES:

1. Borozinets N.M. Taking into account the special educational needs of students with disabilities and disabilities at different levels of the educational vertical / N. M. Borozinets, T. S. Shekhovtsova // Izvestiya RSPU named after A. I. Herzen.- 2021. No. 199.-pp.17-26.
2. Solovyova I. V. Regional aspects of the development of inclusive education in universities/ I.V. Solovyova, N. A. Palieva, N. M. Borozinets // New technologies for assessing the quality of education: a collection of materials of the XV forum of the Guild of Experts in the field of vocational education / under the general editorship of G. N. Motova. M.: Guild of Experts in the field of vocational education Education, 2019.- pp. 112-119.
3. Panyukova S.V., Sergeeva. V.S., Melnik Yu. In organizational, methodological and legal aspects of teaching students with disabilities at the university. / method. rec. edited by S.V. Panyukova. – M.: MGPPU, 2017.– 57 p.

Раздел 6
**АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА
И СПОРТ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ**

Section 6
**ADAPTIVE PHYSICAL EDUCATION AND SPORT FOR
PEOPLE WITH DISABILITIES**

УДК (376)

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМАНДНЫХ ИГР В СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ КОМПЕНСИРУЮЩЕГО ВИДА

Бугрова Н.А., Жаринова Е.Е.

ГБДОУ «Детский сад №67» компенсирующего вида, Дзержинск, Россия

Аннотация

Введение. *О.В. Дружиловская и Г.Я. Трошин в своих исследованиях при изучении роли игры в воспитании и обучении детей с ограниченными возможностями здоровья делали акцент на том, что «игра служит важным показателем их способностей и возможностей, оказывает положительное влияние на развитие зрения, мышечных чувств, слуха, влечет за собой улучшение памяти, мышления и воображения». Л. Б. Баряева, А. П. Зорин, Е. В. Зворыгина, В. В. Петрунский, И. С. Гринченко говорили о важности игры как способе обучения и воспитания детей с ОВЗ. Игра способствует прогрессу в развитии детей с особенностями здоровья и помогает подготовить ребенка к школе [3].*

Выбранная форма командных игр показала свою эффективность в их использовании.

В статье представлена информация о специфике контингента воспитанников с нарушением опорно-двигательного аппарата, необходимости подбора методов и форм для их социализации.

Цель. *Определение эффективности использования командных игр в социально-педагогической абилитации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата в условиях дошкольного образовательного учреждения компенсирующего вида.*

Материалы и методы. *Предлагается описание современных подходов к использованию командных игр в социально-педагогической абилитации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата (НОДА) в условиях дошкольного образовательного учреждения компенсирующего вида.*

Результаты. *Разработаны методические рекомендации к использованию командных игр в социально-педагогической абилитации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата (НОДА) в условиях дошкольного образовательного учреждения компенсирующего вида. Предложена комплексная система взаимодействия с семьями воспитанников с НОДА.*

Заключение. *Предлагаются выводы об эффективности использования командных игр в социализации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата в условиях дошкольного образовательного учреждения компенсирующего вида.*

Ключевые слова: *Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата, социально-педагогическая абилитация детей инвалидов, командные игры.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Бугрова Наталья Александровна – старший воспитатель, 606000, Нижегородская область, г. Дзержинск, бульвар Победы, д.18А ГБДОУ «Детский сад №67» компенсирующего вида, ап-

gel-79@inbox.ru, ds67@uddudzr.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5591-4641>, SPIN-код: 9398-8066;
Жаринова Елена Евгеньевна – заведующий ГБДОУ «Детский сад №67» компенсирующего вида, ds67@uddudzr.ru.

Вклад авторов: Бугрова Н.А. – обобщение и изложение опыта работы коллектива ГБДОУ «Детский сад №67» компенсирующего вида; Жаринова Е.Е. – уточнение и редактирование текста.

THE USE OF TEAM GAMES IN THE SOCIAL AND PEDAGOGICAL HABILITATION OF CHILDREN WITH IMPAIRMENTS OF THE LOCOMOTOR APPARATUS IN THE CONDITIONS OF A COMPENSATING PRESCHOOL EDUCATIONAL INSTITUTION

Bugrova N.A., Zharinova E.E.

Kindergarten № 67 of compensating type, Dzerzhinsk, Russia

Abstract

Background. *Information is presented on the specifics of the contingent of students with a violation of the musculoskeletal system, the need to select methods and forms for their socialization.*

O.V. Druzhilovskaya and G.Ya. Troshin in their research, when studying the role of play in the upbringing and education of children with disabilities, emphasized that "play is an important indicator of their abilities and capabilities, it has a positive effect on the development of vision, muscle feelings, hearing, and improves memory, thinking and imagination". L. B. Baryaeva, A. P. Zorin, E. V. Zvorygina, V. V. Petrunsky, I. S. Grinchenko spoke about the importance of the game as a way of teaching and educating children with disabilities. The game contributes to the progress in the development of children with special needs and helps to prepare the child for school [3].

The chosen form of team games has shown its effectiveness in their use.

Aim *is to determine the effectiveness of the use of team games in the social and pedagogical habilitation of children with a violation of the musculoskeletal system in a preschool educational institution of a compensating type.*

Materials and methods. *A description of modern approaches to use team games in the social and pedagogical habilitation of children with disorders of the musculoskeletal system (MSD) in the conditions of a preschool educational institution of a compensating type is proposed.*

Results. *Methodological recommendations have been developed to use team games in the social and pedagogical habilitation of children with disorders of the musculoskeletal system (MSD) in a preschool educational institution of a compensating type. A complex system of interaction with the families of students with MSD is proposed.*

Conclusion. *Conclusions are proposed about the effectiveness of using team games in the socialization of children with disorders of the musculoskeletal system in a preschool educational institution of a compensating type.*

Key words: *Children with disorders of the musculoskeletal system, social and pedagogical habilitation of children with disabilities, team games.*

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Bugrova Natalya Alexandrovna – senior educator, 606000, Nizhny Novgorod region, Dzerzhinsk, Pobedy boulevard, 18A, angel-79@inbox.ru, ds67@uddudzr.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5591-4641>, SPIN: 9398-8066;

Zharinova Elena Evgenievna – head of the "Kindergarten № 67" of a compensating type, ds67@uddudzr.ru.

Author contribution statement: Bugrova N.A. – generalization and presentation of the experience of the team of the Kindergarten № 67 of a compensating type; Zharinova E.E. – clarification and editing of the text.

Введение. Условия реализации прав на получение образования детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) обосновываются рядом законодательных документов. Развитие комплексной системы сопровождения детей-инвалидов с ОВЗ способствует обеспечению всесторонней помощи и услуг, чтобы они могли максимально полноценно участвовать в обществе и развиваться [1].

ГБДОУ «Детский сад № 67» компенсирующего вида много лет работает с детьми с ОВЗ. Категория воспитанников, посещающих дошкольное учреждение, неоднородна. Все воспитанники имеют двигательные нарушения различной степени тяжести, кроме того, в структуре дефекта большинства воспитанников имеются проблемы психоречевого развития (задержка психического развития, умственная отсталость, общее недоразвитие речи и расстройства аутистического спектра).

Необходимо отметить ряд психофизических особенностей воспитанников.

Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата (НОДА) имеют ограниченные навыки моторики и координации. Кроме того, они испытывают трудности в выполнении мелких движений; в овладении языком, артикуляции и пониманием речи. Они имеют ограниченную словарную базу и проявляют трудности в коммуникации.

Дети с НОДА имеют проблемы с поддержанием внимания и концентрации на задачах. Им может быть трудно сосредоточиться на одном деле или следовать инструкциям. Вследствие чего, у них возникают трудности в установлении социальных связей, понимании социальных норм и эмоциональном регулировании. [2]

В свою очередь, развитие социальных навыков, такие как игра вместе с другими детьми, разделение и взаимодействие, будет способствовать дальнейшей социализации таких детей.

Цель исследования – создание специальных условий обучения и воспитания для детей с НОДА с учетом их особых образовательных потребностей посредством индивидуализации и дифференциации образовательного процесса.

Материалы и методы исследования. Социально-педагогическая работа по абилитации ребенка с ДЦП представляет собой определенную воспитательную систему. В ее основе лежит система активной жизнедеятельности ребенка с самого раннего возраста, в которой наиболее полно проявляются его индивидуальные возможности [4].

Дети с детским церебральным параличом (ДЦП) имеют свои особенности и ограничения, однако социально-педагогическая абилитация может предоставить им ряд возможно-

стей для развития и улучшения их социальных навыков.

Посещая дошкольное образовательное учреждение компенсирующего вида, дети с НОДА не находятся изолированно друг от друга. Формирование детского коллектива для детей дошкольного возраста с НОДА является вызовом, но с правильной поддержкой и адаптацией можно создать благоприятную среду для их социальной абилитации. При формировании коллектива для таких детей, мы учитываем, что каждый ребенок с НОДА имеет уникальные потребности и возможности. При коррекционно-развивающей работе мы принимаем во внимание индивидуальные особенности каждого ребенка и адаптируем подход к его потребностям, что находит отражение в индивидуальных программах развития.

В детском саду создана физическая среда, которая является доступной и безбарьерной. Помимо имеющейся регулируемой мебели, пандусов и подъемников для доступа ко всем зонам помещения, приобретены инвалидные кресла, вертикализаторы, ходунки-роллаторы, спускоподъемное устройство для бассейна, детские тренажеры, имеются адаптированные игровые и обучающие материалы.

Ребенку с нарушением опорно-двигательного аппарата требуется дополнительная поддержка для выполнения физических задач. Ежедневно педагогическими работниками создается атмосфера поддержки и поощрения, чтобы ребенок чувствовал себя уверенно и способным. Распределение ответственности между детьми помогает создать ощущение включения и взаимопомощи.

Кроме того, необходимо отметить, что включение ребенка с НОДА в образовательный процесс и социальную жизнь коллектива является важным аспектом его развития. Регулярные совместные занятия, совместные игры и проекты способствуют интеграции и развитию социальных навыков у всех детей.

Дети с различными отклонениями в состоянии здоровья (с последствиями детского церебрального паралича, с проблемами интеллекта, с вторичными дефектами на фоне основного заболевания (патологией зрения, слуха, нарушения речи и др.)) имеют разные физические возможности, и эту особенность мы учитываем при проведении игр различной степени подвижности.

Для ребенка с нарушением в развитии крайне важно, из каких двигательных действий состоит игра, с какой интенсивностью (напряженностью) она проводится, как отвечает на полученную нагрузку организм. Поэтому при подборе игр мы учитываем характер и глубину дефекта, реальные двигательные возможности ребенка и его индивидуальную реакцию на физическую нагрузку. Важно, чтобы величина нагрузки была доступной для ребенка и не вызывала у него перенапряжения.

Содержание и дозировка нагрузки должны предусматривать постепенность усложнения игр, чередование их по направленности, интенсивности и продолжительности, что стимулирует постоянный интерес к игровой деятельности.

Качество организации и проведения игры – от выбора до ее окончания – зависит от психологической готовности взрослого к этой деятельности, его педагогических знаний, опыта и умения общаться с детьми.

Искренность и доброжелательность, жизнерадостность и открытость, сопереживание и умение помочь, заметить успехи – вот те качества, которые притягивают детей, вызывают

их симпатию и уважение к взрослому, а иногда являются главным мотивом участия в игре.

На психофизическое развитие ребенка большое влияние оказывает общение с тем взрослым, к которому он эмоционально привязан, с которым ему нравится общаться. Именно в игре создаются необходимые условия для возникновения и развития таких отношений [5]. Именно поэтому так актуально включение командных игр в коррекционно-развивающую деятельность социально-педагогической абилитации воспитанников.

Командные игры обычно требуют сотрудничества и коммуникации между участниками. В процессе таких игр происходит улучшение навыков общения, воспитанники учатся слушать других, выражать свои мысли и идеи, а также сотрудничать с другими членами команды.

Игры в команде способствуют развитию навыков работы в группе и принятия решений. Участие в таких играх помогает обучению детей принимать компромиссы, разрешать конфликты и справляться с различными социальными ситуациями. Кроме того, это способствует повышению их мотивации, самооценки и уверенности в своих способностях. Помимо развития когнитивных процессов, участие в командных играх позволяет формировать способность принимать обдуманные решения.

Помимо подвижных игр (с различными предметами и без), в ДОУ широко используются игры-эстафеты или передвижение по препятствиям, когда мы создаем полосу препятствий, через которые дети должны пройти, используя разные методы передвижения. Мы создаем трассу с разными (в том числе с низкими) препятствиями, через которые дети могут ползти, перешагнуть или преодолеть с помощью опор. При этом разделение детей на команды способствует более тесной поддержке и сотрудничеству друг с другом. Используя мячи разного размера, мы предлагаем командам, попытаться попасть мячом в цель разными способами: бросая мяч руками, ногами или используя специальные устройства для удержания и бросания мяча.

В таких играх, как «Точка равновесия», мы предлагаем командам, которые должны стоять на ногах на балансирующей платформе или покрытии, сохранить равновесие как можно дольше. Команды соревнуются в том, кто сможет продержаться на платформе дольше, или кто сможет совершить наибольшее количество движений на платформе без потери равновесия.

Кроме того, интересно детям и их родителям создавать коллективные движения или танцевальные рутины, в которых каждый участник выполняет свою часть. Это развивает сотрудничество, моторику и ритмические навыки. Команды работают вместе над созданием и тренировкой своего выступления, а затем представляют его перед другими.

Используя в игре большой парашют, отлично развивается координация, сотрудничество и физическая активность. Например, в игре «Колокольчик», где дети, стоя на краях парашюта, должны сотрудничать, чтобы поднять и опустить парашют в согласованный ритм, создавая эффект колокольчика.

Большой популярностью среди воспитанников и их родителей пользуются, уже ставшие традиционными, мероприятия, организованные в Международную декаду инвалидов, неделю психологии, ко дню пожилого человека, дню матери и дню отца. Это КВНы, квесты «Тропинка здоровья», совместные с родителями или бабушками и дедушками театрализо-

ванные постановки, спортивные праздники в бассейне, семинары для родителей «Учусь плавать дома», «Театр своими руками» и прочее.

Ориентируясь на возможности воспитанников, мы включаем в мероприятия различные варианты командных игр.

Это кооперативные игры, в которых все участники работают вместе для достижения общей цели; оркестровые игры, в которых каждый участник выполняет свою роль, чтобы создать гармоничное целое (например, в игре «Музыкальный оркестр», дети и взрослые в команде играют на различных музыкальных инструментах, следуя указаниям дирижера); задачные игры (это игры, которые требуют решения определенных задач или головоломок. Например, квест-игра «Тропинка здоровья» или КВН, где дети в команде должны решать различные загадки и/или искать спрятанные предметы (подсказки)); а также ролевые игры, в которых дети могут играть определенные роли или ситуации. (Например, в игре «Театр импровизаций», дети в команде могут создавать истории и играть различные роли).

Таким образом, организованная в ДООУ система социально-педагогической абилитации, включая коррекционно-развивающую деятельность, а также тематические праздники и досуги с привлечением родителей воспитанников, позволяют создать «ситуацию успеха» для детей с различной двигательной патологией.

Результаты исследования. Накопленный опыт по социально-педагогической абилитации и психолого-педагогическому сопровождению детей с ОВЗ был представлен профессиональным сообществам на различных уровнях.

С 2018 года дошкольное учреждение является стажерской площадкой для Нижегородского института развития образования (ГБОУ ДПО НИРО) в рамках темы «Комплексное психолого-педагогическое сопровождение ребенка с ОВЗ в условиях ДООУ компенсирующего вида».

С 2021 года учреждение является участником инновационной площадки федерального уровня АНО ДПО «НИИ дошкольного образования «Воспитатели России» по направлению: «Реализация оздоровительно-воспитательной технологии «Здоровый дошкольник» в ДООУ и семье» под руководством Егорова Б.Б..

Методические рекомендации по использованию командных игр по основным направлениям физкультурно-оздоровительной и воспитательно-образовательной работы с детьми с НОДА и их родителями были опубликованы на платформе «VK Воспитатели России. Материалы» в интерактивном пособии «Воспитатели России»: Егоров Б.Б. «Здоровый дошкольник», 2023г.

Опыт работы педагогического коллектива широко представлен в рамках федеральных, региональных конференций, а также опубликован в периодических изданиях «Дошкольная педагогика», «Ребенок в детском саду».

За 2020 – 2023 год в конкурсном движении приняло участие 90% педагогов, детей и родителей. Педагоги и воспитанники являются постоянными участниками и призерами традиционных муниципальных конкурсов, таких как «Журавушка» (фестиваль-конкурс творчества для людей с ОВЗ), «Искусство быть в профессии», «Растим здоровое поколение», региональных конкурсов «Я выбираю спорт, как альтернатива пагубным привычкам», «Посмотрите на меня внимательно» (фестиваль – конкурс для детей с ОВЗ), а также интернет – конкурсов и фестивалей различных уровней.

Надо отметить, что использование командных игр в социально-педагогической абилитации, помогает развивать коммуникационные навыки у детей с ДЦП. Использование альтернативных средств коммуникации, таких как жесты, картинки, символы, опорные схемы, помогают облегчить общение и взаимодействие с окружающими. Через игровые ситуации и групповые занятия, дети учатся взаимодействовать с другими детьми и принимать участие в различных социальных активностях. Игры, упражнения и практические задания стимулируют мышление, внимание, память и другие аспекты когнитивного функционирования. А путем подбора и использования специальных физических игр, у воспитанников с ДЦП улучшаются двигательные навыки, подвижность и координация, что становится особо актуально при выпуске детей из учреждения для дальнейшего обучения по программам начального общего образования. По данным ТПМПК, большинство воспитанников выпускаются в общеобразовательные школы города.

Заключение. Таким образом, сложившаяся в учреждении система социально-педагогической абилитации с детьми с нарушением опорно-двигательного аппарата способствует полноценному развитию личности ребенка, укреплению здоровья детей и повышению адаптационных возможностей детского организма, что обеспечивает равные стартовые возможности для дальнейшей успешной социализации.

Включение семьи в работу дает возможность значительно повысить качество абилитационных мероприятий, ускорить процесс социально-педагогической коррекции, что в свою очередь позволяет вывести абилитационную деятельность на новый уровень.

В ходе исследования была доказана эффективность использования командных игр при социально-педагогической абилитации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата в условиях дошкольного образовательного учреждения компенсирующего вида. Полученный позитивный эффект при включении данной формы в коррекционно-развивающую работу с детьми с НОДА, позволяет говорить о возможности применения данного опыта в абилитации детей-инвалидов других нозологических групп.

Источники финансирования: бюджет

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

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Васильева, Н.В. Социологические концепции исследования инвалидности [Текст] / Н.В. Васильева // Социологический сборник: Вып.7. –М.: Социум, 2010.–С. 23-24.
2. Левченко И.Ю., Приходько О.Г., Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2001.
3. Терскова, С.Г. Результаты реализации Федеральной программы «Доступная среда» на 2011-2015 гг.: социологический анализ [Текст] / С.Г.Терскова, Е.С. Гаврилова, Е.Е. Юркова // Гуманитарные научные исследования. 2016 –№ 2 (54). –С. 30-37
4. Шапкова Л.В. Коррекционные подвижные игры и упражнения для детей с нарушениями в развитии / Под общей ред. проф. Шапковой Л.В. – М.: Советский спорт, 2002. – 212 с.

REFERENCES:

1. Vasilyeva, N.V. Sociological concepts of the study of disability [Text] / N.V. Vasilyeva // Sociological collection: Issue 7. –M.: Sotsium, 2010.–S. 23-24.
2. Levchenko I.Yu., Prikhodko O.G., Technologies for teaching and educating children with disorders of the musculoskeletal system: Proc. allowance for students. avg. ped. textbook establishments. - M.: Publishing Center “Academy”, 2001.
3. Terskova, S.G. Results of the implementation of the Federal Program “Accessible Environment” for 2011-2015: a sociological analysis [Text] / S.G. Terskova, E.S. Gavrilova, E.E. Yurkova // Humanitarian scientific research. 2016–No 2 (54). -WITH. 30-37
4. Shapkova L.V. Corrective outdoor games and exercises for children with developmental disorders / Ed. prof. Shapkova L.V. – M.: Soviet Sport, 2002. – 212 p.

УДК 616.72-007.248

ОСОБЕННОСТИ СОВМЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ У СПОРТСМЕНОВ С ХОНДРОПАТИЕЙ БУГРИСТОСТИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИМанаева Н.И.^{1,3}, Сумная Д.Б.^{1,2,3,4}, Титухов Р.Ю.^{1,4}, Кинзерский А.А.^{1,3}¹Уральский государственный университет физической культуры, Челябинск, Россия²Научно-исследовательский институт олимпийского спорта, Челябинск, Россия³Клиника профессора Кинзерского ООО «Центр нейромышечной стабилизации» Челябинск, Россия⁴ООО «СОНАР», Челябинск, Россия**Аннотация**

Введение. Достаточно распространенной причиной ухода из спорта является боль в коленном суставе. Нередко, способствует появлению данной жалобы хондропатия бугристости большеберцовой кости. Несмотря на то, что эта патология изучена достаточно глубоко, отмечается рецидив болезни Осгуда-Шлаттера у спортсменов при возобновлении тренировок.

Целью исследования было изучение эффективности применения комплекса упражнений динамической нейромышечной стабилизации (ДНС) и Войта-терапии совместно с введением аутоплазмы в пораженную область.

Материалы и методы. На базе учебного центра Клиники профессора Кинзерского и ООО «Центр нейромышечной стабилизации», кафедры спортивной медицины и физической реабилитации, кафедры биохимии ФГБОУ ВО «Уральский государственный университет физической культуры» проходили обследование 210 спортсменов с болезнью Осгуда-Шлаттера (БОШ). Спортсмены были осмотрены ревматологом и ортопедом, проведена дифференциальная диагностика хондропатии с другими аутоиммунными, аутовоспалительными и инфекционными заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Кроме того, проводилось УЗИ с эластометрией, рентгенография и МРТ коленных суставов. Методом случайной выборки все спортсмены были поделены на три группы. Одной из групп (группа В) назначен комплекс реабилитационных мер, включающий, кроме прочего, инъекции аутоплазмы в зону хондропатии в комбинации с Войта-терапией и ДНС

Результаты. У 157 из 210 обследованных спортсменов в возрасте 8-18 лет были выявлены признаки болезни Осгуда – Шлаттера (БОШ). 133 из них имели клинику острой стадии БОШ, у остальных 37 присутствовала БОШ различной степени выраженности. До начала реабилитации показатель шкалы боли по ВАШ был ($p < 0,05$) $7 \pm 1,25$ баллов, что соответствовало выраженной боли. Пациенты всех групп (А, Б и В) клинически отмечали достоверное уменьшение болевого синдрома в среднем на $3 \pm 0,5$ сутки ($p < 0,05$) от начала реабилитации. Через неделю от первого реабилитационного комплекса уровень ВАШ достоверно снизился и был $5 \pm 0,25$ ($p < 0,05$), $4 \pm 0,25$ ($p < 0,05$), $2 \pm 0,25$ ($p < 0,05$) баллов у пациентов групп А, Б и В соответственно. Через 6 месяцев у пациентов группы В не отмечалось каких-либо признаков БОШ. В отличие от двух других, где спортсмены указывали на дискомфорт во время тренировок.

Заключение. Включение в план реабилитации Войта-терапии и упражнений из ДНС минимизирует возможность рецидива хондропатии ББК.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Манаева Надежда Ивановна, врач ревматолог, ORCID: 0000-0003-1120-2225, medcenteruzi@list.ru

Титухов Ринат Юрьевич, врач УЗД, ORCID: 0000-0001-6603-2185, renat999661@yandex.ru

Кинзерский Антон Александрович, врач невролог, доцент кафедры физической реабилитации и спортивной медицины Уральского государственного университета физической культуры, к.м.н. ORCID: 0000-0003-3100-1113 antkinz@list.ru

Сумная Дина Борисовна, врач д.м.н., профессор невролог, профессор кафедры биохимии, ведущий научный сотрудник НИИ олимпийского спорта Уральского государственного университета физической культуры, д.м.н. ORCID: 0000-0001-9941-8789, sumniyd@mail.ru

FEATURES OF THE JOINT USE OF VARIOUS RECOVERY METHODS IN ATHLETES WITH CHONDROPATHY OF THE TIBIAL TUBEROSITY

Manaeva N.I.^{1,3}, Sumnaya D.B.^{1,2,3,4}, Titukhov R.Yu.^{1,4}, Kinzersky A.A.^{1,3}

¹Ural State University of Physical Culture, Chelyabinsk, Russia

²Olympic Sports Research Institute, Chelyabinsk, Russia

³Professor Kinzersky's Clinic "Center of Neuromuscular Stabilization", Chelyabinsk, Russia

⁴SONAR, Chelyabinsk, Russia

Abstract

Background. A fairly common reason for quitting sports is pain in the knee joint. Often, chondropathy of the tuberosity of the tibia contributes to the appearance of this complaint. Despite the fact that this pathology has been studied in sufficient depth, there is a recurrence of Osgood-Schlatter disease in athletes when they resume training.

The aim of the study was to study the effectiveness of the use of a set of exercises of dynamic neuromuscular stabilization (DNS) and Vojta therapy together with the introduction of autoplasm into the affected area.

Materials and methods. 210 athletes with Osgood-Schlatter disease (OSD) were examined on the basis of the training center of the Clinic of Professor Kinzersky and the Neuromuscular Stabilization Center, the Department of Sports Medicine and Physical Rehabilitation, the Department of Biochemistry of the Ural State University of Physical Culture. Athletes were examined by a rheumatologist and an orthopedist, differential diagnosis of chondropathy with other autoimmune, auto-inflammatory and infectious diseases of the musculoskeletal system was carried out. In addition, ultrasound with elastometry, radiography and MRI of the knee joints were performed. By random sampling, all athletes were divided into three groups. One of the groups (group B) was assigned a set of rehabilitation measures, including, among other things, injections of autoplasm into the chondropathy zone in combination with Vojta therapy and DNS.

Results. 157 out of 210 examined athletes aged 8-18 years showed signs of Osgood-Schlatter disease (OSD). 133 of them had an acute-stage OSD clinic, the remaining 37 had OSD of varying severity. Before the start of rehabilitation, the index of the pain scale according to VAS was ($p < 0.05$) 7 ± 1.25 points, which corresponded to severe pain. Patients of all groups (A, B and C) clinically noted a significant decrease in pain syndrome on average by 3 ± 0.5 days ($p < 0.05$) from the beginning of rehabilitation. A week after the first rehabilitation complex, the VAS level

significantly decreased and was 5 ± 0.25 ($p < 0.05$), 4 ± 0.25 ($p < 0.05$), 2 ± 0.25 ($p < 0.05$) points in patients of groups A, B and C, respectively. After 6 months, group B patients showed no signs of OSD. Unlike the other two, where athletes indicated discomfort during training.

Conclusion. The inclusion of Vojta therapy and exercises from the DNS in the rehabilitation plan minimizes the possibility of recurrence of OSD.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Nadezhda Ivanovna Manaeva, rheumatologist, ORCID: 0000-0003-1120-2225, medcenteruzi@list.ru
Titukhov Rinat Yurievich, ultrasound doctor, ORCID: 0000-0001-6603-2185, renat999661@yandex.ru
Kinzersky Anton Aleksandrovich, neurologist, associate professor of the Department of Physical Rehabilitation and Sports Medicine, Ural State University of Physical Culture, Ph.D.

ORCID: 0000-0003-3100-1113; email: antkinz@list.ru

Sumnaya Dina Borisovna, Doctor of Medical Sciences, Professor Neurologist, Professor of the Department of Biochemistry, Leading Researcher, Research Institute of Olympic Sports, Ural State University of Physical Culture, Doctor of Medical Sciences; ORCID: 0000-0001-9941-8789, sumniyd@mail.ru

Введение. По данным литературы болезнь Осгуда-Шлаттера проявляется у каждого пятого спортсмена у детей и подростков, так как оно связано с возрастными анатомическими особенностями опорно-двигательного аппарата [2,3]. Для лечения и реабилитации чаще всего применяются местные методы, иммобилизация, ЛФК [4,5].

Цель исследования. Изучить эффективность применения комплекса упражнений динамической нейромышечной стабилизации (ДНС) и Войта-терапии совместно с введением аутоплазмы в пораженную область у спортсменов с болезнью Осгуда – Шлаттера.

Материалы и методы исследования. На базе учебного центра Клиники профессора Кинзерского и ООО «Центр нейромышечной стабилизации», кафедре спортивной медицины и физической реабилитации, кафедре биохимии ФГБОУ ВО «Уральский государственный университет физической культуры» проходили обследование 210 спортсменов с болезнью Осгуда – Шлаттера (БОШ).

Критерии включения в исследование:

- возраст спортсменов 11-19 лет;
- отсутствие клинико-лабораторных маркеров острого инфекционного процесса, аутовоспалительного состояния и обострения хронических заболеваний;
- подтвержденный диагноз хондропатии бугристости большеберцовой кости;
- добровольное согласие пациента (его представителей).
- Критерии исключения:
- спортсмены с установленным диагнозом остеоартроз коленных суставов;
- низкая комплаентность участника.

Спортсмены были осмотрены ревматологом и ортопедом, проведена дифференциальная диагностика (клиническая, лабораторная, инструментальная) хондропатии с другими аутоиммунными, аутовоспалительными и инфекционными заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

После верификации диагноза БОШ все пациенты были разделены на несколько групп. Пациентам группы А (n = 40) назначался полный отказ от нагрузок и иммобилизация пораженной конечности и НПВП. Пациенты группы Б (n = 45) получали стандартный курс консервативной терапии (НПВП в возрастной дозе), ИММТ обеих нижних конечностей, курс общего классического массажа и комплекс упражнений. Пациенты группы В (n = 48) получали курс плазмотерапии, классическое кинезиотейпирование комбинированным способом, ИММТ обеих нижних конечностей, Войта-терапию и после купирования острого болевого синдрома – проводилась динамическая нейромышечная стабилизация (ДНС). Группа контроля (здоровые спортсмены) 53 человека идентичного возраста. Группы обследуемых были идентичны по возрасту, во всех группах отмечается преобладание больных 12-15 лет.

Результаты исследований и их обсуждение.

У 157 из 210 обследованных спортсменов в возрасте 8-18 лет были выявлены признаки болезни Осгуда – Шлаттера (БОШ). 133 из них имели клинику острой стадии БОШ, у остальных 37 присутствовала БОШ на различной степени выраженности. До начала реабилитации показатель шкалы боли по ВАШ был ($p < 0,05$) $7 \pm 1,25$ баллов, что соответствовало выраженной боли. Пациенты всех групп (А, Б и В) клинически отмечали достоверное уменьшение болевого синдрома в среднем на $3 \pm 0,5$ сутки ($p < 0,05$) от начала реабилитации. Через неделю от первого реабилитационного комплекса уровень ВАШ достоверно снизился и был $5 \pm 0,25$ ($p < 0,05$), $4 \pm 0,25$ ($p < 0,05$), $2 \pm 0,25$ ($p < 0,05$) баллов у пациентов групп А, Б и В соответственно (Рисунок 1).

При оценке данного показателя через месяц от первого посещения, достоверно купирован болевой синдром ($p < 0,05$) в области коленного сустава у пациентов группы В (ВАШ = 0), в группе Б находился на отметке $3 \pm 0,5$ балла ($p < 0,05$), а в группе А уровень ВАШ вернулся к своему исходному значению до уровня $7 \pm 1,25$ балла ($p < 0,05$).

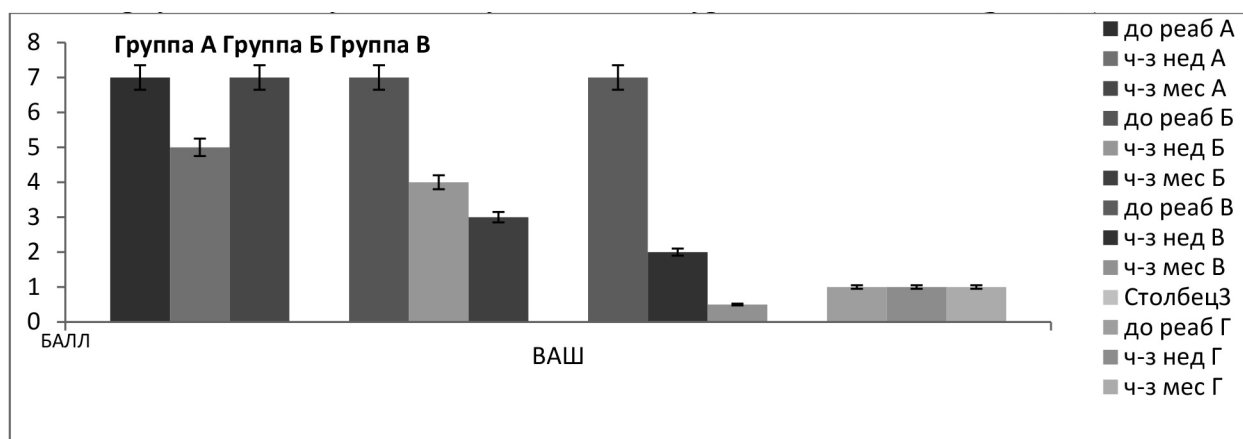


Рисунок 1. Динамика изменения показателей ВАШ у пациентов разных групп на фоне реабилитации

Выводы. Метод классического кинезиотейпирования по эффективности сопоставим с действием НПВП для купирования различных воспалительных явлений в суставах и параартикулярных структурах. Кинезиотейпирование является методом выбора в случае на-

личия противопоказаний или риске появления нежелательных побочных реакций применения НПВП.

Применение инъекций ОТАП достоверно купирует проявление хондропатии бугристости ББК и является эффективным методом лечения при вторичном артрозе коленного сустава. Местная плазмолитерапия является более эффективным в раннюю стадию БОШ и помогает атлету максимально быстро вернуться в спорт.

Применение Войта-терапии уменьшает выраженность болевого синдрома в острую стадию за счет рефлекторного включения работы группы мышц бедер и спины. Упражнения из ДНС улучшают постуральный контроль и учитывают индивидуальную подготовку спортсмена и функциональную работу мышц в определенную стадию болезни.

Сочетанное применение Войта-терапии, комплекса упражнений из ДНС и введение ОТАП сводит к минимуму риск рецидива хондропатии ББК.

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

The authors declare no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES:

1. Wilke J, Vogt L, Niederer D, et al.: Is remote stretching based on myofascial chains as effective as local exercise? A randomised-controlled trial. // *J Sports Sci*, 2017, 35: 2021–2027
2. Ohtaka, M. Screening of the Maturity Status of the Tibial Tuberosity by Ultrasonography in Higher Elementary School Grade Schoolchildren. / M. Ohtaka, I. Hiramoto, H. Minagawa // *Int J Environ Res Public Health*. – 2019. - 16(12). - pp. 21-38.
3. DeLong JM, Russell RP, Mazzocca AD Platelet-rich plasma: the PAW classification system. // *Arthroscopy*. 2012 Jul; 28(7):998-1009.
4. Малахов, Н.Б. Нормальная эхоанатомия парартикулярных тканей коленного сустава у детей и методика их ультразвукового обследования/ Н.Б. Малахов, М.И. Пыков, Г.М. Чочиев, Н.В. Пантелеев // *Ультразвуковая и функциональная диагностика*. – 2004. – №1. – С.91–100
5. Cheatham SW, Lee M, Cain M, Baker R. The efficacy of instrument assisted soft tissue mobilization: a systematic review. // *J Can Chiropr Assoc*. 2016 Sep; 60(3):200-211.

Раздел 7
**РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ:
ТЕХНОЛОГИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ**

Section 7
**REHABILITATION OF THE ELDERLY:
HEALTH SAVING TECHNOLOGIES**

УДК 613.98:616.5-007.23-053.9:616.5-083.4:616-084

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ГЕРОНТОТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА ЗА ГЕРИАТРИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ СО СТАРЧЕСКИМ КСЕРОЗОМ

Колосова Г.В.¹, Башкирёва А.С.², Баранова Н.П.^{2,3}, Шишко А.В.^{2,3,4}, Бондаренко Т.В.⁵, Богданова Д.Ю.², Аникеев П.П.²

¹ Комитет по социальной политике Санкт-Петербурга;

² Научно-инновационный центр «Профессиональное долголетие»;

³ АНО «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии»;
Правительство Приморского края;

⁵ СПб ГКУ «Центр организации социального обслуживания»; Санкт-Петербург,
Россия

Аннотация

Введение. В рамках развития типовой модели системы долговременного ухода (СДУ) и внедрения инновационных геронтологических технологий в качестве передовых социальных практик для дальнейшей оптимизации социально-медицинского обслуживания пациентов пожилого и старческого возраста с 2018 г. по настоящее время на территории Санкт-Петербурга и Ленинградской области (ЛО) реализуется социальный научно-практический проект «Старшему поколению – забота и уход!».

Цель. Анализ результатов внедрения инновационных геронтологических технологий в качестве передовых социальных практик в систему долговременного ухода за гражданами старших возрастных групп; сравнительный анализ эффективности применения эмолентов дерматопротекторного действия для ранней реабилитации и повышения качества жизни пациентов гериатрического профиля с возраст-ассоциированным ксерозом (ВАК).

Материалы и методы. В когорту обследованных вошли пациенты гериатрического профиля со старческой астенией 12 учреждений социальной защиты населения СПб и ЛО. В зарубежной литературе таких пациентов называют «хрупкими» (frailty).

Результаты. Полученные данные свидетельствуют о том, что ВАК как проявление «хрупкости» кожи при старении может рассматриваться в качестве составной части гериатрического синдрома старческой астении у пациентов старших возрастных групп.

Заключение. Развитие «хрупкости» кожи существенно снижает качество жизни пациентов гериатрического профиля и требует своевременной профилактики и коррекции адекватно подобранными дерматопротекторами.

Ключевые слова: гериатрические пациенты, старческий ксероз, «хрупкость» кожи, качество жизни, инновационные геронтологические технологии, дерматопротекторы

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Башкирёва Анжелика Сергеевна, д.м.н., доцент; 199106, Санкт-Петербург, ул. Гаванская, д. 11/16, пом. 78; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2896-8414>; eLibrary SPIN: 1621-0683; e-mail: angel_darina@mail.ru;

Колосова Галина Владимировна, 191144, Санкт-Петербург, ул. Новгородская, д. 20, лит. А; eLibrary SPIN: 3391-2823;

Баранова Надежда Петровна, 199106, г. Санкт-Петербург, ул. Гаванская, д.11/16, пом.78; eLibrary SPIN: 3267-1992; e-mail: prof-longevity@mail.ru;

Бондаренко Тамара Викторовна, 191119, Санкт-Петербург, ул. Звенигородская, д. 22;

Богданова Дарина Юрьевна, 199106, г. Санкт-Петербург, ул. Гаванская, д.11/16, пом.78; eLibrary SPIN: 4465-6443; e-mail: prof-longevity@mail.ru;

Аникеев Павел Петрович, 199106, г. Санкт-Петербург, ул. Гаванская, д.11/16, пом.78; e-mail: prof-longevity@mail.ru;

Шишко Александр Владимирович, 199106, г. Санкт-Петербург, ул. Гаванская, д.11/16, пом.78; eLibrary SPIN: 1416-2515; e-mail: prof-longevity@mail.ru

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

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит результатов исследований с участием животных.

Исследования с участием людей: По результатам проведения полноценной этической экспертизы документов НИР реализация научно-практического проекта «Повышение качества жизни пациентов гериатрического профиля с возраст-ассоциированным ксерозом» с точки зрения соблюдения прав и достоинства участников исследования была полностью одобрена локальным этическим комитетом (ЛЭК), протокол заседания ЛЭК ООО «Стомедсервис» от 03.02.2020 г. № 13 (исх. от 03.02.2020 г. № 10). Настоящее научное исследование проводилось при строгом соблюдении требований Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации по биомедицинским технологиям. Протоколы добровольного информированного согласия пациентов на проведение исследования с последующим назначением эмолентов дерматопротекторного действия – бальзамов Eхomega Control® А-DERMA и XeraCalm A.D® Avène получены.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит результатов исследований с наличием идентифицируемых данных людей.

REHABILITATION GERONTOTECHNOLOGIES IN THE SYSTEM OF LONG-TERM CARE FOR GERIATRIC PATIENTS WITH SENILE XEROSIS

Kolosova G.V.¹, Bashkireva A.S.², Baranova N.P.^{2,3}, Shishko A.V.^{2,3,4}, Bondarenko T.V.⁵, Bogdanova D.Yu.², Anikeev P.P.²

¹Committee for Social Policy of St. Petersburg;

²Scientific and Innovation Center "Professional Longevity";

³ANO "St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology";

⁴Government of Primorsky Krai;

⁵St. Petersburg GКУ "Center for the organization of social services"; St. Petersburg, Russia

Abstract

Background. *From 2018 to the present a scientific project «The use of dermatoprotectors to improve the quality of life of geriatric patients with senile xerosis» has been realized as part of a typical model of a long-term care system in order to introduce the innovative gerontotechnologies as advanced social practices in further optimization of social and medical care for elderly and senile patients in St. Petersburg and Leningrad Region.*

Aim. *The article presents the results of a comparative analysis of the effectiveness of dermatoprotective emollients application for early rehabilitation and quality of life improvement among geriatric patients with senile xerosis. The clinical manifestations of this disease have been studied before and after the use of dermatoprotectors.*

Materials and methods. *The surveyed cohort included geriatric patients with senile asthenia from 12 institutions of social protection of St. Petersburg and Leningrad Region population. In the foreign literature, such patients are called "fragile".*

Results. *The data thus obtained indicate that age-associated xerosis as a manifestation of skin "fragility" during aging can be considered as a component of the geriatric syndrome of senile asthenia in patients of older age groups.*

Conclusion. *The development of skin "fragility" significantly reduces the quality of life of geriatric patients and requires timely prophylaxis and correction with adequately selected dermatoprotectors.*

Key words: *geriatric patients, senile xerosis, fragility of the skin, quality of life, innovative gerontotechnologies, dermatoprotectors.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Bashkireva Anzhelika Sergeevna, MD, DSc; 199106, St. Petersburg, str. Gavanskaya, 11/16-78; tel.: 8 (905) 258-21-63; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2896-8414>; eLibrary SPIN: 1621-0683; e-mail: angel_darina@mail.ru;

Kolosova G.V., 191144, St. Petersburg, str. Novgorodskaya, 20, lit. A; eLibrary SPIN: 3391-2823;

Baranova Nadezhda Petrovna, 199106, St. Petersburg, str. Gavanskaya, 11/16-78; eLibrary SPIN: 3267-1992; e-mail: prof-longevity@mail.ru;

Bondarenko T.V., 191119, St. Petersburg, str. Zvenigorodskaya, 22;

Bogdanova Darina Yurievna, 199106, St. Petersburg, str. Gavanskaya, 11/16-78; eLibrary SPIN: 4465-6443; e-mail: prof-longevity@mail.ru;

Anikeev Pavel Petrovich, 199106, St. Petersburg, str. Gavanskaya, 11/16-78; e-mail: prof-longevity@mail.ru;

Shishko Alexander Vladimirovich, 199106, St. Petersburg, str. Gavanskaya, 11/16-78; eLibrary SPIN: 1416-2515; e-mail: prof-longevity@mail.ru

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

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: This article does not contain the results of studies involving animals.

Studies involving human subjects: Based on the results of a full-fledged ethical examination of R&D documents, the implementation of the scientific and practical project "Improving the quality of life of geriatric patients with age-associated xerosis" from the point of view of observing the

rights and dignity of the study participants was fully approved by the Local Ethical Committee (LEC), the minutes of the meeting of LEC Stomamedservice Ltd., dated 03.02.2020, No. 13 (out. dated 03.02.2020, No. 10). This scientific study was carried out in strict compliance with the requirements of the Declaration of Helsinki by the World Medical Association for Biomedical Technologies. Protocols of voluntary informed consent of patients to conduct a study followed by the appointment of emollients of dermatoprotective action – balms Exomega Control® A-DERMA and XeraCalm A.D® Avène have been obtained.

Inclusion of identifiable human data: This article does not contain research results with identifiable human data.

Введение. Поиски оптимальной модели сопровождения и оказания помощи стареющему населению ведутся во всех странах мира. В настоящее время особая роль должна принадлежать тем социально-медицинским технологиям, которые способны дать комплексное решение для устранения трудностей и проблем в жизни граждан пожилого и старческого возраста. Пациенты старших возрастных групп составляют особую категорию граждан, для которых характерен потенциально высокий уровень коморбидности, снижающий качество жизни, оказывающий влияние на формирование старческой астении и других гериатрических синдромов. Пожилые люди с полиморбидной патологией часто имеют низкую функциональную активность, когнитивные нарушения, депрессию. В целях реализации в рамках федерального проекта «Старшее поколение» национального проекта «Демография» в отдельных субъектах Российской Федерации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе, приказом Минтруда России от 29.09.2020 г. № 667 утверждена типовая модель СДУ как составная часть мероприятий, направленных на развитие и поддержание функциональных способностей граждан, включающая сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также поддержку семейного ухода. В рамках развития типовой модели СДУ и внедрения инновационных геронтотехнологий для дальнейшего расширения спектра услуг в системе социально-медицинского обслуживания пациентов гериатрического профиля с 2018 г. по настоящее время на территории Санкт-Петербурга и Ленинградской области (СПб и ЛО) реализуется социальный научно-практический проект «Старшему поколению – забота и уход!».

На сегодняшний день в мире более 75% людей старше 70 лет отмечают у себя сухую кожу, которая приводит к формированию микротрещин на кистях рук, голених, других частях тела, появлению сенильного зуда, развитию экзематозного процесса (сухой экземы, при которой кожа напоминает старый растрескавшийся фарфор). Причиной возникновения сенильной сухости кожных покровов является снижение уровня половых гормонов, стимулирующих сальные железы, а также инволютивные дистрофические процессы, происходящие в коже. Возраст-ассоциированный ксероз, являясь патологическим состоянием, существенно ухудшающим качество жизни гериатрических пациентов, в отсутствие коррекции может завершиться формированием более выраженных манифестаций, привести к усугу-

блению имеющейся симптоматики, а у маломобильных граждан, нуждающихся в постороннем уходе, и к появлению пролежней.

Цель исследования – оценка эффективности внедрения передовых социальных практик на основе инновационных геронтологических с использованием эмоленов дерматопротекторного действия в систему ранней реабилитации пациентов гериатрического профиля со старческим ксерозом.

Материалы и методы. В когорту обследованных вошли пациенты гериатрического профиля 12 учреждений социальной защиты населения СПб и ЛО: 880 женщин пожилого и старческого возраста со старческой астенией по результатам проведения комплексной гериатрической оценки (КГО), являвшихся получателями социально-медицинских услуг в указанных организациях. Средний возраст обследованных составил $76,9 \pm 2,1$ лет, из них: 405 женщин в возрасте от 60 до 74 лет; 475 женщин в возрасте от 75 до 89 лет. Критерии включения в исследование: - диагноз «старческая астения» (R54 по МКБ-10), выставленный комиссией в составе врача-гериатра, гериатрической медсестры и специалиста по социальной работе по результатам КГО; - женский пол; - возраст от 60 до 74 лет и от 75 до 89 лет; - наличие жалоб и клинических признаков сухости кожи; - подтвержденный возраст-ассоциированный ксероз; - информированное согласие пациента на участие в исследовании. Критерии исключения из исследования: - возраст менее 60 и более 89 лет; - наличие дерматологической патологии в настоящее время и в анамнезе; - наличие заболеваний, способных повлиять на результаты исследования; - отягощенный аллергологический анамнез; - наличие вредных привычек; - прием антикоагулянтов, нестероидных противовоспалительных препаратов, пероральных ретиноидов.

Все обследованные были распределены с применением принципов рандомизации на 4 группы: – I основная группа (изучали действие бальзама Ehomega Control® A-DERMA) – 220 женщин в возрасте от 60 до 89 лет (из них 102 в возрасте от 60 до 74 лет и 118 – в возрасте от 75 до 89 лет); – II основная группа (изучали действие бальзама XeraCalm A.D® Avène) – 220 женщин в возрасте от 60 до 89 лет (из них 98 в возрасте от 60 до 74 лет и 122 – в возрасте от 75 до 89 лет); – I контрольная группа (применяли плацебо-препарат – смесь paraffinum liquidum и glycerin в соотношении 1,5:1) – 220 женщин в возрасте от 60 до 89 лет (из них 104 в возрасте от 60 до 74 лет и 116 – в возрасте от 75 до 89 лет); – II контрольная группа (препараты не применялись) – 220 женщин в возрасте от 60 до 89 лет (из них 101 в возрасте от 60 до 74 лет и 119 – в возрасте от 75 до 89 лет).

По результатам проведения полноценной этической экспертизы документов НИР реализация научно-практического проекта «Повышение качества жизни пациентов гериатрического профиля с возраст-ассоциированным ксерозом» с точки зрения соблюдения прав и достоинства участников исследования была полностью одобрена локальным этическим комитетом, протокол заседания ЛЭК ООО «Стомамедсервис» от 03.02.2020 г. № 13 (исх. от 03.02.2020 г. № 10). Настоящее научное исследование проводилось при строгом соблюдении требований Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации по биомедицинским технологиям. Протоколы добровольного информированного согласия пациентов на проведение исследования с последующим назначением эмоленов дерматопротекторного действия – бальзамов Ehomega Control® A-DERMA и XeraCalm A.D® Avène получены.

Клинические методы исследования включали: визуальный осмотр пациента; комплексную гериатрическую оценку; дифференциальную диагностику ксероза по этиологическому фактору; оценку степени выраженности клинических признаков возраст-ассоциированного ксероза; заполнение анкеты, разработанной для оценки эффективности дерматопротекторных косметических средств для профилактики и коррекции ВАК у пациентов гериатрического профиля [1]. Курс лечения составлял 60 дней, космецевтические средства и плацебо-препарат наносились на поражённые ксерозом участки кожи ежедневно, утром и вечером, на предварительно очищенную кожу. Результаты оценки степени выраженности клинических признаков ВАК обследованных фиксировались в специально разработанных анкетах, включавших данные о степени выраженности клинических проявлений возраст-ассоциированного ксероза (сухость, шелушение, чешуйчатость, зуд, расчесы, трещины) на дату начала наблюдательных исследований и по завершении курса применения эмоленов дерматопротекторного действия и плацебо-препарата.

Результаты исследования. Сравнительный анализ состояния кожи у лиц со старческим ксерозом, показал, что до начала применения дерматопротекторов 98,4% пациенток всех возрастных групп предъявляли жалобы на сухость кожи (табл. 1). Также были выявлены: шелушение кожи – у 75,6% пациенток в возрасте 60 – 74 лет и у 88,0% в возрасте 75 – 89 лет; чешуйчатость кожи – у 35,1% пациенток в возрасте 60 – 74 лет и у 43,4% в возрасте 75 – 89 лет; трещины кожи – у 38,0% пациенток в возрасте 60 – 74 лет и у 45,7% в возрасте 75 – 89 лет; сенильный (старческий) зуд кожи – у 82,7% пациенток в возрасте 60 – 74 лет и у 94,9% в возрасте 75 – 89 лет; расчёсы кожи – у 44,9% пациенток в возрасте 60 – 74 лет и у 57,1% в возрасте 75 – 89 лет.

Таблица 1

Распространенность клинических симптомов старческого ксероза у лиц пожилого и старческого возраста

Возраст, лет	Сухость		Шелушение		Чешуйчатость		Трещины		Сенильный зуд		Расчесы	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
60 – 74	394	97,28%	306	75,56%	142	35,06%	154	38,02%	335	82,72%	182	44,94%
75 – 89	472	99,37%	418	88,00%	206	43,37%	217	45,68%	451	94,95%	271	57,05%
60 – 89	866	98,41%	719	81,70%	346	39,32%	369	41,93%	780	88,64%	451	51,25%

При сравнении результативности каждого из эмоленов в группах лиц пожилого и старческого возраста отмечалась более высокая эффективность ранней реабилитации возраст-ассоциированного ксероза у пациенток в возрасте от 60 до 74 лет: при коррекции сухости кожи – на 5,94% для бальзама Eхomega Control® A-DERMA и 2,88% для бальзама XeraCalm A.D® Avène; при коррекции шелушения – на 2,33% и 12,35%; чешуйчатости кожи – на 0,44% и 3,92%; трещин – на 5,27% и 4,77%; сенильного зуда – на 2,98% и 2,2%, расчесов – на 2,65% и 0,73%, соответственно. В результате применения дерматопротекторов – бальзамов Eхomega Control® A-DERMA и XeraCalm A.D® Avène, пациенты отмечали значительное уменьшение всех клинических проявлений возраст-ассоциированного ксероза,

что особенно важно – интенсивности зуда, существенное улучшение качества кожи, повышения качества сна.

Врачи-гериатры и пациенты, принимавшие участие в исследовании, оценили эффективность эмолентов Ehomega Control® A-DERMA и XeraCalm A.D® Avène как «очень эффективную» и «эффективную» (98% врачей и 100% пациентов). Также 98% врачей и 98,3% пациентов отметили переносимость изученных дерматопротекторов как «очень хорошую» и «хорошую». Данных о побочных эффектах и осложнениях выявлено не было. Полученные результаты подтвердили высокую клиническую эффективность и переносимость бальзамов Ehomega Control® A-DERMA и XeraCalm A.D® Avène в качестве наружной терапии в системе ранней реабилитации возраст-ассоциированного ксероза.

С целью оценки влияния степени выраженности клинических проявлений старческого ксероза до и после применения эмолентов на качество жизни обследованных был проведён анализ дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ), разработанного А.У. Finlay и G.K. Khan в Великобритании в 1994 г., и адаптированного с учётом возраста, социальной активности и других медико-демографических характеристик пациенток. В таблице 2 показана динамика индекса качества жизни в ходе проведенного исследования. Для каждой возрастной группы указано среднеарифметическое значение ДИКЖ. В дополнение приведён вариативный ряд значений анализируемого индекса. По результатам тестирования пациентки обеих возрастных групп после применения эмолентов отмечали улучшение состояния кожи, достоверное снижение и(или) полное отсутствие клинических проявлений старческого ксероза ($p < 0,01-0,05$).

Таблица 2

Влияние степени выраженности клинических проявлений старческого ксероза на качество жизни обследованных до и после применения дерматопротекторов

Симптомы	ДИКЖ			
	Группа I (60-74 года)		Группа II (75-89 лет)	
	Исходный фон	После коррекции	Исходный фон	После коррекции
Сухость	13,71 [2-24]	2,28*** [0-24]	14,81 [2-24]	2,80***, # [0-24]
Шелушение	7,41 [0-24]	1,19** [0-24]	7,30 [0-24]	1,74***, # [0-24]
Чешуйчатость	2,29 [0-8]	0,48* [0-4]	2,14 [0-8]	1,10# [0-4]
Зуд	1,24 [0-8]	0,48 [0-4]	1,95# [0-8]	0,96 [0-4]
Расчесы	2,03 [0-24]	0,34* [0-4]	2,93# [0-24]	1,01*, # [0-8]
Трещины	2,38 [0-24]	0,65* [0-4]	3,08# [0-24]	1,19* [0-8]

Примечание: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$ – достоверность различий по сравнению с исходным фоном; # – $p < 0,05$ – достоверность различий между возрастными группами; в квадратных скобках указан вариационный ряд.

Поскольку старческий ксероз носит, как правило, циклический характер с периодами ухудшения, особенно в осенне-зимнее время, бальзамы Exomega Control® A-DERMA и XeraCalm A.D® Avène являются важным звеном как лечебного, так и реабилитационного ухода за кожей, позволяет полностью справиться с проблемой паталогической сухости кожи, в том числе и при таких серьезных сопутствующих заболеваниях, как сахарный диабет.

Результаты сравнительного анализа изменений степени выраженности клинических проявлений старческого ксероза у гериатрических пациентов до и после применения дерматопротекторов показали, что оба эмолента обладают выраженным смягчающим и увлажняющим действием, способствуют восстановлению пораженных кожных покровов, повышают регенеративные и барьерные функции кожи, предотвращают сухость, снимают раздражение и сенильный зуд, способствуют восстановлению пораженных участков защитного слоя эпидермиса (рис. 1 и 2). При сравнении эффективности каждого из эмолентов среди пациенток пожилого и старческого возраста отмечалась более высокая эффективность при коррекции старческого ксероза у пациенток в возрасте от 60 до 74 лет (при коррекции сухости кожи – на 5,94% для бальзама Exomega Control® A-DERMA и 2,88% для бальзама XeraCalm A.D® Avène; при коррекции шелушения – на 2,33% и 12,35%; чешуйчатости кожи – на 0,44% и 3,92%; трещин – на 5,27% и 4,77%; сенильного зуда – на 2,98% и 2,2%, расчесов – на 2,65% и 0,73%, соответственно).

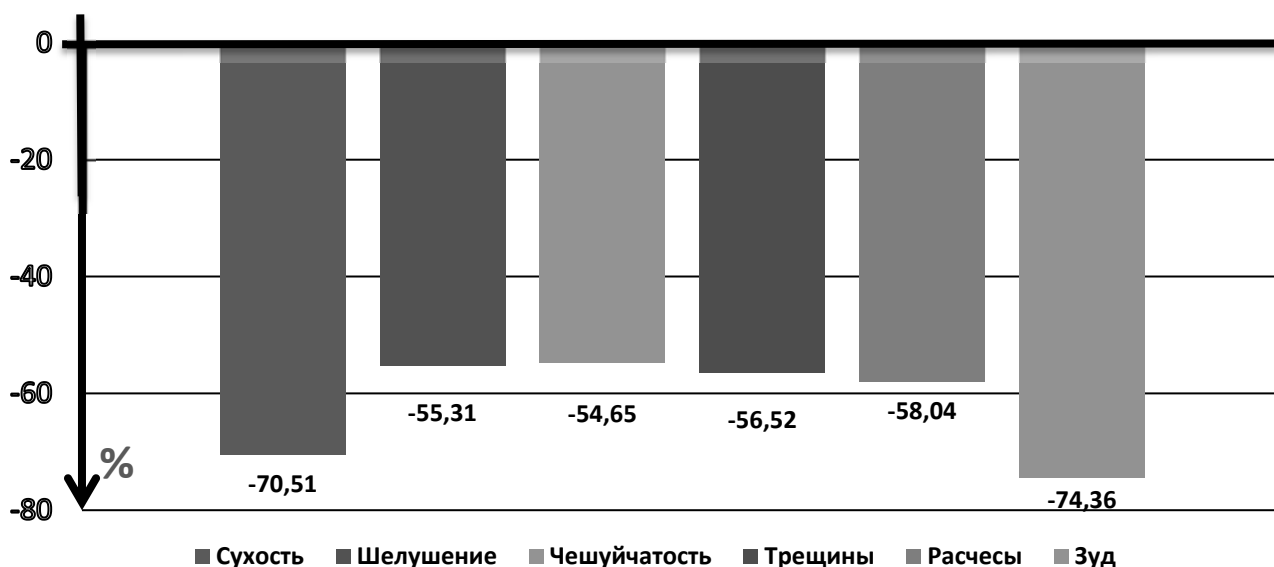


Рис. 1. Снижение выраженности возраст-ассоциированного ксероза через 60 дней применения эмолента дерматопротекторного действия Exomega Control® A-DERMA (средний возраст $76,8 \pm 1,9$ лет, $n = 220$, по оси ординат указаны медианы значений, $p < 0,001$ в соответствии с критерием Манна-Уитни).

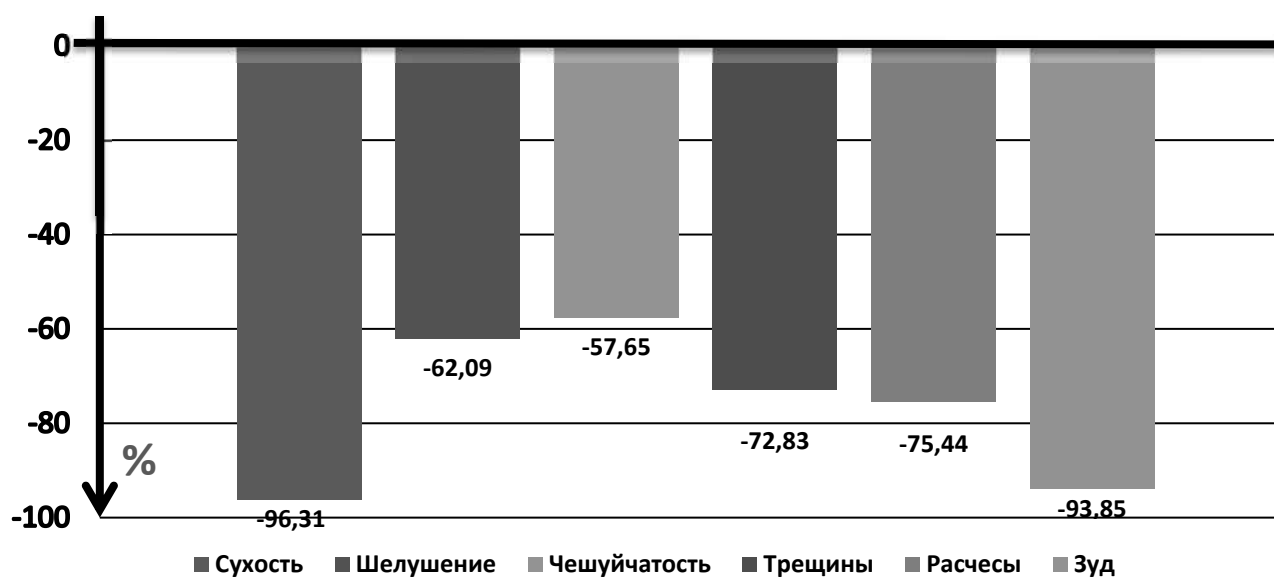


Рис. 2. Снижение выраженности возраст-ассоциированного ксероза через 60 дней применения эмолента дерматопротекторного действия *XeraCalm A.D® Avène* (средний возраст $76,6 \pm 2,0$ лет, $n = 220$, по оси ординат указаны медианы значений, $p < 0,001$ в соответствии с критерием Манна-Уитни).

На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что эмоленты дерматопротекторного действия – бальзамы *Ehomega Control® A-DERMA* и *XeraCalm A.D® Avène* являются эффективным средством профилактики и коррекции ВАК у пациентов гериатрического профиля. Компоненты бальзамов *Ehomega Control® A-DERMA* и *XeraCalm A.D® Avène* обладают выраженным смягчающим и увлажняющим действием, способствуют восстановлению пораженных кожных покровов, повышают регенеративные и барьерные функции кожи, предотвращают ощущение сухости и раздражения, снимают сенильный зуд, способствуют восстановлению пораженных участков эпидермиса. Данные дерматопротекторные космецевтики могут применяться как в комплексной терапии с противовоспалительными глюкокортикостероидными препаратами, так и самостоятельно, как средство ежедневного ухода за кожей. Особую эффективность эмоленты показали среди обследованных в возрастной группе 60 – 74 лет ($p < 0,01-0,05$).

Оценка эффективности использования эмолентов дерматопротекторного действия у граждан пожилого и старческого возраста с ВАК, получающих социально-медицинские услуги в учреждениях социальной защиты населения СПб и ЛО, подтвердила целесообразность внедрения передовых социальных практик на основе инновационных геронто-технологий с применением дерматопротекторов в систему ранней реабилитации пациентов с возраст-ассоциированным ксерозом как проявлением «хрупкости» кожи при старении для снижения риска возникновения и развития пролежней, улучшения качества жизни и продления периода активного долголетия.

Выводы.

Возраст-ассоциированный ксероз, является патологическим состоянием, существенно ухудшающим качество жизни пациентов гериатрического профиля, и при отсутствии кор-

рекции может завершиться формированием более выраженных кожных заболеваний, а у лежачих или маломобильных пациентов – и пролежней.

Возраст-ассоциированный ксероз как проявление «хрупкости» кожи при старении может рассматриваться в качестве составной части гериатрического синдрома старческой астении у пациентов старших возрастных групп.

Развитие «хрупкости» кожи существенно снижает качество жизни пациентов гериатрического профиля и требует своевременной профилактики и коррекции адекватно подобранными дерматопротекторами.

В качестве профилактических и лечебных средств в системе ранней реабилитации пациентов гериатрического профиля с возраст-ассоциированным ксерозом, способствующих быстрому восстановлению липидного слоя, гидратации кожи, снятию воспаления и обеспечению тканевого дыхания, наиболее оправдано применение эмоленов дерматопротекторного действия.

Источник финансирования: При выполнении работы использованы эмоленовые дерматопротекторные средства, переданные в качестве пожертвования на нужды учреждений социальной защиты населения Санкт-Петербурга и Ленинградской области международной фармацевтической компанией «Пьер Фабр» на безвозмездной основе.

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

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баранова Н.П., Башкирёва А.С., Богданова Д.Ю., Анিকেев П.П. и др. Повышение качества жизни пациентов гериатрического профиля с возраст-ассоциированным ксерозом /Под редакцией чл.-корр. РАЕ, д.м.н. А.С.Башкирëвой //Методические рекомендации. Издание второе, переработанное. — Санкт-Петербург,2021. — 104 с.

REFERENCES:

1. Baranova N.P., Bashkirjova A.S., Bogdanova D.Ju., Anikeev P.P. i dr. Povyshenie kachestva zhizni pacien-tov geriatricheskogo profilja s vozrast-associirovannym kserozom /Pod redakciej chl.-korr. RAE, d.m.n. A.S.Bashkirjovoj //Metodicheskie rekomendacii. Izdanie vtoroje, pererabotannoe. — Sankt-Peterburg,2021. — 104 s. (In Russ.). E-mail: angel_darina@mail.ru

УДК 613.98:616.5-007.23-053.9:616.5-083.4:616-084

РЕАБИЛИТАЦИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ В СИСТЕМЕ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

Башкирёва А.С.¹, Колосова Г.В.², Баранова Н.П.^{1,3}, Шишко А.В.^{1,3,4}, Бондаренко Т.В.⁵, Богданова Д.Ю.¹, Анিকেев П.П.¹

¹ Научно-инновационный центр «Профессиональное долголетие», Санкт-Петербург, Россия

² Комитет по социальной политике Санкт-Петербурга, Санкт-Петербург, Россия

³ АНО «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии», Санкт-Петербург, Россия

⁴ Правительство Приморского края, Владивосток, Россия

⁵ СПб ГКУ «Центр организации социального обслуживания», Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Статья посвящена результатам третьего этапа научно-практического проекта по внедрению передовых социальных практик на основе инновационных геронтологических технологий в систему долговременного ухода за гериатрическими пациентами «Старшему поколению – забота и уход!». Инициативная команда проекта сформировалась благодаря тесному сотрудничеству Научно-инновационного центра «Профессиональное долголетие» с другими заинтересованными сторонами: коллективами учреждений социального ухода, профильными комитетами, образовательными организациями, коммерческими поставщиками социально-медицинских услуг. Установлено, что старческий ксероз или «хрупкость» кожи встречается у 75 % населения старше 65 лет, когда повышенная сухость кожи приводит к шелушению, формированию микротрещин, появлению сенильного зуда, нарушений сна, развитию пролежней и, как следствие, снижению двигательной активности.

Цель. Повышение качества жизни людей старшего возраста с помощью применения современных реабилитационных технологий долговременного ухода, построение модели для оценки и коррекции риска развития пролежней в системе долговременного ухода за маломобильными пациентами гериатрического профиля.

Материалы и методы. В 2021-2022 гг. с целью оценки эффективности применения дерматопротекторов для профилактики и коррекции пролежней была проведена оценка риска развития и изучены клинические проявления пролежней у маломобильных пациентов гериатрического профиля до и после применения восстанавливающего защитного крема Cicalfate+ Eau Thermale Av ne (CETA) в рамках стандартного дозирования.

Результаты. В статье представлены сведения об актуальных проблемах диагностики, коррекции и профилактики пролежней у маломобильных пациентов пожилого и старческого возраста. Изложены результаты сравнительного анализа степени выраженности пролежней и их влияния на качество жизни в системе долговременного ухода за маломобильными пациентами гериатрического профиля до и после применения эмульента CETA.

Заключение. Построена модель и даны практические рекомендации по применению наиболее информативных и адекватных шкал для прогнозирования и оценки риска развития пролежней у пациентов старших возрастных групп с целью дальнейшей эффективной реабилитации.

Ключевые слова: гериатрические пациенты, система долговременного ухода, социальные практики, геронтотехнологии, хрупкость, пролежни, реабилитация, качество жизни, дерматопротекторы

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Башкирёва Анжелика Сергеевна, д.м.н., доцент; 199106, Санкт-Петербург, ул. Гаванская, д. 11/16, пом. 78; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2896-8414>; eLibrary SPIN: 1621-0683; e-mail: angel_darina@mail.ru

Колосова Галина Владимировна, 191144, Санкт-Петербург, ул. Новгородская, д. 20, лит. А; eLibrary SPIN: 3391-2823;

Баранова Надежда Петровна, 199106, г. Санкт-Петербург, ул. Гаванская, д.11/16, пом.78; eLibrary SPIN: 3267-1992; e-mail: prof-longevity@mail.ru

Бондаренко Тамара Викторовна, 191119, Санкт-Петербург, ул. Звенигородская, д. 22;

Богданова Дарина Юрьевна, 199106, г. Санкт-Петербург, ул. Гаванская, д.11/16, пом.78; eLibrary SPIN: 4465-6443; e-mail: prof-longevity@mail.ru

Аникеев Павел Петрович, 199106, г. Санкт-Петербург, ул. Гаванская, д.11/16, пом.78; e-mail: prof-longevity@mail.ru

Шишко Александр Владимирович, 199106, г. Санкт-Петербург, ул. Гаванская, д.11/16, пом.78; eLibrary SPIN: 1416-2515; e-mail: prof-longevity@mail.ru

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

Заявления о соблюдении этических норм.

Исследования с участием животных: Настоящая статья не содержит результатов исследований с участием животных.

Исследования с участием людей: По результатам проведения полноценной этической экспертизы документов НИР реализация III этапа научно-практического проекта «Внедрение передовых социальных практик с применением инновационных геронтотехнологий на основе использования дерматопротекторов в систему долговременного ухода за пациентами гериатрического профиля» с точки зрения соблюдения прав и достоинства участников исследования была полностью одобрена локальным этическим комитетом (ЛЭК), протокол заседания ЛЭК ООО «Стомамедсервис» от 22.10.2021 г. № 22 (исх. от 22.10.2021 г. № 22). Настоящее научное исследование проводилось при строгом соблюдении требований Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации по биомедицинским технологиям. Протоколы добровольного информированного согласия пациентов на проведение исследования с последующим назначением восстанавливающего защитного крема Cicalfate+ Eau Thermale Avène получены.

Наличие идентифицируемых данных людей: Настоящая статья не содержит результатов исследований с наличием идентифицируемых данных людей.

REHABILITATION OF GERIATRIC PATIENTS WITH A HIGH RISK OF PRESSURE ULCERS DEVELOPMENT IN THE LONG-TERM CARE SYSTEM

Bashkireva A.S.¹, Kolosova G.V.², Baranova N.P.^{1,3}, Shishko A.V.^{1,3,4}, Bondarenko T.V.⁵, Bogdanova D.Yu.¹, Anikeev P.P.¹

¹Scientific and Innovation Center "Professional Longevity", St. Petersburg, Russia

²Committee for Social Policy of St. Petersburg, St. Petersburg, Russia

³ANO "St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology", St. Petersburg, Russia

⁴Government of Primorsky Krai, Vladivostok, Russia

⁵St. Petersburg GKU "Center for the organization of social services", St. Petersburg, Russia

Abstract

Background. *The article is devoted to the results of the third stage of the scientific and practical project on the introduction of advanced social practices based on innovative gerontechnologies into the system of long-term care for geriatric patients "Special care for the older generation!". The initiative team of the project was formed thanks to the close cooperation of the Scientific and Innovation Center "Professional Longevity" with other stakeholders: staff of social care institutions, profile committees, educational organizations, commercial providers of social and medical services. It has been established that senile xerosis or skin "frailty" occurs in 75% of the population over 65 years old, when increased dryness of the skin leads to peeling, the formation of microcracks, the appearance of senile itching, sleep disturbances, the development of pressure ulcers and, as a result, a decrease in motor activity.*

Aim. *The project "Special care for the older generation!" is a socially oriented practice designed to improve the quality of life of older people through the use of modern rehabilitation technologies for long-term care. During the project, a tactic was developed for the care of "frail" skin in patients with senile xerosis and the risk of pressure ulcers.*

Materials and methods. *In order to assess the effectiveness of the use of dermatoprotectors for the prevention and correction of pressure ulcers, an assessment of the risk of developing and studying the clinical manifestations of pressure ulcers in geriatric patients with limited mobility was carried out in 2021-2022 before and after the use of Cicalfate + Eau Thermale Avène restorative protective cream as part of standard dosing.*

Results. *The article presents information about the current problems of diagnosis, correction and prevention of pressure ulcers in patients with limited mobility of elderly and senile age. The results of a comparative analysis of the severity of pressure ulcers and their impact on the quality of life in the system of long-term care for geriatric patients with limited mobility before and after the use of Cicalfate+ Eau Thermale Avène emollient were presented.*

Conclusion. *A model was built and practical recommendations were given on the use of the most informative and adequate scales for predicting and assessing the risk of developing pressure ulcers in patients of older age groups.*

Key words: *geriatric patients, long-term care system, social practices, gerontechnologies, frailty, pressure ulcers, rehabilitation, quality of life, dermatoprotectors.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Bashkireva Anzhelika Sergeevna, MD, DSc; 199106, St. Petersburg, str. Gavanskaya, 11/16-78; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2896-8414>; eLibrary SPIN: 1621-0683; e-mail: angel_darina@mail.ru; Kolosova G.V., 191144, St. Petersburg, str. Novgorodskaya, 20, lit. A; eLibrary SPIN: 3391-2823;

Baranova Nadezhda Petrovna, 199106, St. Petersburg, str. Gavanskaya, 11/16-78; eLibrary SPIN: 3267-1992; e-mail: prof-longevity@mail.ru;

Bondarenko T.V., 191119, St. Petersburg, str. Zvenigorodskaya, 22;

Bogdanova Darina Yurievna, 199106, St. Petersburg, str. Gavanskaya, 11/16-78; eLibrary SPIN: 4465-6443; e-mail: prof-longevity@mail.ru;

Anikeev Pavel Petrovich, 199106, St. Petersburg, str. Gavanskaya, 11/16-78; e-mail: prof-longevity@mail.ru;

Shishko Alexander Vladimirovich, 199106, St. Petersburg, str. Gavanskaya, 11/16-78; eLibrary SPIN: 1416-2515; e-mail: prof-longevity@mail.ru

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

Ethics statements.

Studies involving animal subjects: This article does not contain the results of studies involving animals.

Studies involving human subjects: Based on the results of a full-fledged ethical examination of R&D documents, the implementation of the scientific and practical project "Improving the quality of life of geriatric patients with age-associated xerosis" from the point of view of observing the rights and dignity of the study participants was fully approved by the Local Ethical Committee (LEC), the minutes of the meeting of LEC Stomamedservice Ltd., dated 03.02.2020, No. 13 (out. dated 03.02.2020, No. 10). This scientific study was carried out in strict compliance with the requirements of the Declaration of Helsinki by the World Medical Association for Biomedical Technologies. Protocols of voluntary informed consent of patients to conduct a study followed by the appointment of emollients of dermatoprotective action – balms Exomega Control® A-DERMA and XeraCalm A.D® Avène have been obtained.

Inclusion of identifiable human data: This article does not contain research results with identifiable human data.

Введение. Система долговременного ухода (СДУ) – это основанная на межведомственном взаимодействии комплексная система организации и предоставления гражданам, нуждающимся в постороннем уходе, уполномоченными органами и организациями социальных, медицинских, реабилитационных и иных услуг, а также содействие в их предоставлении. Согласно пункту «Зв» поручений Президента Российской Федерации от 23.08.2017 г. за № Пр-1650 Минтруду России, совместно с Минздравом России, было поручено разработать комплекс мер по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами. Комплекс мер был утвержден Заместителем председателя Правительства Российской Федерации от 14.12.2017 г. за № ОГ-П12-8359. В настоящее время реализация пилотного проекта по внедрению СДУ осуществляется в соответствии с приказами Минтруда России от 07.12.2020 г. № 861 и от 29.12.2021 г. № 929. В период 2018-2021 гг. СДУ реализовывалась в виде пилотного проекта, которым были охвачены: в 2018 году – 6, в 2019 – 12, в 2020 – 18, в 2021 – 24 субъекта Российской Федерации. С 2019 г. СДУ – часть Федерального проекта «Старшее поколение» Национального проекта «Демография», в соответствии с которым с 2022 г. СДУ должна быть распространена на все 85 субъектов Рос-

сийской Федерации. Целевое значение отчетного показателя Нацпроекта по СДУ – «Доля нуждающихся граждан, охваченных СДУ», причем на 2021 г. заявленное целевое значение показателя – 5,8%, на 2022 – 30%. Типовая модель СДУ утверждена как составная часть мероприятий, направленных на развитие и поддержание функциональных способностей граждан, включающая сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также поддержку семейного ухода.

В настоящее время в России 1,8 млн человек получают социальные услуги (находятся на социальном обслуживании). По прогнозам Финансового университета при Правительстве Российской Федерации при постепенном запуске СДУ в Российской Федерации с умеренными темпами выявления нуждающихся в посторонней помощи, не охваченных текущей системой, к 2035 г. численность получателей социальных услуг составит 3,4 млн человек. Оценочное количество граждан, задействованных в неформальном присмотре и уходе за ними, с учетом среднего размера домохозяйства в России, составит 3,1 млн человек. Для целей внедрения СДУ пилотные регионы актуализируют нормативно-правовую базу, организуют межведомственное взаимодействие с организациями здравоохранения, доукомплектовывают штатную численность персонала организаций социального обслуживания и проводят комплексное переобучение задействованного персонала, внедряют новые технологии социального обслуживания и автоматизируют процесс предоставления социальных услуг, запускают механизмы действенного контроля качества.

В Типовой модели СДУ заложены основные этапы работы с гражданами: выявление граждан, которые потенциально могут нуждаться в долговременном уходе, определение потребности в уходе граждан и назначение им требуемого объема услуг, организация работы с нуждающимися гражданами в необходимом объеме силами организаций социального обслуживания и здравоохранения. Для целей выявления граждан, потенциально нуждающихся в долговременном уходе, задействуются, среди прочих, организации здравоохранения, задачей которых является передача данных о таких гражданах, выполняемая с их разрешения.

Для граждан, получающих долговременный уход, в регионах запускаются различные технологии социального обслуживания, призванные стандартизировать и расширить на территорию Российской Федерации успешные социальные практики, применяемые в разных регионах. К таким практикам относятся как технологии работы с людьми – например, механизмы борьбы с деменцией, профилактика переломов, различные тактики ухода за пациентами гериатрического профиля на основе инновационных геронотехнологий, развитие коммуникативных навыков и социализация, так и решения по организации функционирования СДУ, в том числе, в области предоставления надомных социальных услуг, передачи данных между организациями социального обслуживания и здравоохранения, использование различных гаджетов для коммуникации с людьми в экстренных ситуациях.

В рамках развития типовой модели СДУ и внедрения передовых социальных практик для оптимизации межведомственного взаимодействия и расширения спектра услуг в системе социально-медицинского обслуживания пациентов гериатрического профиля на территории Санкт-Петербурга и Ленинградской области (ЛО) с 2018 г. реализуется научно-практический проект по оценке эффективности внедрения инновационных геронто-

технологий с использованием дерматопротекторов в систему долговременного ухода за пациентами гериатрического профиля со старческим ксерозом, сенильным зудом, риском развития пролежней. Проект «Старшему поколению – забота и уход!» – это социально ориентированная практика, призванная повысить качество жизни людей старшего возраста с помощью применения современных технологий долговременного ухода. В частности, в 2021-2022 гг. с целью оценки эффективности применения дерматопротекторов для профилактики и коррекции пролежней была проведена оценка риска развития и изучены клинические проявления пролежней у маломобильных пациентов гериатрического профиля до и после применения восстанавливающего защитного крема Cicalfate+ Eau Thermale Avène в рамках стандартного дозирования.

Данных статистики о частоте развития пролежней в медицинских организациях Российской Федерации мало. Согласно исследованию в Ставропольской краевой клинической больнице, рассчитанной на 810 коек, имеющей 16 стационарных отделений, за 1994-1998 годы было зарегистрировано 163 случая пролежней (0,23%). Все они осложнились инфекцией, что в общей структуре внутрибольничных инфекций составило 7,5%. В 2015 г. было закончено эпидемиологическое исследование длительно (более месяца) обездвиженных пожилых пациентов с недержанием кала и мочи, в котором приняло участие 85 больных из трех различных клиник и дома престарелых двух российских регионов.

По данным британских авторов, в медико-профилактических учреждениях по уходу пролежни образуются у 15-20% пациентов. По результатам исследования, проведенного в США, около 17% всех госпитализированных больных находятся в группе риска по развитию пролежней или уже имеют их. Затраты на лечение пролежней в госпитальном секторе в США составляют 11 млрд долл. США в год. Затраты Государственной службы здравоохранения Великобритании на лечение пролежней исчисляются в 1,4-2,1 млрд фунтов стерлингов ежегодно. Средние затраты на лечение одного пациента с пролежнями III–IV стадии или с повреждением глубоких тканей оцениваются в 43 180 долл. США. Средние затраты, связанные с лечением пролежней, в больницах США составляют 14 260 долл. США на человека в месяц, а аналогичные затраты в Корее оцениваются в 3 000–7 000 долл. США.

По некоторым данным наиболее затратным является ведение пациентов с более поздними стадиями пролежней и больных с контактным дерматитом, ассоциированным с недержанием мочи. Помимо экономических (прямых и косвенных медицинских и немедицинских) затрат, связанных с лечением пролежней, нужно учитывать и нематериальные затраты: тяжелые физические и моральные страдания, испытываемые больным и его родственниками. Более того, неадекватные противопролежневые мероприятия приводят к значительному возрастанию прямых и косвенных медицинских и немедицинских затрат, связанных с последующим лечением пациентов из-за образовавшихся пролежней и их инфекции. Увеличивается продолжительность госпитализации больного, появляется потребность в современных средствах и методах ухода, дополнительных технических средствах реабилитации, в адекватных перевязочных (атравматичные, моделируемые, интерактивные повязки) и лекарственных (дезинфицирующие, противовоспалительные, улучшающие регенерацию) средствах, инструментарии, оборудовании, увеличивается и усложняется реабилитационный период. Возрастают и косвенные затраты, связанные с лечением пролежней.

Адекватная профилактика пролежней предупреждает их развитие у пациентов группы

риска более, чем в 80% случаев, что позволяет не только снизить финансовые затраты на лечение пролежней, но и повысить качество жизни больных. По мнению ряда авторов, до 95% пролежней можно избежать, если принять соответствующие профилактические меры. Наиболее важным в профилактике образования пролежней является выявление риска развития этого осложнения. Возникает потребность в удобном инструменте оценки, позволяющем определить, какие пациенты нуждаются в профилактических мерах и в какой степени, а какие пациенты могут быть избавлены от этих мер. Оценка риска развития пролежней, как правило, требует экспертных клинических заключений квалифицированных медицинских работников, обладающих опытом ведения пациентов, имеющих угрозу развития пролежней. Альтернативой является использование специально разработанных оценочных шкал. Такие шкалы могут быть использованы даже относительно менее квалифицированными медсестрами или лицами, не имеющими опыта ведения пациентов, которым угрожает развитие пролежней, но при этом имеют эффективность, сопоставимую с экспертным клиническим заключением. В настоящее время разработано много шкал для оценки прогнозирования развития пролежней у разных категорий больных, наиболее известными из которых являются: шкала Нортон (Norton, 1962); шкала Ватерлоу (Waterlow, 1985); шкала Брейден (Braden, 1987); шкала Меддлей (Meddley, 1991).

Шкала Ватерлоу была разработана Дж. Ватерлоу в 1985 г., во время исследования распространенности пролежней, в ходе которого она обнаружила, что шкала Нортон не отнесла к группе риска многих пациентов, у которых со временем развились пролежни. Проанализировав факторы, влияющие на этиологию и патогенез пролежней, Ватерлоу представила шкалу с шестью подшкалами – «Телосложение», «Тип кожи», «Возраст и пол», «Недержание», «Подвижность», «Аппетит». Кроме того, шкала Ватерлоу учитывает четыре дополнительных фактора риска (недостаточность питания тканей, неврологические расстройства, последствия хирургического вмешательства и лекарственной терапии) и применима ко всем категориям пациентов. Шкала Брейден разработана параллельно в 1985 году в США, чтобы справиться с ограничениями шкалы Нортон. Шкала Меддлей (1991 г.) наибольшее распространение получила в отделениях неврологии в силу своей универсальности и простоты.

На основании вышеизложенного, с учетом ранее проведенных наблюдательных исследований (Башкирёва А.С. и др., 2021), **цель** настоящей работы – построение модели для оценки и коррекции риска развития пролежней в системе долговременного ухода за маломобильными пациентами гериатрического профиля. В дополнение была изучена возможность применения СЕТА для реабилитации гериатрических пациентов со старческим ксерозом и высоким риском развития пролежней.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ четырех шкал для оценки степени риска развития пролежней (Ватерлоу, Брейден, Нортон с дополнением Бинштайна, Меддлей) путем соотнесения оценочных параметров разных шкал и деления на группы общих и уникальных критериев. Полученные результаты подтвердили схожесть шкал Брейден, Нортон и Меддлей. Эти шкалы показывают степень риска образования пролежней у пациента с учётом влияющих факторов, тем самым косвенно указывая на пути профилактики пролежней. Существенно выделяется шкала Ватерлоу в сторону максимально подробного описания состояния пациента на момент скрининга: оценка подвижности «в моменте», а не

активности на протяжении длительного времени, описание, прежде всего, типа кожи, а не её состояния, раскрытие сопутствующих заболеваний и их последствий. Следовательно, шкала Ватерлоу наиболее информативна для первичного учёта лиц, склонных к пролежням. Вместе с тем, существует необходимость дополнения шкалы Ватерлоу инструментом, учитывающим критерий физической активности. Предпочтение было отдано шкале Брейден, как наиболее детализированной и включающей простые конкретные вопросы (т.е. подходящей для заполнения младшим медицинским персоналом, специалистами по уходу).

Исходя из специфики формирования пролежней и наблюдаемых изменений в тканях в месте их образования, целесообразным представлялся выбор дерматопротектора, способного: обеспечить комфорт, увлажнение, защиту участков кожи, подвергающихся максимальному риску; эффективно стимулировать заживление раневой поверхности; создать оптимальные условия для восстановления кожных покровов; предупредить развитие вторичного инфицирования; минимизировать риск возникновения нежелательных реакций со стороны кожи при контакте со средством. Совокупность данных имеющихся фармакологических и клинических исследований позволила остановить выбор на СЕТА как средстве, полностью соответствующем перечисленным выше критериям. Данный эмомент обладает высокой переносимостью, рекомендован для восстановления целостности кожи и наружных слизистых не только взрослых людей, но и пациентов с физиологической хрупкостью кожи (младенцы, дети, лица пожилого и старческого возраста). Он не содержит консервантов и ароматизаторов, имеет широкий спектр назначения: раны, ссадины, обработка хирургических швов, уход за промежностью, активация заживления при микрохирургических вмешательствах и воспалительных дерматозах, включая атопическую экзему, пеленочный и ирритативный дерматиты, в том числе, с риском присоединения вторичной инфекции. Для того, чтобы процесс заживления проходил в наилучших условиях и как можно быстрее, состав СЕТА сформирован как оптимизированная формула, основанная на комбинации активных ингредиентов: [C+-Restore]™ для восстановления целостности кожных покровов и стимуляции врожденного иммунитета кожи; сочетание ионов Zn^{2+} и Cu^{2+} для ограничения риска размножения бактерий; термальная вода Avène, оказывающая иммуномодулирующее и противовоспалительное действие. Благодаря наличию в составе уникального компонента – одного из трех запатентованных экстрактов микроорганизма-эндемика термальной воды Avène – *Aquaphilus Dolomia*, названного комплексом [C+Restore]™, восстанавливающий защитный крем СЕТА стал первым дерматопротектором-постбиотиком. Комплекс [C+Restore]™ в 2,5 раза увеличивает скорость миграции кератиноцитов при заживлении; стимулирует гены, кодирующие основные антимикробные пептиды – составляющие врожденного иммунитета кожи, в частности, hBD2, увеличение синтеза и высвобождения которых позволяет контролировать размножение бактерий, ограничить инфицирование ран, стимулировать про-репаративную активность (выработка цитокинов, миграция, пролиферация) клеток кожи. Непрямое антимикробное действие СЕТА позволяет избежать присоединения таких распространенных инфекций, как золотистый стафилококк, синегнойная палочка, которые нередко становятся причиной нарушения процесса репарации кожи при заживлении ран, приводят к нежелательной чрезмерной активной воспалительной реакции, провоцируют хронизацию процесса, появление труднозаживающих, гноящихся, сложных ран.

Было обследовано 600 лиц пожилого и старческого возраста, являвшихся получателями социально-медицинских услуг в учреждениях СПб и ЛО. Средний возраст обследованных составил $75,9 \pm 2$ лет. Критерии включения в исследование: возраст от 60 до 89 лет; диагноз «старческая астения» (R54 по МКБ-10); наличие старческого ксероза; высокая степень риска развития пролежней. Критерии исключения из исследования: возраст менее 60 и более 89 лет; наличие заболеваний, способных повлиять на результаты исследования; отягощенный аллергологический анамнез; наличие вредных привычек; непереносимость компонентов СЕТА. Все пациенты распределялись с применением принципов рандомизации на 3 группы по 200 человек (каждая включала две подгруппы по 100 человек пожилого и старческого возраста): основная группа (применяли СЕТА); I контрольная группа (применяли плацебо-препарат – смесь *paraffinum liquidum* и *glycerin* в соотношении 1,5:1); II контрольная группа (препараты не применяли). Клинические методы исследования включали: дифференциальную диагностику старческой астении по результатам комплексной гериатрической оценки; оценку риска развития пролежней по шкалам Ватерлоу и Брейден; визуальный осмотр пациента; оценку степени выраженности клинических признаков пролежней и старческого ксероза. Курс лечения составлял 60 дней, дерматопротектор и плацебо-препарат наносились на участки кожи с риском и/или признаками развития пролежней.

Результаты исследования. Сравнительный анализ состояния кожи обследованных показал, что до начала наблюдения 98,5% пациентов предъявляли жалобы на чрезмерную сухость кожи. Также были выявлены: шелушение кожи – у 81,5%, чешуйчатость – у 39,7%, трещины – у 41,8%, сенильный зуд – у 88,5%, расчёсы – у 50,8% пациентов. Признаки ксероза закономерно были более выражены у пациентов старческого возраста ($p < 0,01$), что согласуется с результатами ранее проведенных исследований [1]. Клинические проявления пролежней наблюдались у более чем 90% обследованных, в том числе: гиперемия – в 97,0% случаев, отслойка эпидермиса – 91,7%, разрушение целостности кожи – 71,7%, некроз мягких тканей – 9,0%, жидкие выделения – в 2,3% случаев. Наиболее выраженные клинические признаки пролежней были отмечены у пациентов 75 лет и старше ($p < 0,001$). Установлено, что диагностированный у маломобильных пациентов гериатрического профиля со старческой астенией возраст-ассоциированный ксероз характеризуется патологической сухостью кожи, появлением на теле мелких чешуек, которые располагаются на покрасневшей коже. Данная патология вызывает сильный зуд, который часто сопровождается нарушениями сна и значительно снижает качество жизни у лиц старших возрастных групп. При старческом ксерозе кожа шелушится с разной степенью выраженности, появляются мелкие трещинки, кожная поверхность становится грубой и шероховатой на ощупь. У людей с «хрупкой» кожей эпидермис повреждается намного быстрее. Он более уязвим для внешнего воздействия, легко пропускает различные вещества и склонен к раздражению. По мере развития старческого ксероза присоединяются расчесы, трещины, очаги микровоспаления и, как следствие, значительно возрастает степень риска формирования пролежней.

По результатам 60-дневного наблюдения путем сравнительного анализа динамики клинических проявлений пролежней и старческого ксероза была статистически достоверно доказана высокая эффективность использования СЕТА как в краткосрочной перспективе, так и в случае долговременных отсроченных результатов ($p < 0,05-0,001$). Побочные эффек-

ты и (или) осложнения на фоне применения дерматопротектора не выявлены. Наглядно динамика снижения степени выраженности клинических симптомов пролежней и старческого ксероза по результатам использования СЕТА представлена на рисунках 1 и 2. После регулярного применения дерматопротектора у маломобильных пациентов гериатрического профиля с видимыми изменениями целостности кожи, покраснением, сухостью, потёртостями, с высоким риском возникновения и/или наличием пролежней, отмечалось достоверное улучшение состояния кожи ($p < 0,001-0,05$). При визуальном осмотре обнаружено, что кожа приобрела естественный оттенок, уменьшились покраснение и сухость, восстановилась барьерная функция кожи ($p < 0,001-0,05$). Сохранялся водный баланс кожи, что позволило избежать возникновения новых пролежней ($p < 0,001-0,05$). В контрольных группах за период наблюдения обнаружено следующее: в I контрольной группе (плацебо-препарат) зарегистрирован небольшой рост выраженности части признаков старческого ксероза или сохранение их на прежнем уровне. При этом по ряду маркеров (сухость, шелушение, чешуйчатость кожи, трещины и расчёсы, гиперемия, нарушение целостности эпидермиса) зафиксировано недостоверное снижение их выраженности (на 10-15%), что можно объяснить увлажняющими свойствами плацебо-препарата; во II контрольной группе (без препаратов) отмечено сохранение выраженности признаков на прежнем уровне или статистически незначимый рост.

Построение лаконичной инфологической модели для оценки и коррекции риска развития пролежней позволило соблюсти оптимальный алгоритм в тактике долговременного ухода за «хрупкой» кожей маломобильных пациентов гериатрического профиля. Более того, применение всех четырёх шкал, как рекомендует Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 56819-2015 «Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней», на наш взгляд, является избыточным. Результаты сравнительного анализа параметров шкалы Брейден до и после 60 дней применения СЕТА достоверно показали, что снижение риска развития пролежней, коррекция отдельных симптомов привели к существенному улучшению таких показателей, непосредственно влияющих на качество жизни, как влажность и чувствительность кожи, уменьшение числа потёртостей, результатом чего стали увеличение физической активности и подвижности пациентов, улучшение аппетита, причем статистически достоверные изменения состояния кожи и качества жизни по результатам наблюдения закономерно были более выражены у пациентов пожилого возраста.

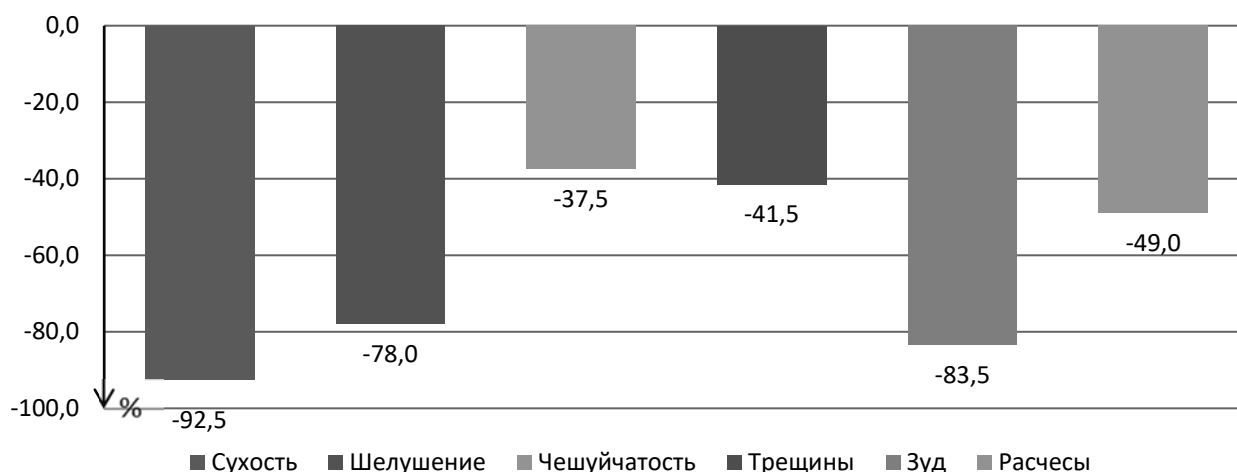


Рис. 1. Снижение выраженности старческого ксероза через 60 дней применения восстанавливающего защитного крема Cicalfate+ Eau Thermale Avène (вся когорта обследованных, средний возраст $75,9 \pm 2,0$ лет, по оси ординат указаны медианы значений, $p < 0,001$ в соответствии с критерием Манна-Уитни).

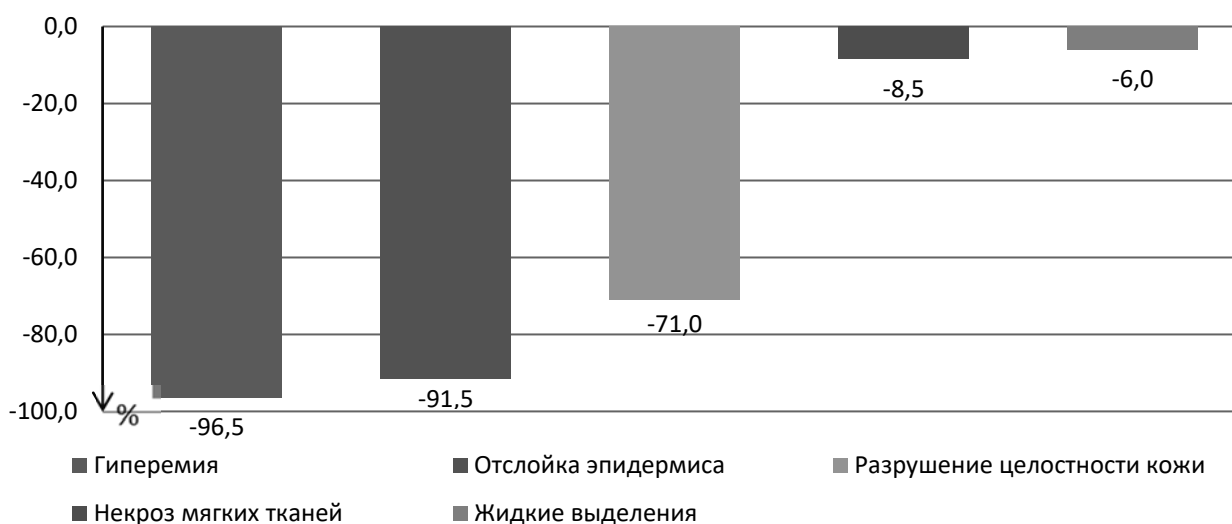


Рис. 2. Снижение выраженности пролежней через 60 дней применения восстанавливающего защитного крема Cicalfate+ Eau Thermale Avène (вся когорта обследованных, средний возраст $75,9 \pm 2,0$ лет, по оси ординат указаны медианы значений, $p < 0,001$ в соответствии с критерием Манна-Уитни).

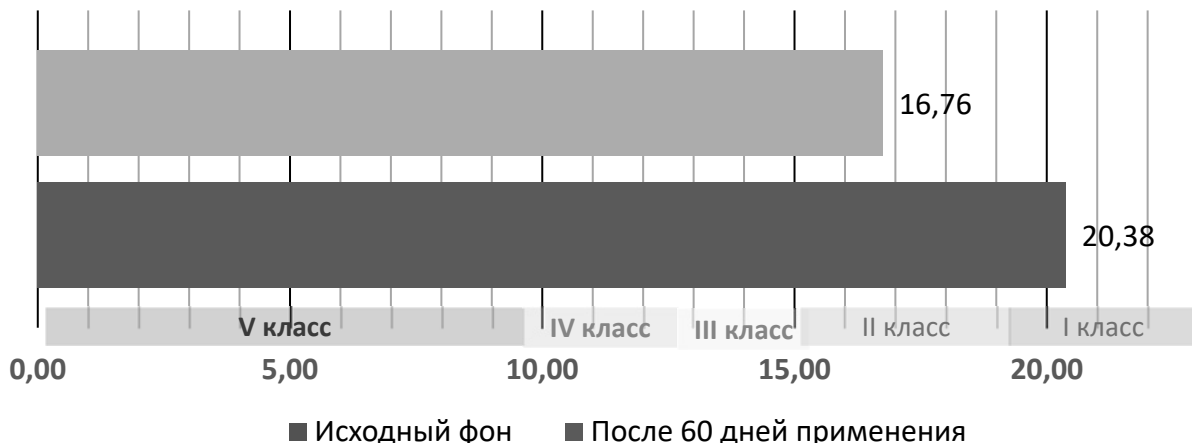


Рис. 3. Средневзвешенные баллы и функциональный класс когорты обследованных по шкале Брейден до и после 60 дней применения восстанавливающего защитного крема Cicalfate+ Eau Thermale Avène (средний возраст 75,9±2,0 лет).

В то же время, результаты 60-дневного изучения динамики параметров шкалы Ватерлоу наглядно продемонстрировали высокую эффективность применения СЕТА для снижения выраженности отдельных симптомов пролежней, исключения влияние ряда факторов риска развития пролежней, улучшения состояния кожи, увеличения физической активности и подвижности, также более выраженные у пациентов пожилого возраста, что позволило скорректировать ряд неврологических расстройств и провести депрескрайбинг.

Статистическая достоверность и существенная значимость эффективности включения курса СЕТА в тактику ухода за «хрупкой» кожей для снижения риска развития пролежней подтверждалась также тем, что средневзвешенные баллы и функциональный класс в оценке риска развития пролежней, определяемые для каждой когорты пациентов как по шкале Брейден, так и по шкале Ватерлоу, продемонстрировали очевидное преобладание удельного веса пациентов со значительно более низким риском развития пролежней после проведенного лечения (рис. 3 и 4, соответственно).

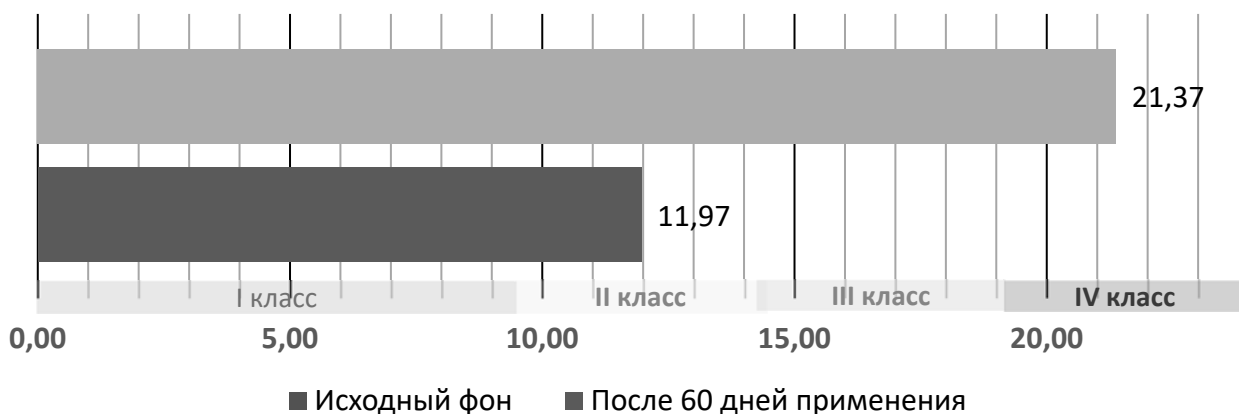


Рис. 4. Средневзвешенные баллы и функциональный класс когорты обследованных по шкале Ватерлоу до и после 60 дней применения восстанавливающего защитного крема Cicalfate+ Eau Thermale Avène (средний возраст 75,9±2,0 лет).

На основании проведенных наблюдательных исследований можно сделать вывод о том, что предложенная нами модель для оценки и коррекции риска развития пролежней в со-

четании с выработанной тактикой долговременного ухода за «хрупкой» кожей у маломобильных пациентов гериатрического профиля с использованием восстанавливающего защитного крема Cicalfate+ Eau Thermale Avène является достаточным и эффективным средством профилактики и коррекции как старческого ксероза, так и пролежней. Компоненты СЕТА обладают выраженным смягчающим и увлажняющим действием, способствуют восстановлению пораженных кожных покровов, повышают регенеративные и барьерные функции кожи, предотвращают ощущение сухости и раздражения, снимают зуд, способствуют восстановлению пораженных участков эпидермиса. СЕТА может применяться как в комплексной терапии с противовоспалительными глюкокортикостероидными препаратами, так и самостоятельно, как средство ежедневного ухода за кожей.

Выводы.

Проведенные наблюдательные исследования показали, что наиболее информативными и адекватными шкалами из числа рекомендованных Национальным стандартом Российской Федерации ГОСТ Р 56819-2015 «Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней» для построения лаконичной инфологической модели с целью оценки и коррекции риска развития пролежней являются шкалы Брейден и Ватерлоу.

Старческий ксероз, являясь патологическим состоянием, существенно ухудшающим качество жизни маломобильных пациентов гериатрического профиля, при отсутствии коррекции существенно повышает риск развития пролежней. Старческий ксероз как проявление «хрупкости» кожи может рассматриваться в качестве составной части гериатрического синдрома старческой астении у пациентов старших возрастных групп.

Эффективная профилактика и коррекция риска развития пролежней у маломобильных пациентов гериатрического профиля возможна только при условии обучения имеющегося медицинского персонала и специалистов по уходу инновационным геронотехнологиям и тактикам ухода за такими пациентами строго в соответствии с Национальным стандартом Российской Федерации ГОСТ Р 56819-2015 «Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней», в том числе, использованию диагностических шкал по оценке риска развития пролежней, что позволяет не только оптимизировать затраты на обучение специалистов, но и разгрузить врачей-гериатров, частично возложив обязанности по диагностике пролежней на средний медицинский персонал.

Сравнительный анализ степени выраженности клинических проявлений старческого ксероза и пролежней у маломобильных пациентов гериатрического профиля до и после применения восстанавливающего защитного крема Cicalfate+ Eau Thermale Avène доказал, что данный эмомент обладает выраженным смягчающим и увлажняющим действием, обеспечивает тканевое дыхание, повышает регенеративные и барьерные функции кожи, предотвращает сухость, снимает раздражение, препятствует образованию трещин, способствует восстановлению пораженных участков защитного слоя эпидермиса.

Применение инновационных эмоментов дерматопротекторного действия линейки Eau Thermale Avène способно значительно повысить качество жизни «хрупких» пациентов путем снижения риска развития пролежней и предупреждения старческого ксероза.

Источник финансирования: При выполнении работы использованы эоленты дерматопротекторного действия, переданные в качестве пожертвования на нужды учреждений социальной защиты населения Санкт-Петербурга и Ленинградской области международной фармацевтической компанией «Пьер Фабр» на безвозмездной основе.

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

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башкирёва А.С., Баранова Н.П., Богданова Д.Ю. и др. Внедрение передовых социальных практик на основе инновационных геронотехнологий в систему долговременного ухода за пациентами пожилого и старческого возраста // *Успехи геронтологии*. – 2021. – Т. 34, № 4. – С. 599-608.

REFERENCES:

1. Bashkireva A.S., Baranova N.P., Bogdanova D.Yu. i dr. Vnedrenie peredovykh sotsial'nykh praktik na osnove innovatsionnykh gerontotekhnologii v sistemu dolgovremennogo ukhoda za patsientami pozhilogo i starcheskogo vozrasta // *Uspekhi gerontologii*. – 2021. – T. 34, № 4. – S. 599-608. (In Russ.). E-mail: angel_darina@mail.ru

УДК 616.3–008.1:316(045)

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В ДИНАМИКЕ ЗА 2013–2021 ГОДЫ

Кантемирова Р.К.^{1,2,3}, Фидарова З.Д.¹, Чернякина Т.С.^{1,2},
Сердюков С.В.^{1,2}, Кузнецова Ю.И.⁴

¹ФГБУ «Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России

³Санкт-Петербургский государственный университет

⁴ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Санкт-Петербургу» Минтруда России

Аннотация

Введение. *Болезни органов пищеварения занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения. Они имеют хроническое рецидивирующее течение, поражают лиц трудоспособного возраста и старше, снижают качество жизни, могут приводить к инвалидизации, нанося социально–экономический ущерб государству. По мере старения возникают инволютивные процессы, приводящие к структурным и функциональным изменениям органов желудочно-кишечного тракта, которые сами по себе не являются болезнью. Однако данные изменения могут предрасполагать к развитию патологии при наличии определенных факторов риска и коморбидности, в условиях воздействия на организм комплекса неблагоприятных экологических факторов, а затем приводить к инвалидности. Для своевременного принятия мер профилактики заболеваемости и инвалидизации при болезнях органов пищеварения, в том числе у лиц старшей возрастной группы, необходим постоянный мониторинг и анализ соответствующих показателей.*

Цель исследования – изучение распространенности болезней органов пищеварения и первичной инвалидности среди лиц в возрасте старше 18 лет, проживающих в Санкт-Петербурге в динамике за 2013-2021 гг.

Материал и методы. *Проведен контент-анализ структуры и распространенности болезней органов пищеварения и связанной с ними первичной инвалидности, в динамике за 2013-2017 годы у лиц в возрасте 18 лет и старше), проживающих в Санкт-Петербурге в сравнении со средними российскими показателями. Материал исследования - формы государственного статистического наблюдения: «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в Санкт-Петербурге» (ф.№ 12 Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга, «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше» (ф.№ 7-собес) в Санкт-Петербурге и Российской Федерации.*

Результаты. *В Санкт-Петербурге за период с 2013 г. по 2021 г. произошло увеличение абсолютного количества случаев и показателя распространенности на 10 000 чел. населения болезней органов пищеварения у лиц 18 лет и старше, тогда как в среднем по Российской Федерации показатель распространенности болезней органов пищеварения*

снизился. По отдельным нозологическим формам динамика различна: можно выделить период, когда многие показатели характеризуются ежегодным приростом и гальнейшим, с 2019 г., снижением темпа роста заболеваемости. Наибольший рост уровня заболеваемости отмечен по подклассам «гастрит и дуоденит» - в 3 раза, «другие болезни кишечника» - в 2,51 раза, «болезни печени» - в 2,08 раза, «неинфекционный энтерит и колит» - в 1,8 раза, а «болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей» - на 35,19 %.

Доля впервые признанных инвалидами в численности зарегистрированных пациентов с болезнями органов пищеварения в Санкт-Петербурге составила в 2013 – 0,18 %, а в 2021 г. уменьшилась в 2,25 раза, до 0,08 %.

В Санкт-Петербурге за 9 анализируемых лет доля лиц, впервые признанных инвалидами вследствие болезней органов пищеварения, составила в среднем $2,88 \pm 0,34$ % от численности лиц, впервые признанных инвалидами вследствие данного класса болезней по Российской Федерации

В возрастной структуре (как в целом по России, так и в Санкт-Петербурге среди лиц, впервые признанных инвалидами вследствие болезней органов пищеварения, преобладают лица в возрасте от 45 до 54 лет (женщины), 45 до 59 лет (мужчины) включительно, далее следуют лица от 18 лет до 44 лет включительно, а затем лица в возрасте 60 и более лет.

В общей численности впервые признанных инвалидами вследствие болезней органов пищеварения преобладали инвалиды с III группой инвалидности – от 45 до 60 %; второе место по численности 36-42 % занимали лица с выраженными нарушениями функций пищеварения (II группа инвалидности) и наименьшую долю – 2,5-12 %, составляли лица со значительно выраженными нарушениями функций пищеварения (I группа инвалидности).

Заключение. В сопоставлении со средними российскими показателями выявлены закономерности и различия в динамике показателей первичной инвалидности болезней органов пищеварения у лиц 18 лет и старше. В Санкт-Петербурге выявлен рост уровня заболеваемости, по сравнению со снижением показателя в среднем по стране. Доля впервые признанных инвалидами в численности зарегистрированных пациентов с болезнями органов пищеварения в Санкт-Петербурге уменьшилась. Результаты могут быть использованы для принятия управленческих решений на государственном уровне, как федеральном, так и региональном, по развитию системы профилактики, ранней диагностики болезней органов пищеварения и комплексной реабилитации инвалидов.

Ключевые слова: болезни органов пищеварения, трудоспособный и пенсионный возраст, заболеваемость, инвалидность.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Кантемирова Раиса Кантемировна – Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии медицинского факультета СПбГУ, заведующая кафедрой терапии института подготовки специалистов по медицинской и социальной реабилитации ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, заведующая терапевтическим отделением клиники ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. Российская Федерация. 195067 г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская д. 50. Телефон раб. (812) 543-65-05, дом. (812) 764-96-69, моб.8-921 933-07-99 e-mail: terapium@yandex.ru.

Фидарова Залина Даниловна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии института подготовки специалистов по медицинской и социальной реабилитации ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, врач терапевтического отделения клиники ФГБУ

ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. Российская Федерация, 195067 г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская д.50. Телефон раб. (812) 544-07-74, моб.: 8-911-008- 22-23.

Чернякина Татьяна Сергеевна — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела мониторинга соблюдения прав инвалидов ФГБУ ФНЦРИ им Г.А. Альбрехта Минтруда России 195067 г. Санкт- Петербург, ул. Бестужевская д. 50; профессор кафедры профилактической медицины и охраны здоровья ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. Российская Федерация 195067, г. Санкт-Петербург, Пискаревский пр. д.47. Тел. Моб. 8-950-028-61-93.

Сердюков Сергей Викторович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, 195067, г. Санкт-Петербург, Пискаревский пр. д.47; доцент кафедры терапии института подготовки специалистов по медицинской и социальной реабилитации ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, врач терапевтического отделения клиники ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. 195067 г. Санкт- Петербург, ул. Бестужевская д.50. Телефон раб. (812) 544-07-74, моб.: 8-905-201-03-12.

Кузнецова Юлия Ивановна – врач высшей категории, Заместитель руководителя – руководитель экспертных составов, врач по медико-социальной экспертизе ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» 191014, г. Санкт-Петербург, Литейный пр., 58, лит. А; Контактный номер: 8 (812) 679-99-42.

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

Заявления о соблюдении этических норм.

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

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

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

FEATURES OF THE PREVALENCE OF DIGESTIVE DISEASES AND PRIMARY DISABILITY AMONG THE ADULT POPULATION OF ST. PETERSBURG IN DYNAMICS FOR 2013–2021

Kantemirova R.K.^{2,3}, Fidarova Z.D.¹, Chernaykina T.S.^{1,2}, Serdyukov S.V.^{1,2}, Kuznetsova Yu. I.⁴

¹*Federal Scientific and Educational Center of Medical and Social Expertise and Rehabilitation named after G.A. Albrecht of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation*

²*I.I. Mechnikov North-Western State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation*

³*Saint Petersburg State University*

⁴*Main Bureau of Medical and Social Expertise in St. Petersburg of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation*

Abstract

Introduction. Diseases of the digestive system occupy one of the leading places in the structure of morbidity of the population. They have a chronic recurrent course, affect people of working age and older, reduce the quality of life, can lead to disability, causing socio-economic damage to the state. As we age, involutive processes arise that lead to structural and functional changes in the organs of the gastrointestinal tract, which in themselves are not a disease. However, these changes can predispose to the development of pathology in the presence of certain risk factors and comorbidity, in conditions of exposure to a complex of adverse environmental factors on the body, and then lead to disability. In order to take timely measures to prevent morbidity and disability in diseases of the digestive system, including in the older age group, constant monitoring and analysis of relevant indicators is necessary.

The aim of the study is to study the prevalence of digestive diseases and primary disability among people over the age of 18 living in St. Petersburg in dynamics for 2013-2021.

Material and methods. A content analysis of the structure and prevalence of diseases of the digestive system and related primary disability, in dynamics for 2013-2017 in persons aged 18 years and older) living in St. Petersburg in comparison with the average Russian indicators, was carried out. The research material is the forms of state statistical observation: «Information on the number of diseases registered in patients living in St. Petersburg» (f.No. 12 of the St. Petersburg Health Committee, «Information on the medical and social examination of persons aged 18 years and older» (f.No. 7-sobes) in St. Petersburg- St. Petersburg and the Russian Federation.

Results. In St. Petersburg, for the period from 2013 to 2021, there was an increase in the absolute number of cases and the prevalence rate per 10,000 people of digestive diseases in people 18 years and older), while the average for the Russian Federation, the prevalence rate of digestive diseases decreased. According to individual nosological forms, the dynamics are different: it is possible to distinguish a period when many indicators are characterized by an annual increase and further, from 2019, a decrease in the growth of morbidity. The greatest increase in the incidence rate was noted in the subclasses «gastritis and duodenitis» - by 3 times, «other intestinal diseases» - by 2.51 times, «liver diseases» - by 2.08 times, «non-infectious enteritis and colitis» - by 1.8 times, and «diseases of the gallbladder, biliary tract» - by 35.19 %.

The share of people recognized as disabled for the first time in the number of registered patients with digestive diseases in St. Petersburg was 0.18 % in 2013, and in 2021 it decreased by 2.25 times, to 0.08 %.

In St. Petersburg, over the 9 analyzed years, the proportion of persons recognized as disabled for the first time due to digestive diseases averaged 2.88 ± 0.34 % of the number of persons recognized as disabled for the first time due to this class of diseases in the Russian Federation

In the age structure (both in Russia as a whole and in St. Petersburg, among persons recognized as disabled for the first time due to digestive diseases, persons aged 45 to 54 years (women), 45 to 59 years (men) inclusive predominate, followed by persons from 18 to 44 years inclusive, and then persons aged 60 and over.

In the total number of persons recognized as disabled for the first time due to diseases of the digestive organs, the disabled with the III disability group prevailed – from 45 to 60 %; the second place in the number of 36-42 % was occupied by persons with severe digestive disorders (II disability group) and the smallest share – 2.5-12 %, were persons with significantly pronounced digestive disorders (I disability group).

Conclusion. In comparison with the average Russian indicators, patterns and differences in the dynamics of indicators of primary disability of diseases of the digestive system in persons 18

years and older were revealed. In St. Petersburg, an increase in the incidence rate was revealed, compared with a decrease in the national average. The share of people recognized as disabled for the first time in the number of registered patients with digestive diseases in St. Petersburg has decreased. The results can be used to make managerial decisions at the state level, both federal and regional, on the development of a system of prevention, early diagnosis of diseases of the digestive system and comprehensive rehabilitation of the disabled.

Keywords: *diseases of the digestive system, working age and retirement age, morbidity, disability.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Raisa Kantemirovna Kantemirovna is an Honored Doctor of the Russian Federation, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Hospital Therapy of the Faculty of Medicine of St. Petersburg State University, Head of the Department of Albrecht Therapy of the Institute of Training Specialists in Medical and Social Rehabilitation of the G.A. Albrecht. Federal Scientific and Educational Center of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of the Ministry of Labor of Russia, Head of the therapeutic department of the clinic of the G.A. Albrecht Federal Scientific and Educational Center of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of the Ministry of Labor of Russia. Russian Federation. 195067, Saint Petersburg, Bestuzhevskaya str., 50. Phone: (812) 543-65-05, house. (812) 764-96-69, mob.8-921 933-07-99 e-mail: terapium@yandex. ru.

Fidarova Zalina Danilovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Therapy of the Institute for Training Specialists in Medical and Social Rehabilitation of the G.A. Albrecht Federal Scientific and Educational Center of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of the Ministry of Labor of Russia, doctor of the therapeutic department of the clinic of the G.A. Albrecht Federal Scientific and Educational Center of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of the Ministry of Labor of Russia. 50 Bestuzhevskaya str., Saint Petersburg, 195067, Russian Federation. Phone: (812) 544-07-74, mobile: 8-911-008- 22-23.

Chernyakina Tatiana Sergeevna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief Researcher of the Department of Monitoring the Observance of the Rights of Persons with Disabilities of the G.A. Albrecht Federal Scientific and Educational Center of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of the Ministry of Labor of Russia 195067, St. Petersburg, Bestuzhevskaya str., 50; Professor of the Department of Preventive Medicine and Health Protection of the I.I. Mechnikov Northwestern State Medical University of the Ministry of Health Russia. 47 Piskarevsky ave., Saint Petersburg, 195067, Russian Federation. Tel. Mob. 8-950-028-61-93.

Serdyukov Sergey Viktorovich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Hospital Therapy of the I.I. Mechnikov Northwestern State Medical University of the Ministry of Health of Russia, 47 Piskarevsky Ave., St. Petersburg, 195067; Associate Professor of the Department of Therapy of the Institute for Training Specialists in Medical and Social Rehabilitation of the G.A. Albrecht Federal Scientific and Educational Center of Medical and Social Expertise and Rehabilitation named after G.A. Albrecht Ministry of Labor of Russia, doctor of the therapeutic department of the clinic of the G.A. Albrecht Federal Scientific and Educational Center of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of the Ministry of Labor of Russia. 195067 St. Petersburg, Bestuzhevskaya str., 50. Phone number: (812) 544-07-74, mobile: 8-905-201-03-12.

Kuznetsova Yulia Ivanovna – doctor of the highest category, Deputy head – head of expert teams, doctor for medical and social expertise of the Federal State Institution «Main Bureau of Medical and Social Expertise in St. Petersburg» 191014, St. Petersburg, Lit. 58, lit. A; Contact number: 8 (812) 679-99-42.

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

Ethics statements.

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

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

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

Введение. Болезни органов пищеварения занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения. Они имеют хроническое рецидивирующее течение, поражают лиц трудоспособного возраста и старше, снижают качество жизни, могут приводить к инвалидизации, нанося социально-экономический ущерб государству [2, 3, 4]. По мере старения возникают инволютивные процессы [7], приводящие к структурным и функциональным изменениям органов желудочно-кишечного тракта, которые сами по себе не являются болезнью. Однако данные изменения могут предрасполагать к развитию патологии при наличии определенных факторов риска и коморбидности [8], в условиях воздействия на организм комплекса неблагоприятных экологических факторов [1], а затем приводить к инвалидности. Для своевременного принятия мер профилактики заболеваемости и инвалидизации при болезнях органов пищеварения, в том числе у лиц старшей возрастной группы, необходим постоянный мониторинг и анализ соответствующих показателей [5, 6, 9].

Цель исследования – анализ показателей заболеваемости, смертности и первичной инвалидности лиц старше 18 лет болезнями органов пищеварения в динамике за период 2013-2021 гг. в Санкт-Петербурге.

Материал и методы. Проведен контент-анализ структуры и распространенности болезней органов пищеварения и связанной с ними первичной инвалидности, в динамике за 2013-2021 годы у лиц в возрасте 18 лет и старше), проживающих в Санкт-Петербурге в сравнении со средними российскими показателями. Материал исследования - формы государственного статистического наблюдения: «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в Санкт-Петербурге» (ф.№ 12 Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга, «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше» (ф.№ 7-собес) в Санкт-Петербурге и Российской Федерации.

Результаты и обсуждение. В Санкт-Петербурге за период с 2013 г. по 2021 г. произошло увеличение абсолютного количества случаев и показателя распространенности на 10 000 чел. населения болезней органов пищеварения у лиц 18 лет и старше, а в Российской Федерации за 9 лет абсолютное количество случаев болезней органов пищеварения у лиц 18 лет и старше уменьшилось.

В Санкт-Петербурге абсолютное количество случаев болезней органов пищеварения у лиц 18 лет и старше за 9 лет увеличилось на 179321 случай (с 349610 случаев в 2013 г. до 522931 случая в 2021 г.), темп роста составил 51,49%, а показатель распространенности на 10 000 чел. населения увеличился за тот же период на 30,32 % - с 669,55‰ в 2013 году до 1182,81‰ в 2021 году.

В Российской Федерации абсолютное количество случаев болезней органов пищеварения у лиц 18 лет и старше уменьшилось на 1567,7 тыс. чел. - с 16377,7 тыс. случаев в 2013 г. до 14810,0 тыс. случаев в 2021 г., темп снижения составил 9,57 %, а показатель

распространенности на 10 000 чел. населения уменьшился за тот же период на 11,38 % - с 1141,0‰ до 1011,2‰.

В период с 2013 по 2021 г. произошел рост уровня заболеваемости по наиболее часто встречающимся подклассам болезней органов пищеварения: гастрит и дуоденит с 169,92‰ до 385,35‰; болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей с 123,97‰ до 167,59‰; другие болезни кишечника с 58,84‰ до 147,63‰; болезни поджелудочной железы с 45,63‰ до 64,83‰; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с 36,70‰ до 38,23 ‰, болезни печени 18,31‰ до 38,04‰; неинфекционный энтерит и колит с 11,02‰ до 19,78‰. Не значительно увеличился показатель заболеваемости острым панкреатитом - с 3,02‰ до 3,20‰.

Наибольший рост отмечен по подклассам «гастрит и дуоденит» - в 3 раза, «другие болезни кишечника» - в 2,51 раза, «болезни печени» - (в 2,08 раза), «неинфекционный энтерит и колит» - в 1,8 раза, а «болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей» - на 35,19%.

Несмотря на рост за весь период с 2013 по 2021 г. распространенности болезней органов пищеварения, по отдельным нозологическим формам динамика различна: можно выделить период, когда многие показатели характеризуются ежегодным приростом и дальнейшим, с 2019 г., снижением роста заболеваемости.

В структуре болезней органов пищеварения у населения Санкт-Петербурга ведущее место занимали гастрит и гастродуоденит – 25,38% в 2013 г., в 2021 - 32,58%, на втором месте по частоте встречаемости – болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей, их доля в структуре составляла в 2013 г. – 18,52%, в 2021 г. – 14,17%. Третье ранговое место в структуре заняли другие болезни кишечника, доля которых составила в 2013 г. - 8,78%, в 2021 г. – 12,48 %. Далее следуют болезни поджелудочной железы: в 2013 г. – 6,81%, в 2021 г. – 5,48% и грыжи – 2013 г. – 6,02%, в 2021 г. – 4,09%. На болезни печени в структуре болезней пришлось в 2013 г. – 2,74%, в 2021 г. – 3,22%.

Наряду с заболеваемостью важнейшее медико-социальное и экономическое значение при болезнях органов пищеварения имеет инвалидизация.

В Санкт-Петербурге, при ежегодном увеличении абсолютной численности случаев заболеваний органов пищеварения у лиц старше 18 лет, с суммарным приростом за период с 2013 по 2021 г. на 112,21% (385561 случаев), численность впервые признанных инвалидами вследствие болезней органов пищеварения уменьшилась за тот же период на 32,64 %.

Доля впервые признанных инвалидами в численности зарегистрированных пациентов с болезнями органов пищеварения в Санкт-Петербурге составила в 2013 – 0,18 %, а в 2021 г. уменьшилась в 2,25 раза, до 0,08 %.

В Санкт-Петербурге за 9 анализируемых лет (2013-2021 гг.) доля лиц впервые признанных инвалидами вследствие болезней органов пищеварения составила в среднем $2,88 \pm 0,34$ % от численности лиц впервые признанных инвалидами вследствие данного класса болезней по Российской Федерации, при этом она ежегодно уменьшалась до 2018 г., а затем стала увеличиваться и составила по годам: 4,32 %, 3,88 %, 2,07 %, 1,78 %, 1,69 %, 2,54 %, 2,89 %, 2,93 % и 3,81 %. Темп снижения составил соответственно: -10,4%, -47,8%, -13,9%, -8,3%, 47,4 %, 11,4 %, -9,7 %. 23,0 %.

В возрастной структуре как в целом по России, так и в Санкт-Петербурге среди лиц, впервые признанных инвалидами вследствие болезней органов пищеварения, преобладают лица в возрасте от 45 до 54 лет (женщины), 45 до 59 лет (мужчины) включительно. Доля этой группы инвалидов в Санкт-Петербурге уменьшилась на 9,42% (с 42,99% в 2013 г. до 33,57% в 2021 г.), и стала меньше чем в целом по Российской Федерации (36,79%).

Доля лиц молодого возраста (от 18 лет до 44 лет включительно) в численности впервые признанных инвалидами вследствие болезней органов пищеварения в 2021 г. по сравнению с 2013 г. увеличилась в Санкт-Петербурге на 4,28% (с 28,82% до 33,10%), тогда как и в целом по Российской Федерации – на 1,97% (с 35,38% до 37,35%). Это свидетельствует о том, что в Санкт-Петербурге численность лиц, впервые признанных инвалидами вследствие болезней органов пищеварения, в молодом возрасте увеличивается несколько быстрее, чем в целом по России.

Доля лиц пенсионного возраста, впервые признанных инвалидами вследствие болезней органов пищеварения, также увеличилась в исследуемые годы по Санкт-Петербургу на 5,15 % (с 28,18 до 33,33%), а по России, напротив, уменьшилась на 0,71 % (с 26,57 до 25,86%).

В общей численности впервые признанных инвалидами вследствие болезней органов пищеварения преобладали инвалиды с III группой инвалидности – от 45 до 60%; второе место по численности 36-42% занимали лица с выраженными нарушениями функций пищеварения (II группа инвалидности) и наименьшую долю – 2,5-12%, составляли лица со значительно выраженными нарушениями функций пищеварения (I группа инвалидности).

За период с 2013 по 2021 г. доля лиц, впервые признанных инвалидами I группы увеличилась в Санкт-Петербурге на 5,74 % (с 6,32 % до 12,06 %), так же как в Российской Федерации – на 10,01 % (с 3,98 % до 19,99 %), а доля лиц с III группой инвалидности, напротив, уменьшилась в Санкт-Петербурге с 52,09 % до 47,52 %, в Российской Федерации с 59,87 % до 37,56 %. Доля лиц, впервые признанных инвалидами III группы инвалидности в Санкт-Петербурге, незначительно уменьшилась с 41,58 % до 40,43 %, а в Российской Федерации, напротив, значительно увеличилась с 36,15 % до 48,45 %.

Заключение

В сопоставлении со средними российскими показателями выявлены закономерности и различия в динамике показателей заболеваемости: в Санкт-Петербурге за 9 лет произошел рост показателей распространенности болезней органов пищеварения на 76,66%, практически по всем нозологическим формам, тогда как в Российской Федерации, напротив, снижение на 10,38%. В Санкт-Петербурге можно выделить период, когда многие показатели характеризуются ежегодным приростом и дальнейшим, с 2019 г., снижением роста заболеваемости.

В численности зарегистрированных пациентов с болезнями органов пищеварения в Санкт-Петербурге, доля впервые признанных инвалидами, уменьшилась в 2,25 раза - с 0,18 % до 0,08 %.

Особенности первичной инвалидности по причине болезней органов пищеварения у лиц 18 лет и старше, проявились в резком уменьшении по 2017 г. и постепенным увеличением с 2018 г. Заметное влияние на динамику и структуру инвалидности оказал переход на

новые классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы.

Полученные результаты могут быть использованы для принятия управленческих решений на государственном уровне, как федеральном, так и региональном, по планированию организационных мероприятий в медицинских организациях: развитию системы профилактики, ранней диагностики болезней органов пищеварения и комплексной реабилитации инвалидов.

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

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Абдухалилов А.А. Модели понимания инвалидности в социальной политике государства // Научно-издательский центр «Социосфера» [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.sociosphera.com/publication/conference/2014/252/modeli_pponimaniy_invalidnosti_v_socialnoj_politike_gosudarstva/ [Abdukhalilov A.A. Models of understanding disability in the social policy of the state. Scientific and publishing Center "Sociosphere" [Electronic resource]. Access mode: http://www.sociosphera.com/publication/conference/2014/252/modeli_pponimaniy_invalidnosti_v_socialnoj_politike_gosudarstva/].
2. Всемирная организация здравоохранения и Всемирный Банк, Отчет об инвалидности в международном масштабе. 2011, Женева, Швейцария: Пресс-ВОЗ. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_ru.pdf [The World Health Organization and the World Bank, Disability Report on an international scale. 2011, Geneva, Switzerland: WHO Press. [electronic resource]. Access mode: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_ru.pdf].
3. Всемирный доклад об инвалидности. Женева: ВОЗ. 2011. 28 с. [World Report on Disability. Geneva: WHO. 2011. 28 p.].
4. Всемирная организация здравоохранения (2015). ВОЗ: Глобальный план действий в отношении лиц с инвалидностью, 2014–2015. На пути к улучшению состояния здоровья всех людей с ограниченными возможностями. Пресс-ВОЗ [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.who.int/disabilities/actionplan/ru/> [World Health Organization (2015). WHO: Global Action Plan for Persons with Disabilities, 2014-2015. On the way to improving the health of all people with disabilities. Press-WHO [Electronic resource]. Access mode: <https://www.who.int/disabilities/actionplan/ru/>].
5. Денисова Т.П., Шульдяков В.А., Тюльтеяева Л.А., Черненко Ю.В., Алипова Л.Н., Саджая Л.А. Мониторинг распространенности заболеваний внутренних органов на примере патологии пищеварительной системы // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7. № 4. С. 772-776. [Denisova T.P., Shuldyakov V.A., Tyulytyaeva L.A., Chernenkov Yu.V., Alipova L.N., Sajaya L.A. Monitoring of the prevalence of diseases of internal organs on the example of pathology of the digestive system. Saratov Scientific Medical Journal. 2011. Vol. 7. No. 4. pp. 772-776].

6. Kantemirova R.K., Fidarova Z.D., Chernyakina T.S. et al. Dynamics and structure of primary disability in retirement–age citizens applying to the bureau of medical and social expertise of St. Petersburg in 2006–2017 //Advances in Gerontology. 2019. Т. 9. № 1. С. 30–35. [Kantemirova R.K., Fidarova Z.D., Chernyakina T.S. et al. Dynamics and structure of primary disability in retirement–age citizens applying to the bureau of medical and social expertise of St. Petersburg in 2006–2017. Advances in Gerontology. 2019. Vol. 9. No. 1. pp. 30-35].
7. Кантемирова Р.К. Заболевания ассоциированные с возрастом // Реабилитация инвалидов: национальное руководство / под ред. Г.Н. Пономаренко.- М.: ГЕОТАР-Медиа. 2018. С. 700-712. [Kantemirova R.K. Diseases associated with age. Rehabilitation of disabled people: national guidelines / edited by G.N. Ponomarenko. - М.: ГЕОТАР-Media. 2018. pp. 700-712].
8. Шульдяков В.А., Тюльтяева Л.А., Денисова Т. П., Черненко Ю. В., Алипова Л.Н. Популяционные аспекты формирования гастроэнтерологической патологии у людей разного возраста // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7. № 4. С. 783- 786. [Shuldyakov V.A., Tyulytaeva L.A., Denisova T. P., Chernenkov Yu. V., Alipova L.N. Population aspects of the formation of gastroenterological pathology in people of different ages. Saratov Scientific and Medical Journal. 2011. Vol. 7. No. 4. pp. 783- 786].
9. Приказ Минтруда России от 27.08.2019 №585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». [Order of the Ministry of Labor of the Russian Federation No. 585n dated 27.08.2019 «On classifications and criteria used in the implementation of medical and social expertise of citizens by federal state institutions of medical and social expertise»].

Раздел 8
**КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ
С БОЕВОЙ ТРАВМОЙ**

Section 8
**COMPLEX REHABILITATION OF PERSONS
WITH BATTLEFIELD INJURY**

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ И ПЕРВЫЙ ОПЫТ СОЗДАННОЙ НА ТЕРРИТОРИИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ, ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ И РЕАБИЛИТАЦИИ УЧАСТНИКОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ И ИХ СЕМЕЙ

Сергеева О.В.

Департамент социальной защиты Воронежской области, Воронеж, Россия

Аннотация. *Статья посвящена вопросам взаимодействия между исполнительными органами государственной власти, организациями различной ведомственной принадлежности, при осуществлении скоординированных мероприятий по поддержке, оказанию помощи и реабилитации участников специальной военной операции и членов их семей.*

Ключевые слова: *участник специальной военной операции, реабилитация, члены семьи*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ:

Сергеева Ольга Владимировна, руководитель Департамента социальной защиты Воронежской области, адрес: 394006, г.Воронеж ул. Ворошилова, 14, тел. (473) 277-18-17

INNOVATIVE APPROACHES AND THE FIRST EXPERIENCE OF A SUPPORT, ASSISTANCE AND REHABILITATION SYSTEM FOR PARTICIPANTS OF A SPECIAL MILITARY OPERATION AND THEIR FAMILIES CREATED ON THE TERRITORY OF THE VORONEZH REGION

Sergeeva O.V.

The Department of social protection of the Voronezh region, Voronezh, Russia

Abstract. *The article is devoted to the issues of interaction between the executive bodies of state power, organizations of various departmental affiliations, in the implementation of coordinated measures to support, assist and rehabilitate participants in a special military operation and their families.*

Key words: *participant in a special military operation, rehabilitation, family members.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR:

Olga V. Sergeeva, the Head of the Department of social protection of the Voronezh region, 394006, Voronezh, st. Voroshilov, 14, tel. (473) 277-18-17

Введение. С осени 2022 года в Воронежской области сформирована система поддержки участников специальной военной операции (СВО) и членов их семей.

В сентябре 2022 года в городах и районах Воронежской области были созданы Службы поддержки членов семей участников СВО, выделены телефоны «горячих линий» для обращения граждан. Информация о номерах телефонов Служб поддержки, их адреса и режим работы широко размещалась в социальных сетях и СМИ.

В феврале 2023 года решением Губернатора Воронежской области А.В. Гусева в инфраструктуру поддержки встроены мероприятия по реабилитации участников СВО и членов их семей, распоряжением Правительства области утвержден план мероприятий на 2023-2025 годы.

Положительной предпосылкой в готовности региона к масштабной работе в этом направлении явилось участие Воронежской области с 2020 года в федеральных проектах по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, а также по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

Материалы и методы. До начала работы Государственного фонда поддержки участников СВО «Защитники Отечества» было сформировано единое решение с множественным межведомственным взаимодействием, регулирующее все сферы жизнедеятельности участников СВО и членов их семей.

Участниками данной программы являются 12 исполнительных органов, военный комиссариат, органы местного самоуправления и общественные организации.

Основные направления плана мероприятий включают в себя:

оказание квалифицированной медицинской и психологической помощи участникам специальной военной операции членам их семей;

организация социальной реабилитации и адаптации;

профессиональное обучение и трудоустройство;

оказание адресной социальной поддержки, социального сопровождения и социального обслуживания.

Вначале было сформировано 2 ядра по координации региональных мер – в здравоохранении, координирующее деятельность всех медицинских организаций, и в социальной защите – координирующее все остальные направления и находящееся в постоянной связи с «медицинским» ядром.

В медицинской сфере единым центром стал организационно-методический кабинет для координации оказания медицинской помощи данной категории граждан, созданный в виде специального подразделения областной клинической больницы.

Результаты. В социальной защите ядром выступает Центр комплексной реабилитации инвалидов «Семь Ступеней».

Определены алгоритмы межведомственного взаимодействия Единого центра со всеми участниками процесса реабилитации независимо от ведомственного подчинения и формы отношения к государству, от госучреждений до общественных и волонтерских организаций.

Центр комплексной реабилитации инвалидов «Семь Ступеней» стал единым центром обработки информации и координации по вопросам комплексной реабилитации и социальной адаптации на условиях приема данных граждан по принципу «одного окна». В Едином центре организована «горячая линия». Ежедневно на «горячую линию» поступает более 30 звонков. Сюда же стекается вся информация из всех возможных источников, в т. ч. от военкомата и системы здравоохранения о ветеранах боевых действий, ведется и обратный обмен информацией – через координационно-методический кабинет на базе Областной клинической больницы.

В муниципалитетах на базе управлений социальной защиты населения уже за 4 месяца до открытия Государственного фонда поддержки участников СВО «Защитники Отечества» сформированы службы социальных координаторов «Помощь СВОим».

С момента открытия Госфонда, он встроился в систему, став третьим ядром, взяв на себя работу с ветеранами боевых действий и семьями погибших.

Центр комплексной реабилитации инвалидов «Семь Ступеней» является многопрофильным реабилитационным центром, в нем помимо формирования базы данных одновременно реализуются еще 2 процесса – процесс комплексной реабилитации и процесс формирования индивидуального трека или межведомственного маршрута комплексной реабилитации и социальной адаптации гражданина и членов его семьи, который реализуется по выходу из данного Центра.

В Единый центр поступают граждане двумя потоками: после завершения медицинской реабилитации и непосредственно после возвращения из зоны спецоперации – когда лечение в медорганизации не требуется, в этом случае в Единый центр на реабилитацию приглашают социальные координаторы управлений социальной защиты районов. Все услуги Центра бесплатные, мероприятия реализуются по различным направлениям реабилитации, обучения и приобретения профессии.

Мощность Центра: 46 стационарных мест, а также 50 мест полустационара. Все клиенты Центра обеспечиваются комплексным питанием и медицинским сопровождением.

Программа реабилитации на базе Центра включает в себя:

- психологическую реабилитацию;
- профессиональную подготовку по 13 профессиям, что позволяет участникам СВО получить новую профессию и стать востребованным на рынке труда;
- создание системы непрерывного сопровождения реабилитационной траектории после завершения курса реабилитации специалистами Центра и системы оценки качества оказания услуг и реабилитационного потенциала.
- реализацию обучающих программ по освоению навыков безопасного использования технических средств реабилитации с отработкой практических навыков как внутри помещения, так и с выходом на объекты городской инфраструктуры.
- восстановление утраченных бытовых навыков в результате ранения, контузии, увечья с помощью выполнения комплекса упражнений на современном реабилитационном оборудовании.
- проведение занятий в зале адаптивной физической культуры и тренажерном зале, также оснащенных современными тренажерами и специальным реабилитационным оборудованием.

Накопленный опыт показал необходимость внесения изменений в принципы и организацию работы Центра.

Учитывая медико-социально-психологическую специфику работы с участниками СВО, принято решение об увеличении количества штатных единиц на 20%. Введены в штат новые должности: врач восстановительной медицины (реабилитолог), врач - психотерапевт, клинический психолог.

Также, принимая во внимание мотивационно-психологическую структуру личности военнослужащих, вернувшихся из зоны СВО и испытывающих в своем большинстве пост-травматический стресс, определенную социальную настороженность и тревожность, в штат на должность социальных работников, были приняты офицеры запаса Вооруженных Сил Российской Федерации с психологическим образованием, имеющие личный боевой опыт и многолетний стаж работы с личным составом военнослужащих, в том числе и в качестве психологов.

Знание военной психологии, специфики воинской службы, личный опыт участия в боевых действиях, сходство мужских интересов, «единая терминология» в общении - все это способствует созданию доверительных отношений и выстраиванию не только эффективной реабилитационной траектории, но и конструктивных жизненных планов возврата к мирной жизни или восстановления сил для продолжения выполнения воинского долга.

Организационным решением для выполнения поставленных задач с учетом специфики работы с новым контингентом стало дооснащение Центра необходимым реабилитационным оборудованием и инвентарем. Это оборудование для механотерапии - роботизированные комплексы для работы с верхними и нижними конечностями, плечевым суставом; тренажеры для активной разработки конечностей, аппараты активно-пассивной механотерапии, инфракрасная сауна; реабилитационные комплексы для восстановления и развития мелкой и крупной моторики, двигательных функций, мышечной силы и координации, развития когнитивных функций головного мозга. Ввиду большой частоты травматических повреждений конечностей увеличение количества оборудования для восстановления и тренировки движений заметно повысило пропускную способность данного направления Центра.

Кабинет психологической коррекции оснащен аппаратно-программным комплексом для диагностики и коррекции высших психических функций «Шуфрид», с помощью которого проводится нейропсихологическая диагностика и отслеживается динамика изменений в ходе коррекционных занятий.

Параллельно в Центре оборудуется новое реабилитационное пространство, оснащенное кинезиотерапевтическими установками, такими как «Экзартра», предназначенными для уменьшения или полного устранения болевого синдрома, восстановления функциональных движений, реабилитационными брусками с монорельсом, предназначенными для восстановления навыков ходьбы, восстановления координации движений, разработки мышц.

Одним из основных результатов формирования координационного центра на базе Центра комплексной реабилитации инвалидов «Семь Ступеней» явилось то, что в ситуации возвращения из СВО, при демонстрации в значительном количестве случаев негативизма и опасения перед неизвестным процессом, участники СВО в большей степени оказываются вовлечены в процесс взаимодействия со специалистами, реализующими реабилитационные меры, осознают необходимость рекомендованных мероприятий и их влияние на свою судьбу, более ответственно подходят к пониманию своей дальнейшей судьбы.

Как правило, изменение отношения к реабилитации и принятие ответственности за собственную жизнь начинает формироваться только к третьему дню пребывания в Центре.

Такие изменения дают возможность предполагать, что при контакте с сотрудниками, предоставляющими услуги в течение нескольких часов, как это происходит в МФЦ, не дает таких результатов по взаимопониманию и формированию положительного настроения на реабилитацию.

Следует отметить, что не все участники СВО проходят процесс реабилитации в Центре до конца. Количество прервавших курс составляет, как правило, одну четвертую – одну пятую часть от поступивших (рисунок 1).

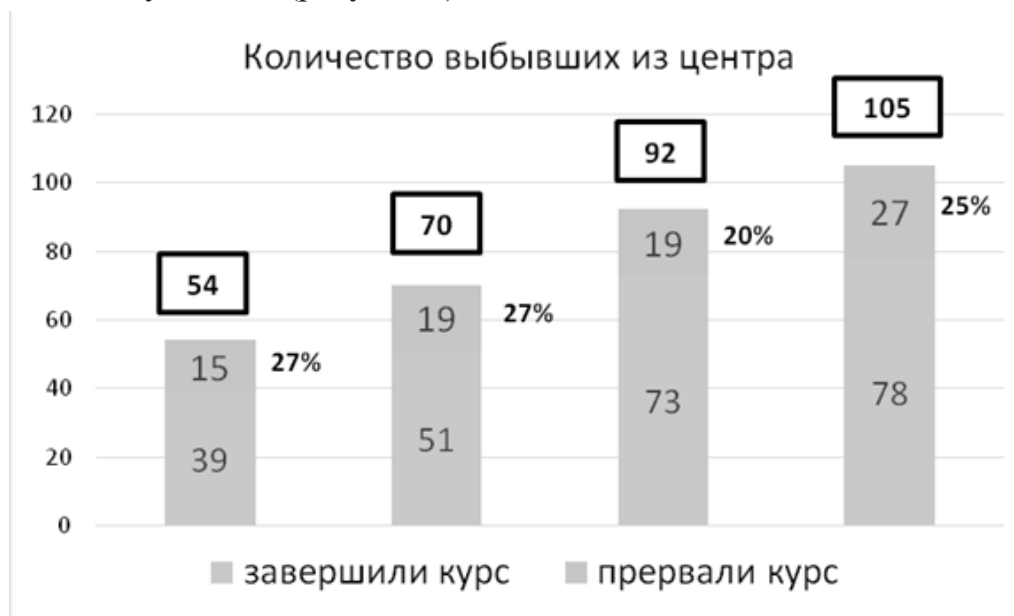


Рис. 1. Соотношение количества участников СВО, завершивших реабилитационный курс, к количеству прервавших реабилитационный курс.

Причины прерывания курса бывают разные – от необходимости решения срочных проблем дома, до госпитализации в медорганизацию. Прерывание курса не исключает возможности повторных поступлений в Центр.

Таким образом, выбор в качестве координационного межведомственного узла для реабилитации участников СВО именно реабилитационного центра, а не стандартного МФЦ, оказался вполне оправдан, он позволяет минимизировать количество отказов от реабилитации, срывов в процессе реализации мероприятий на площадках разной ведомственной принадлежности.

Координация предоставления множества мер социальной поддержки семей участников СВО осуществляется через межведомственные службы поддержки «Помощь СВОим». Такие службы были созданы в сентябре 2022 года в городах и районах Воронежской области. В состав Служб поддержки вошли сотрудники администраций районов, управлений социальной защиты населения, волонтеры регионального штаба #МЫВМЕСТЕ, общественные организации ветеранов.

Для удобства граждан службы поддержки функционируют в помещениях МФЦ, общественных палат, зданий администраций районов, управлений социальной защиты насе-

ления. Работа Служб поддержки включает два направления – помощь гражданам при их личном обращении и проактивное выявление членов семей военнослужащих, не обратившихся за помощью.

В задачи социальных координаторов «Помощь СВОим» входит работа по формированию социальных паспортов, ведению личных дел, выявлению потребности в адресной помощи и регулярному взаимодействию с участниками специальной военной операции, членами их семей и членами семей погибших воинов.

Численность социальных координаторов «Помощь своим» в каждом учреждении определяется из расчета не более 50 граждан (семей) на 1 сотрудника. С целью своевременного оказания адресной помощи в отношении каждого гражданина (семьи) предусмотрена коммуникация не реже 1 раза в месяц.

Индивидуальная проактивная работа с членами семей участников СВО ведется путем подомового обхода, бесед по телефону в случае отказа принимать дома сотрудников учреждений, приглашения посетить управление социальной защиты населения.

В ходе работы всем семьям разъяснено право на государственную поддержку в соответствии с действующим законодательством, предоставлен контактный телефон специалиста, ответственного за работу с данной категорией граждан.

На территории региона Департаментом цифрового развития Воронежской области сформирован и проходит апробацию чат-бот для общения с участниками СВО, который решает следующие задачи:

- самоинформирование граждан о предусмотренных мерах социальной поддержки, предоставляемых реабилитационных услугах и социальном сопровождении с использованием бота;
- информирование граждан о мероприятиях, проводимых для определенной группы лиц, с возможностью направления текстового сообщения или файла;
- организация обратной связи, в том числе предоставление услуги «заказать звонок»;
- возможность проведения опросов граждан;
- возможность формирования статистической информации по результатам работы чат-бота.

В процессе функционирования чат-бота предусмотрена возможность получения от гражданина согласия на обработку персональных данных.

Бот позволяет знакомиться со статичной информацией (НПА, порядки и процедуры предоставления мер и т.д.), проводить быстрые оповещения по изменениям или предстоящим мероприятиям, имеет новостную линейку; кроме того внесена возможность заказа обратного звонка.

Иные виды реабилитации в системе социальной защиты представлены стационарным учреждением социального обслуживания, отделениями социальной реабилитации и адаптивной физической культуры и спорта, центрами дневного пребывания, центром помощи семье и детям «Буревестник» и центром социальной реабилитации и оздоровления «Жемчужина Дона».

В 4 пилотных учреждениях области (УСЗН Семилукского, Лискинского, Богучарского

районов и УСЗН Коминтерновского района г. Воронежа) после проведения ремонта (в сентябре 2023) будут открыты отделения социальной реабилитации и адаптивной физической культуры.

В 10 центрах дневного пребывания, организованных в районных учреждениях социальной защиты уже работают семейные клубы реабилитации, где не реже 1 раза в неделю проводятся занятия для семей ветеранов боевых действий.

С начала года после проведенного капитального ремонта возобновил свою деятельность Областной центр социальной помощи семье и детям «Буревестник». Учреждение предоставляет реабилитационные услуги детям, находящимся в трудной жизненной ситуации. В приоритете дети из семей ветеранов боевых действий.

На базе учреждения организованы профильные реабилитационные смены для детей из данных семей продолжительностью 18 дней.

Кроме того, по завершении ремонта планируется организовать семейную реабилитацию на базе Областного центра социальной реабилитации и оздоровления «Жемчужина Дона» (Павловский район).

Плановая вместимость Центра позволит охватить реабилитационным процессом порядка 1 680 человек ежегодно.

Также в региональной системе социальной реабилитации функционирует Воронежский областной центр социальной реабилитации ветеранов и инвалидов боевых действий. Деятельность учреждения в условиях специализированного центра направлена на проведение комплекса социальной и медицинской реабилитации для ветеранов и инвалидов боевых действий.

Выводы. Все вышеперечисленные учреждения социальной защиты связаны с головным центром (Центр комплексной реабилитации инвалидов «Семь Ступеней»). Связь со всеми участниками процесса, в том числе структурами других ведомств (здравоохранение, образование, занятость, культура, физическая культура и спорт), общественными организациями и волонтерами, позволяет превратить разрозненные элементы реабилитации в единый последовательный процесс, где своевременно проводится медицинская реабилитация, куда гармонично встраиваются процессы по приобретению профессии, трудоустройству, культурно-просветительские, патриотические мероприятия и спорт.

Сопровождение социальными координаторами, а также возможность общения с сотрудниками Центра дает возможность непрерывного взаимодействия в рамках сетевого сообщества.

Создана электронная система, в которую по каждому клиенту специалисты ежедневно вносят реабилитационные наблюдения, что дает возможность отслеживать динамику и оперативно корректировать индивидуальный реабилитационный маршрут.

Это позволяет повысить эффективность всех звеньев процесса и уменьшить количество срывов у участников СВО.

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

The author declares no conflict of interests.

УДК 364.075

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА УЧАСТНИКОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ НА БАЗЕ БУ ВО «ЦКРИ «СЕМЬ СТУПЕНЕЙ»

Протасова О.С.

Бюджетное учреждение Воронежской области «Центр комплексной реабилитации инвалидов «Семь Ступеней», Воронеж, Россия

Аннотация: В данной статье рассматриваются основные направления психологической поддержки участников специальной военной операции – психологическая диагностика и консультирование, психологическая коррекция. Выделяются и описываются актуальность и характерные особенности деятельности психолога с гражданами, испытывающими последствия посттравмирующих ситуаций.

Ключевые слова: участники специальной военной операции; психологическая поддержка; военная травма.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ:

Протасова Ольга Сергеевна, заведующий отделением социально-психологических услуг БУ ВО «Центр комплексной реабилитации инвалидов «Семь Ступеней»; адрес: Калининградская ул., 110, Воронеж, Воронежская обл., 394044, email: proliya@yandex.ru

PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF THE PARTICIPANTS OF THE SPECIAL MILITARY OPERATION AT THE BASE BUDGET INSTITUTION OF THE VORONEZH REGION «CENTER FOR COMPREHENSIVE REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE «SEVEN STEPS»

Protasova O.S.

Budget institution of the Voronezh region «Center for comprehensive rehabilitation of disabled people «Seven Steps», Voronezh, Russia

Abstract: This article discusses the main areas of psychological support for the participants of the special military operation – psychological diagnosis and counseling, psychological correction. The relevance and characteristic features of the psychologist's work with citizens experiencing the consequences of post-traumatic situations are highlighted and described.

Keywords: participants of the special military operation; psychological support; military trauma.

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR:

Protasova Olga Sergeevna, Head of the Department of Social and Psychological Services of the Budget institution of the Voronezh region «Center for comprehensive rehabilitation of disabled people «Seven Steps», address: Kaliningradskaya st., 110, Voronezh, Voronezh region, 394044; email: proliya@yandex.ru

Введение. В современном мире локальные войны, вооруженные конфликты – достаточно распространенные явления. В качестве участников указанных боевых действий могут выступать как кадровые военные, так и гражданские лица, призванные по мобилизации или решившие участвовать на добровольных началах. Каждый человек в той или иной степени адаптируется к жизни в социуме, но война существенно отличается от нормальной действительности. Вернувшиеся к мирной жизни участники специальной военной операции (СВО) относятся к наиболее уязвимым слоям населения, являются специфическим контингентом, требующим активной социальной работы и комплексной реабилитации.

Особая роль в комплексе предоставляемых реабилитационных услуг принадлежит психологической реабилитации, что обусловлено спецификой последствий боевого стресса, которые оказывают сильнейшее влияние на психику человека и могут проявляться не только непосредственно после возвращения из «горячей точки», но и спустя многие месяцы и годы. Это связано с тем, что некоторые формы и стереотипы поведения, применимые только для боевой обстановки, настолько глубоко и прочно закрепились в сознании военнослужащего, что будут сказываться еще много лет на его психологическом здоровье.

Оказание эффективной психологической помощи участникам СВО, оптимизирующей их социальную адаптацию, представляет собой одну из главных задач отрегулирования процессов как физического, так и душевного здоровья путем открытия новых возможностей и перспектив.

Психологическая помощь - понятие, тесно связанное с психокоррекционным процессом. В практической психологии это понятие трактуется как система мер, направленная на повышение психологической компетентности людей с целью стабилизации их психического здоровья и преодоления жизненных затруднений. Психологическая помощь осуществляется на основе синтеза медицины, психологии, педагогики [1].

Цель. Каждый из тех, кто принимал участие в СВО, в той или иной мере столкнулся с психотравмирующей ситуацией. Таким образом, целью психологической поддержки данной категории является восстановление личного и социального статуса военнослужащих, коррекция их социального поведения, снятие внутренней напряженности, соответственно при создании благоприятных условий для их психического и личностного роста, увеличения ресурсности и стрессоустойчивости.

С марта 2023 года БУ ВО «ЦКРИ «Семь Ступеней» начало обслуживать новую категорию получателей социальных услуг – участников специальной военной операции.

В связи с тем, что особенности сопровождения данного контингента граждан для специалистов незнакомы, это потребовало принципиально новых организационно-методических решений и форм работы.

Важно отметить, что в основном на реабилитацию после СВО поступают, как правило, молодые мужчины. Вовлечение в активную деятельность, возврат к привычному образу жизни, быстрое восстановление бытовых навыков – имеет для них первостепенное значение.

Учет данных факторов позволил выделить приоритетные стратегии в содержании работы психолога с участниками СВО, проходящими комплексную реабилитацию на базе БУ ВО «ЦКРИ «Семь Ступеней».

Психологическая помощь участникам СВО осуществляется в следующих взаимосвязанных направлениях: психологическая диагностика, психологическая коррекция, психологическое консультирование. Каждое направление реализует соответствующие задачи, которые определяют общую стратегию психологической помощи лицам данной категории.

Материалы и методы. В процессе оказания психологической помощи участникам СВО специалисты Центра определили такой набор практических методов, который максимально эффективно позволяет психологам достигать целей по улучшению психоэмоционального состояния военнослужащих, формированию конструктивных механизмов выхода из стрессовых ситуаций, развитию адекватных форм психологической защиты. Соответственно, специалисты применяют в своей деятельности:

- психологическое просвещение – расширение знаний о закономерностях и условиях благоприятного психического развития человека;
- арттерапевтические методы – воздействие средствами искусства (музыкотерапия, рисование и др.), помогающее ощутить и понять самого себя, выразить свои мысли, чувства, освободиться от конфликтов и сильных переживаний;
- релаксационные техники – формирование навыков снятия психоэмоционального напряжения, саморегуляции и самоконтроля;
- психогимнастические упражнения – создание возможностей для осознания разнообразных вербальных и невербальных средств установления контакта.

Результаты. Основная цель психодиагностической работы с участниками СВО - выявление структуры изменений психической деятельности для определения оптимальных путей коррекционной помощи. Для этого в БУ ВО «ЦКРИ «Семь Ступеней» создан психодиагностический комплекс, включающий в себя надежные методики, направленные на изучение различных аспектов личности военнослужащих. Например, применяются опросник «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка; опросник травматического стресса (И.О. Котенев); опросник для выявления риска развития посттравматического стрессового расстройства и другие. В своей работе специалисты используют аппаратно-программный комплекс «Шуффрид», позволяющий изучить и в дальнейшем корректировать различные функции психики.

На данном этапе психолог непосредственно взаимодействует с врачом-физиотерапевтом, который оговаривает основные противопоказания при получении того или иного вида психологических услуг. Имеющиеся особенности состояния здоровья, вызванные полученной травмой, могут препятствовать проведению некоторых психологических мероприятий (релаксация, массажное кресло, аутогенная тренировка).

Таким образом, на этапе диагностической работы психологи получают об участнике СВО такую информацию, которая позволяет глубоко проникнуть в личность человека, в его чувства, переживания, установки, картину мира, структуру взаимоотношений с окружающими.

Учитывая данные первичной диагностики, специалисты планируют комплекс психологических услуг с каждым конкретным человеком, осуществляя индивидуальный подход. Данный комплекс становится частью индивидуального реабилитационного маршрута участника СВО, реализуемого в Центре.

Психологическое консультирование предполагает индивидуальные встречи участника СВО с психологом наедине, обсуждение с ним жизненной проблемы или ситуации, которая беспокоит в данный конкретный момент. На таких встречах чаще всего затрагиваются моменты отсутствия сна, состояния «постоянно на взводе», непонимания со стороны окружающих и т.п. В ходе консультирования психолог предлагает к освоению способы преодоления стресса и жизненного кризиса, помогает лучше понять жизненную ситуацию и наладить отношения с родными и близкими.

Мероприятия психологической коррекции в БУ ВО «ЦКРИ «Семь Ступеней» основаны на принципе принятия индивидуальных особенностей каждого участника СВО и, соответственно, коррекционные занятия организуются так, чтобы были удовлетворены особые потребности каждого гражданина. Специалисты подбирают методический инструментарий с учетом возрастных и психофизических особенностей клиентов. Психолог принимает во внимание степень выраженности основного и сопутствующих заболеваний; уровень контактности с самим психологом и другими слушателями; мотивацию и личностные особенности клиента.

Вся программа психологической поддержки разрабатывается и корректируется психологом, который оценивает индивидуально для каждого участника СВО необходимость назначения тех или иных процедур. Психолог также оценивает и рекомендует, какие мероприятия должны быть назначены для того, чтобы мотивировать гражданина на результат.

В связи с тем, что все участники СВО, проходящие реабилитацию в БУ ВО «ЦКРИ «Семь Ступеней», в той или иной степени имеют травматический опыт и, соответственно, у них присутствует посттравматическая симптоматика, психологи учреждения рекомендуют им различные антистрессовые процедуры, способствующие запуску стресс-лимитирующих механизмов. Среди них антистрессовые массажи (ручной и механический), телесно-ориентированная терапия, занятия в сенсорной комнате, расслабляющие водные процедуры (гидромассажная ванна, бассейн), умеренные физические и тепловые нагрузки (ЛФК, терренкур, скандинавская ходьба), занятия лозоплетением и гончарным искусством.

Также важно отметить, что психологическая работа с участниками СВО в учреждении проводится не только в строго регламентированной форме, психологи работают и в непринужденном формате. На равне с клиентами принимают участие в различных культурно-массовых мероприятиях, что способствует формированию более высокого уровня доверия к специалисту и благоприятствует тому, что участники СВО более охотно обращаются к психологу за консультацией.

В ходе работы с участниками СВО специалисты выявили, что характер психологических проблем данной категории граждан неоднороден. Это и вероятность наличия ПТСР, и депрессивно-тревожные состояния, бессонница, употребление алкоголя и психоактивных веществ, агрессивное поведение. Соответственно, возникает необходимость многообразия подходов в процессе психологической коррекции. Для существенного повышения эффективности коррекционной работы с участниками СВО наиболее оправдан интегративный подход в выборе психокоррекционных техник. Он подразумевает использование техник разных направлений, что позволяет оптимизировать процесс психологической поддержки. За счет комбинирования методов и приемов удастся достигать целей психологической работы для каждого конкретного участника СВО.

Заключение. В завершение хотелось бы отметить, что проводя анализ полученных результатов работы по оказанию психологической поддержки участникам СВО, психолог сравнивает динамику показателей самого военнослужащего, достигнутых на завершающем этапе, с теми, которые он демонстрировал в самом начале занятий. Важной частью реализации программы психологической поддержки участников СВО является процедура мониторинга как в середине цикла занятий, так и по его завершении - беседы с военнослужащими о полученных умениях и навыках, рассказы клиентов о том, что менялось в их жизни после курса занятий, опрос родственников (при возможности) об изменении в психических функциях и личностных особенностях. Реабилитационный и адаптационный потенциал психологической помощи для участников СВО заключается в создании естественной стимулирующей среды, в которой человек чувствует себя комфортно и защищено, проявляя личную активность.

В БУ ВО «ЦКРИ «Семь Ступеней» по окончании курса реабилитации выдается справка установленной формы, где одним из пунктов является рекомендация о возможности продолжить психологическую реабилитацию в кабинете медико-психологического консультирования по месту жительства (с указанием адреса и телефонов регистратур районных больниц, куда следует обращаться участникам СВО).

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

The author declares no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Волковская, Т.Н. Организационно-методические основы психологической помощи лицам с недостатками речи: Учебно-методическое пособие / Т.Н. Волковская. – Москва: Национальный книжный центр, 2015. - 144 с.
2. Ермолаева, А.В. Психологические особенности личности военнослужащего – участника боевых действий / А.В. Ермолаева // Электронный журнал «Психологическая наука и образование». – Москва, 2013. - С. 3-5.
3. Звоников, В.М. Постановка проблемы психологической помощи и реабилитации участников боевых действий и членов их семей / В.М. Звоников // Журнал практического психолога. – 2019. - № 2. – С. 79-86.
4. Сеницына, Т.Ю. Модели оказания экстренной и пролонгированной психологической помощи при психической травме / Т.Ю. Сеницына // Журнал практического психолога. – 2019. - № 2. – С. 132-150.
5. Шамардина, М.В. Психокоррекционная программа «Восстановление и поддержание психического здоровья инвалидов и ветеранов боевых действий» // М.В. Шамардина, О.А. Орлова. – Барнаул, 2022.

УДК 314.44

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ТРУДОУСТРОЙСТВА ИНВАЛИДОВ, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЕННОЙ ТРАВМЫНурова А.А.², Карасаева Л.А.¹, Рамазанов Ш.Р.², Алигаджиев Ш.С.², Смекалкина Л.В.³¹ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия²ФКУ «Главное бюро МСЭ по Республике Дагестан» Минтруда России, Махачкала, Россия³ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

Аннотация. В статье проанализированы показатели первичной и повторной инвалидности населения Республики Дагестан. Из общего контингента выделены лица из числа бывших военнослужащих с установленной инвалидностью по причине «военная травма» и проанализированы их медико-социальные показатели. Изучены потребности в комплексной реабилитации и трудоустройстве инвалидов с последствиями военной травмы. Проведенное медико-социологическое исследование с последующим статистическим анализом позволило разработать критерии трудового прогноза инвалидов с последствиями военной травмы.

Обоснованные реабилитационные мероприятия, включенные в программы медицинской, психологической, социальной, профессиональной реабилитации были направлены на увеличение величины показателя трудового прогноза, что позволяло увеличивать вероятность трудоустройства инвалидов с последствиями военной травмы.

Ключевые слова: инвалиды, военная травма, реабилитация, трудоустройство.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Нурова Аминат Алиевна - канд. мед наук, руководитель бюро №3 ФКУ «Главное бюро МСЭ по Республике Дагестан»

Карасаева Людмила Алексеевна - доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения, МСЭ и реабилитации ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта

Рамазанов Шамиль Рамазанович - руководитель ФКУ «Главное бюро МСЭ по Республике Дагестан»

Алигаджиев Шахбан Садыкович - руководитель бюро №30 ФКУ «Главное бюро МСЭ по Республике Дагестан»

Смекалкина Лариса Викторовна - доктор мед. наук, профессор каф. спортивной медицины ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

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

REHABILITATION ASPECTS OF EMPLOYMENT OF DISABLED PERSONS SUFFERED AS A RESULT OF MILITARY TRAUMA

Nurova A.A.², Karasaeva L.A.¹, Ramazanov Sh.R.², Aligadzhiev Sh.S.², Smekalkina L.V.³

¹*Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Saint Petersburg, Russia*

²*FSI «Main Bureau of MSE for the Republic of Dagestan» of the Ministry of Mineral Resources of Russia, Makhachkala, Russia*

³*I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia*

Abstract. *The article analyzes the indicators of primary and repeated disability of the population of the Republic of Dagestan. From the general contingent, persons from among the former military personnel with an established disability due to "military injury" were singled out and analyzed their medical and social indicators. The needs for comprehensive rehabilitation and employment of disabled people with the consequences of military trauma have been specially studied. The conducted medico-sociological study with subsequent statistical analysis made it possible to develop criteria for the labor prognosis of disabled people with the consequences of a military injury.*

The formed reasonable rehabilitation measures included in the programs of medical, psychological, social, professional rehabilitation were aimed at increasing the value of the labor forecast indicator, which made it possible to increase the likelihood of employment of disabled people with the consequences of a military injury.

Key words: *invalids, military trauma, rehabilitation, employment.*

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Nurova Aminat Alievna - Ph.D. Medical Sciences, Head of Bureau No. 3 of the FSI "Main Bureau of the MSE in the Republic of Dagestan",

Karasaeva Lyudmila Alekseevna - Dr. Sci., Professor, Head of the Department of Health Organization, MSE and Rehabilitation Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation

Ramazanov Shamil Ramzanovich - Head of FSI «Main Bureau of MSE in the Republic of Dagestan»,

Aligadzhiev Shakhban Sadykovich - Head of Bureau No. 30 of the FSI «Main Bureau of the MSE for the Republic of Dagestan»,

Smekalkina Larisa Viktorovna - Dr. Med. Sci., professor sports medicine I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

Authors' contribution statement. The authors were equally involved in the development of the study design, data collection, analysis, and writing of the article.

Введение. Современная геополитическая обстановка, связанная с наличием военных конфликтов, обуславливает инвалидизацию военнослужащих, что определяет приоритеты социальной политики Российской Федерации, в том числе – реабилитацию и социальную адаптацию инвалидов, пострадавших в результате военной травмы [1].

Несомненно, военнослужащие относятся к наиболее работоспособной части населения страны, однако после установления инвалидности, у них, по сравнению с другими катего-

риями инвалидов, отмечаются более серьезные расстройства социальной и психологической адаптации в новых условиях жизнедеятельности.

Военнослужащие, пострадавшие в результате военной травмы, являются особой категорией инвалидов, так как тяжелые медико-социальные последствия военных травм обуславливаются сочетанностью закрытых черепно-мозговых травм с повреждениями разных органов и систем, что существенно затрудняет последующую профессиональную интеграцию этих лиц в общество, тем более, что до 90,0% инвалидность при последствиях военной травмы устанавливается в трудоспособном возрасте [2].

Поэтому актуальность вопросов организации реабилитации, способствующих трудовой и социальной адаптации инвалидов вследствие военной травмы, не вызывает сомнения, что и определило цель исследования [3,4,5]

Цель исследования: обоснование реабилитационных мероприятий для оптимизации процесса трудоустройства инвалидов вследствие военной травмы на основе комплексного изучения инвалидности, потребностей в трудоустройстве и оценки трудового прогноза.

Материалы и методы. Методы исследования: социально-демографический, медико-экспертный, клинико-статистический, контент-анализа.

Результаты исследования. Проведен анализ первичной и повторной инвалидности населения Республики Дагестан. Было установлено, что в формировании инвалидности взрослого населения Республики Дагестан в период 2014-2019 гг. выявлена динамика снижения первичной и повторной инвалидности.

В контингенте инвалидов из числа бывших военнослужащих в динамике с 2014 по 2019 гг. выявлено превалирование удельного веса лиц по причине «заболевание, полученное в период военной службы» (59,3%) по сравнению с инвалидами по причине «военная травма» (40,7%).

Однако из-за тяжести повреждений и сочетанности закрытых черепно-мозговых травм и повреждений разных органов и систем, наличия посттравматического стрессового синдрома и трудностей социальной адаптации, целевой группой исследования выбраны инвалиды вследствие военной травмы. Изучены медико-экспертные характеристики инвалидов вследствие военной травмы впервые признанных инвалидами (ВПИ) 997 чел. (жен. – 7,5%; муж. – 92,5%), повторно признанных инвалидами (ППИ) – 4327 чел. (жен. – 8,3%; муж. 91,7%). В динамике с 2014 по 2019 гг. установлено уменьшение удельного веса ВПИ по последствиям военной травмы (с 3,3% до 2,8%)

Установлена динамика утяжеления повторной инвалидности вследствие военной травмы с увеличением доли повторно признанными инвалидами I и II групп до 51,7%, в контингенте впервые признанными инвалидами их доля была значительно меньше – 38,4%

Специально изучены медико-социальные показатели инвалидов вследствие военной травмы, определяющие их трудоустройство. Типичный медико-социальный портрет инвалида по последствиям военной травмы определялся следующими особенностями: трудоспособной возраст (97,3%), ограничение способности к трудовой деятельности I степени (61,6%) и II степени (36,1%); проживание в сельской местности для ВПИ (67,1%) для ППИ (47,3%).

На основе сравнительного анализа потребности инвалидов во взрослом населении Республики Дагестан и инвалидов вследствие военной травмы в комплексной реабилитации,

ТСР и трудоустройстве установлены следующие показатели потребности: в профессиональной ориентации у инвалидов вследствие военной травмы в 1,5 раза меньше, чем в общем контингенте инвалидов Республики Дагестан (17,1% и 26,9%, соответственно); в профессиональной адаптации в 2,5 раза меньше, чем в общем контингенте инвалидов Республики Дагестан (8,1% и 19,9% соответственно); в социально-психологической реабилитации (49,9%), в оборудовании жилого помещения специальными средствами (1,5%), в физкультурно-оздоровительных мероприятиях и спорте (1,1%).

Установлены недостаточно высокие показатели информирования инвалидов по вопросам трудоустройства (47,2%);

Показатель потребности в ТСР выявлен лишь у 17,3% инвалидов.

При этом выявлены достаточно высокие показатели потребности в трудоустройстве, составившие 83,7%.

Анализ организационно-правовых аспектов системы трудоустройства инвалидов в Республике Дагестан показал, что трудоустройство инвалидов основано на традиционном механизме квотирования рабочих мест. В учреждениях службы занятости населения организовано содействие по оформлению индивидуального предпринимательства, инвалидам оказывается единовременная денежная поддержка до 50 тыс. р. на каждого при создании собственного дела. В 2014-2016 гг. в Республике стала осуществляться работа по стимулированию общественных объединений инвалидов для организации трудоустройства инвалидов. То есть в Республике проводится активная работа по организации занятости инвалидов.

Специально проведенное медико-социологическое исследование инвалидов вследствие военной травмы позволило разработать обоснованные критерии (с оценкой в баллах), оказывающие значимое влияние на прогноз трудового устройства инвалидов на этапе маршрутизации инвалидов в бюро МСЭ и учреждениях службы занятости. Из совокупности медико-социальных, социально-психологических и социально-средовых характеристик в модели прогнозирования трудоустройства получено достоверное ($p < 0,001$) различие для частот с низко- и высокоэффективным трудоустройством. Выделены 7 приоритетных критериев, влияющих на прогноз трудоустройства: установка / мотивация на трудовую деятельность, период пребывания на инвалидности, возраст, степень выраженности психоорганического синдрома, самооценка профессиональных способностей, проведение своевременной профориентационной и информационной работы и ограничение способности к самообслуживанию, использование которых позволяет объективизировать трудовой прогноз и увеличивать возможность успешного трудоустройства.

Для построения решающего правила прогноза трудоустройства, было вычислено пороговое значение показателя прогноза (ПП), равное 14 баллам ($p < 0,001$), разделяющее инвалидов на 2 группы (высокая и низкая возможность трудоустройства).

Вычислена вероятность трудоустройства при разных значениях показателя прогноза: при значении $ПП \leq 14$ баллов, статистически достоверным будет низкий прогноз трудоустройства (83,3% случаев не трудоустройства). При значении $ПП > 14$ баллов, статистически достоверным будет высокий прогноз трудоустройства (16,7% случаев не трудоустройства).

Для практического применения все прогностические критерии были выражены в оценочных баллах в соответствии со степенью их выраженности. Разработан алгоритм прогноза успешного трудоустройства инвалидов вследствие военной травмы, основанный на моделировании ПП.

На основании полученных результатов разработан организационный алгоритм трудоустройства военнослужащих по причине «военная травма», основанный на оценке степени нарушенных функций и структур организма, степени ограничения способности инвалидов к трудовой деятельности, психологических и социальных характеристиках.

На реабилитационном этапе предложены целенаправленные реабилитационные мероприятия в программы: медицинской, психологической, профессиональной реабилитации, которые способствовали увеличению благоприятного прогноза трудоустройства инвалидов с последствиями военной травмы.

Также разработаны предложения для улучшения организационно-реабилитационной деятельности ФГУ МСЭ, направленные на улучшение взаимной деятельности специалистов МСЭ и службы занятости.

Заключение. В формировании структуры инвалидности взрослого населения Республики Дагестан в период 2014-2019 гг. установлена динамика снижения первичной и повторной инвалидности с тенденцией снижения удельного веса и тяжести инвалидности лиц с последствиями военной травмы.

Отличительной особенностью медико-социального статуса инвалидов вследствие военной травмы явился благоприятный трудовой потенциал, что определило их трудоустройство в широком спектре форм трудовой деятельности.

Наличие высоких показателей потребности инвалидов вследствие военной травмы в трудоустройстве обусловило разработку критериев оценки трудового прогноза для выбора форм занятости.

Полученные медико-социальные критерии оценки трудового прогноза обеспечили формирование целенаправленных реабилитационных мероприятий для осуществления трудоустройства инвалидов вследствие военной травмы.

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

The authors declare no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Некоторые аспекты совершенствования реабилитации ветеранов боевых действий / С.Н. Пузин, В.Н. Петрова, И.В. Пряников, В.В. Ким // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – № 4. – С. 24-30.
2. Нурова А.А., Мониторинг первичной инвалидности бывших военнослужащих по обращаемости в бюро медико-социальной экспертизы как основа выбора мер профессиональной реабилитации инвалидов: региональный аспект / А.А. Нурова // Вестник Российской военно-медицинской академии. –2020. – №2 (70). – С. 177–181.
3. Организационный алгоритм организации труда для инвалидов вследствие военной травмы / А.А. Нурова, Л.А. Карасаева, Л.В. Смекалкина, М.В. Горяйнова // Вестник Всероссийского общества специалистов

- по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2022. – № 4. – С. 20–25.
4. Нурова А.А., Проблемы трудоустройства и занятости инвалидов вследствие военной травмы / А. А. Нурова // Научное обозрение: актуальные вопросы теории и практики: сборник статей III Международной научно-практической конференции: в 2 ч., Пенза, 27 декабря 2022 года. – Пенза: Наука и Просвещение, 2022. – С. 177–180.
 5. Разработка реабилитационных мероприятий, способствующих трудоустройству инвалидов вследствие военной травмы / Л.А. Карасаева, Л.В. Смекалкина, В.Г. Зилов, А.А. Нурова, В.А. Фролов // Вестник новых медицинских технологий. – 2023. – Т. 30, № 1. – С. 95–99.

REFERENCES:

Some aspects of improving the rehabilitation of combat veterans / S.N. Puzin, V.N. Petrova, I.V. Pryanikov, V.V. Kim // Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and the Rehabilitation Industry. - 2020. - No. 4. - S. 24-30.

Nurova A.A., Monitoring of the primary disability of former military personnel by applying to the bureau of medical and social expertise as the basis for choosing measures for the professional rehabilitation of disabled people: a regional aspect / A.A. Nurova // Bulletin of the Russian Military Medical Academy. -2020. - No. 2 (70). - S. 177-181.

Organizational algorithm of labor organization for disabled people due to military trauma / A.A. Nurova, L.A. Karasaeva, L.V. Smekalkina, M.V. Goryainova // Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and the Rehabilitation Industry. - 2022. - No. 4. - P. 20–25.

Nurova A.A., Problems of employment and employment of disabled people due to military trauma / A.A. Nurova // Scientific review: topical issues of theory and practice: collection of articles of the III International scientific and practical conference: in 2 hours, Penza, 27 December 2022. – Penza: Science and Education, 2022. – P. 177–180.

Development of rehabilitation measures that contribute to the employment of disabled people due to military trauma / L.A. Karasaeva, L.V. Smekalkina, V.G. Zilov, A.A. Nurova, V.A. Frolov // Bulletin of new medical technologies. - 2023. - T. 30, No. 1. - P. 95–99.

Раздел 9

**АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ТЕХНИЧЕСКИЕ
СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ**

Section 9

**ASSISTIVE AND REHABILITATION
TECHNOLOGIES AND DEVICES**

УДК (364+376.32)

ПОТРЕБНОСТЬ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЕМ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗА СЧЕТ БЮДЖЕТА ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Кулинич Т.С., Рябоконь А.Г., Доронина О.Е.

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

Аннотация

Введение. *Вопросы инвалидности и реабилитации инвалидов вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата относятся к одной из важных медико-социальных проблем, актуальность которой обусловлена распространённостью и ежегодным ростом болезней глаза, высоким уровнем тяжелой инвалидности у лиц трудоспособного возраста. Для инвалидов по зрению особую значимость приобретают вопросы реабилитации с использованием технических средств реабилитации (ТСР).*

Для инвалидов с нарушением зрительных функций Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, не может в полной мере компенсировать основные ограничения жизнедеятельности.

Цель. *Обоснование оптимального набора технических средств реабилитации сверх Федерального перечня за счет бюджета Ленинградской области.*

Материалы и методы. *Формы № 7-собес. Период исследования: 2020 - 2022 гг. Методы: статистический, аналитический.*

Результаты. *Общее число инвалидов вследствие болезней глаза в Ленинградской области с 2020 по 2022 гг. составляет 824 человека, из них впервые признанных инвалидами (ВПИ), составляет 309 человек, повторно признанных инвалидами (ППИ) - 515 человек. В структуре общей инвалидности по возрасту удельный вес инвалидов трудоспособного возраста равен 36,2 % в динамике без существенных колебаний.*

Среди первичной инвалидности I и II группы устанавливаются в 52 %, среди повторной инвалидности – в 47,4 %.

Правительством Ленинградской области утвержден Перечень дополнительных технических средств реабилитации (ДТСР), который ежегодно обновляется с учетом выявляемых потребностей инвалидов.

В 2020 году в ИПРА инвалидов вследствие болезней глаза включено 207 ДТСР, из которых 72 – для ориентации, общения и обмена информацией, 135 изделий - для ухода и быта. В 2021 году рекомендовано 521 ДТСР, из них 209 – для ориентации, общения и обмена информацией, 312 наименований для компенсации самообслуживания. В 2022 году за счет включения в Перечень новых дополнительных технических средств реабилитации определена потребность в 633 ДТСР, в том числе 282 - для ориентации, общения и обмена информацией, 351 - для компенсации самообслуживания.

Заключение. *Уровень первичной и повторной инвалидности при болезнях глаза в Ленинградской области за 2020 – 2022 гг. ниже, чем в Российской Федерации и в динамике без существенных колебаний. Удельный вес инвалидов трудоспособного возраста*

та вследствие болезней глаза при первичном освидетельствовании не превышает значений 27 %, при повторном освидетельствовании – 50 %. Выраженные и значительно выраженные нарушения зрительных функций занимают достаточный удельный вес в структуре как первичной инвалидности (52 %), так и повторной инвалидности (47,4 %).

Региональный перечень ДТСП позволяет частично компенсировать ограничения способности к ориентации, обучению, трудовой деятельности инвалидов по зрению. Ежегодно ФКУ «ГБ МСЭ по Ленинградской области» Минтруда России выявляет потребность более чем в 500 ДТСП различных наименований.

Ключевые слова: Инвалидность, болезни глаза и его придаточного аппарата, индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида, уровень, структура.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Кулинич Татьяна Сергеевна, адрес: 195197 г. Санкт-Петербург, пр. Полюстровский, 43, лит.А; ORCID:<http://orcid.org/0009-0005-7104-4769>; eLibrary SPIN: 1728-6549; e-mail: gb@mse47.ru

Рябоконе Анна Григорьевна, кандидат медицинских наук; адрес: 195197 г. Санкт-Петербург, пр. Полюстровский, 43, лит.А; ORCID:<http://orcid.org/0000-0003-4887-4404>; eLibrary SPIN: 4296-0934, e-mail: ryabokon.ag58@yandex.ru

Доронина Ольга Евгеньевна, адрес: 195197 г. Санкт-Петербург, пр. Полюстровский, 43, лит.А; ORCID:<http://orcid.org/0000-0003-2143-3692>; eLibrary SPIN:1103-4158, e-mail: gb1@mse47.ru

Вклад авторов. Кулинич Т.С., Рябоконе А.Г., Доронина О.Е. равномерно принимали участие в разработке дизайна исследования, сборе данных, анализе и написании статьи.

THE NEED OF DISABLED PEOPLE WITH VISUAL FUNCTIONS OF WORKING AGE FOR TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION AT THE EXPENSE OF THE BUDGET OF THE LENINGRAD REGION

Kulinich T.S., Riabokon A.G., Doronina O.E.

FGI «MB MSE in the Leningrad area» Ministry of Labor of Russia, Saint Petersburg Russia

Abstract

Background. Issues of disability and rehabilitation of people with disabilities due to diseases of the eye and its *accessory apparatus* are one of the important medical and social problems, the relevance of which is due to the prevalence and annual growth of eye diseases, a high level of severe disability among people of working age. For the visually impaired the issues of rehabilitation using technical means of rehabilitation (TMR) are of particular importance.

For people with visual impairments, the Federal List of Rehabilitation Measures, Technical Rehabilitation Means and Services cannot fully compensate for the main limitations of life.

Aim. *The aim of the work was to study the structure of disability due to diseases of the eye and its accessory apparatus among the working-age population in the Leningrad region in order to establish an optimal set of technical means of rehabilitation beyond the Federal List at the expense of the budget of the Leningrad region.*

Materials and methods. *The forms № 7-sobes of the FGI «MB MSE in the Leningrad area» Ministry of Labor of Russia, Study period: 2020 - 2022 Research methods: comparative analysis, descriptive statistics.*

Results. The total number of people with disabilities due to eye diseases in the Leningrad Region from 2020 to 2022 is 824 people, of whom are recognized as disabled for the first time (VPI), is 309 people, re-recognized as disabled (PDI) - 515 people. In the structure of general disability by age, the proportion of people with disabilities of working age is 36.2% without significant changes. Among primary disability, groups I and II are established in 52%, among repeated disability - in 47.4%. The Government of the Leningrad Region approved the List of Additional Technical Means of Rehabilitation (DTSR), which is updated annually taking into account the identified needs of disabled people. In 2020 the IPRA of people with disabilities due to eye diseases included 207 DTSD, of which 72 are for orientation, communication and information exchange, 135 products are for care and everyday life. In 2021 521 DTSD are recommended, of which 209 are for orientation, communication and information exchange, 312 items for self-service compensation. In 2022 due to the inclusion in the List of new additional technical means of rehabilitation, the need for 633 DTSR was determined, including 282 for orientation, communication and information exchange, 351 for self-service compensation.

Conclusion. The level of primary and repeated disability due to eye diseases in the Leningrad Region for 2020-2022 lower than in the Russian Federation and in dynamics without significant fluctuations. The proportion of people with disabilities of working age due to eye diseases at the initial examination does not exceed 27%, at the second examination - 50%. Severe and significantly pronounced visual impairments occupy a sufficient proportion in the structure of both primary disability (52%) and repeated disability (47.4%). The regional list of DTSD makes it possible to partially compensate for the limitations of the ability for orientation, training, and labor activity of visually impaired people. Every year the FGI "MB MSE in the Leningrad area" Ministry of Labor of Russia identifies the need for more than 500 DTSR of various items.

Keywords: *diseases of the eye and its accessory apparatus, disability, individual rehabilitation or habilitation program for a disabled person, level, structure.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Tatyana S. Kulinich, 43 L. A Polustrovsky pr., Saint Petersburg, 195197; ORCID:<http://orcid.org/0009-0005-7104-4769>; eLibrary SPIN: 1728-6549; e-mail: gb@mse47.ru

Anna G. Riabokon, candidate of Medical Sciences; 43 L. A Polustrovsky pr., Saint Petersburg, 195197; ORCID:<http://orcid.org/0000-0003-4887-4404>; eLibrary SPIN: 4296-0934, e-mail: ryabokon.ag@lomse.ru

Olga E. Doronina, 43 L. A Polustrovsky pr., Saint Petersburg, 195197; ORCID:<http://orcid.org/0000-0003-2143-3692>; eLibrary SPIN: 1103-4158, e-mail: gb1@mse47.ru

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

Введение. Вопросы инвалидности и реабилитации больных и инвалидов вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата относятся к одной из важных медико-социальных проблем на современном этапе. Актуальность данной проблемы обусловлена значительной распространённостью и ежегодным ростом болезней глаза, высоким уровнем тяжелой инвалидности у лиц трудоспособного возраста, и ведущим к снижению качества их жизни [1,2].

В этой связи для инвалидов вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата особую значимость приобретают вопросы реабилитации, и в первую очередь социальные и профессиональные аспекты реабилитации, в то время как меры медицинской ре-

абилитации уходят на второй план [3,4]. Большую роль в комплексе реабилитационных мероприятий для этой категории инвалидов играет назначение технических средств реабилитации (ТСР), которые позволяют компенсировать основные ограничения жизнедеятельности.

У инвалидов с нарушением сенсорных функций (зрения) наступают ограничения всех категорий жизнедеятельности, за исключением контроля за своим поведением. Федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду (Федеральный перечень), утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 №2347-р (ред. от 16.01.2023) предусмотрены 7 групп наименований ТСР для инвалидов по зрению. К ним отнесены специальные средства для самообслуживания и ухода; специальные средства для ориентирования и передвижения (трости тактильные, собаки-проводники с комплектом снаряжения); общения и обмена информацией; специальные средства для обучения, образования (включая литературу для слепых) и занятий трудовой деятельностью; протезные изделия (глазные протезы). Однако данный Перечень не может в полной мере оптимально компенсировать у лиц трудоспособного возраста с нарушениями зрительных функций такие ограничения, как ориентация, обучение, общение и трудовая деятельность.

Цель. Обоснование оптимального набора технических средств реабилитации сверх Федерального перечня за счет бюджета Ленинградской области.

Материалы и методы. Источник информации – формы федерального государственного статистического наблюдения № 7-собес ФКУ «ГБ МСЭ по Ленинградской области» Минтруда России, данные ЕАВИИАС МСЭ по Ленинградской области контингента с болезнями глаза и его придаточного аппарата, исследование сплошное. Период исследования: 2020 - 2022 гг.

Методы исследования: выкопировка данных, сравнительный анализ, описательная статистика.

Результаты. Общее число инвалидов вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата (Н00-Н59 по МКБ-10) в Ленинградской области за период с 2020 по 2022 гг. составляет 824 человека с ежегодным увеличением с 213 до 294 (на 38%) и до 317 человек (на 7,7%). Абсолютное число лиц, впервые признанных инвалидами (ВПИ), составляет 309 человек, повторно признанных инвалидами (ППИ) - 515 человек. Значимый рост ППИ наблюдается в 2021 и 2022 гг. (167 и 220 инвалидов против 128 инвалидов в 2020 г.), что обусловлено неоднократным освидетельствованием лиц при автоматическом продлении инвалидности в условиях действия Временного порядка признания лица инвалидом в период с 09.04.2020 г. до 02.07.2022 г.

Обращает внимание, что в структуре общей инвалидности по возрасту удельный вес инвалидов трудоспособного возраста равен 36,2% без существенных колебаний в 3-х летней динамике (36,3% - 35,4% - 36,9%).

Уровень первичной инвалидности в Ленинградской области при болезнях глаза составляет 0,5, 0,8 и 0,6 на 10 тыс. взрослого населения и доля инвалидов трудоспособного возраста достигает 27,1%, 24,4% и 25,8% соответственно. Сравнительный анализ показателей первичной инвалидности вследствие болезней глаза в Российской Федерации (РФ) и

Ленинградской области в динамике за 2020-2022 г. показал, что первичная инвалидность в РФ выше и находится на уровне 1,2 в 2020 г., увеличивается до 1,3 в 2021 и до 1,4 на 10 тыс. взрослого населения в 2022 г., удельный вес инвалидов трудоспособного возраста равен 33,7%, 31,4% и 29,7% соответственно.

Уровень повторной инвалидности вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата в Ленинградской области составляет 0,8, 1,1 и 1,4 на 10 тыс. взрослого населения и был существенно ниже, чем в РФ. Так, в РФ в 2020 г. показатель находился на уровне 3,3 на 10 тыс. взрослого населения, в 2021 и 2022 гг. увеличился с 4,3 до 4,6 на 10 тыс. взрослого населения. Доля ППИ трудоспособного возраста в Ленинградской области составляет 44,5% в 2020 г., с последующим ростом до 49,3% в 2021 г. и 50,9% в 2022 г., достигая показателя РФ, так удельный вес инвалидов трудоспособного населения превышает половину всех инвалидов (52%, 52,4% и 50,8% соответственно).

Среди первичной инвалидности вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата в Ленинградской области I и II группы, сопровождающиеся выраженными и значительно выраженными нарушениями зрительных функций, устанавливаются 41 инвалиду трудоспособного возраста (52%), среди повторной инвалидности – 119 инвалидам (47,4%).

Таким образом, анализ уровней первичной и повторной инвалидности вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата, проведенный в 2020 - 2022 гг., выявил, что уровни инвалидности в Российской Федерации выше, чем в Ленинградской области, и при повторной инвалидности данные показатели за исследуемый период имеют тенденцию к росту. Результаты изучения показателей инвалидности вследствие болезней глаза в Ленинградской области, свидетельствующие о росте абсолютного числа инвалидов и уровня повторной инвалидности, о значительной доле ППИ трудоспособного возраста, подтверждают особенности медико-социальной экспертизы в указанный период. Половина исследуемого контингента имеют стойкие выраженные или значительные нарушения зрительных функций.

Результаты анализа показателей инвалидности вследствие стойких нарушений сенсорных функций (зрения) позволяют определить потребности инвалидов в технических средствах реабилитации. В Ленинградской области для максимальной социализации инвалидов по зрению трудоспособного возраста большое внимание уделяется вопросу предоставления им современных и оптимальных дополнительных технических средств реабилитации, направленных на компенсацию стойких ограничений жизнедеятельности.

ФКУ «ГБ МСЭ по Ленинградской области» Минтруда России в целях реализации областного закона Ленинградской области от 17 июля 2015 года № 71-оз «О дополнительных мерах социальной поддержки инвалидов в Ленинградской области» заключило Соглашение о сотрудничестве и совместной деятельности с комитетом по социальной защите населения Ленинградской области в 2015 году, в рамках которого Главное бюро МСЭ определяет нуждаемость инвалидов в дополнительных технических средствах реабилитации и вносит их в индивидуальную программу реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА).

Постановлением Правительства Ленинградской области от 16.04.2018 № 127 (в редакции от 10.04.2023 № 228) «Об утверждении Порядка передачи в собственность инвалидам дополнительных технических средств реабилитации..» утвержден Перечень дополнитель-

ных технических средств реабилитации, предоставляемых инвалиду, стоимость которых меньше трехкратной величины прожиточного минимума в Ленинградской области на душу населения, установленной Правительством Ленинградской области, а также срок их использования и предельный размер компенсации за приобретенное инвалидом дополнительное техническое средство реабилитации (ДТСР).

Ежегодно ФКУ «ГБ МСЭ по Ленинградской области» Минтруда России совместно с комитетом по социальной защите населения Ленинградской области и Санкт-Петербургской региональной организацией ВОС (СПб РО ВОС) осуществляет мониторинг потребности инвалидов с нарушением зрения и предоставления им ДТСР, по результатам которого Региональный перечень ДТСР обновляется с учетом выявляемых потребностей инвалидов в том или ином техническом средстве: исключаются мало востребованные и включаются новые инновационные ДТСР. Актуализация классификации дополнительных технических средств реабилитации, предоставляемых инвалиду, в рамках регионального перечня осуществляется ежегодно в порядке, определяемом Правительством Ленинградской области.

Первоначально Перечень 2015 года включал 22 ДТСР, из них 8 средств были предусмотрены для инвалидов по зрению. В Перечне 2022 года из 31 ДТСР 17 наименований предназначены для инвалидов вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата с учетом выраженности нарушений зрительных функций. Среди них имеются технические средства для общения, обучения, ориентации и обмена информацией, осуществления трудовой деятельности, а также специальные средства для ухода, быта и досуга.

Для каждого наименования ДТСР разработаны медицинские показания и противопоказания для их обеспечения.

В группу ДТСР, компенсирующих способность к обучению и общению, были включены прибор для письма рельефно-точечным шрифтом Брайля, бумага и грифель для письма по системе Брайля, мобильный телефон с увеличенной клавиатурой, цифровой диктофон, а в 2021 году в Перечень добавлены смартфон и ноутбук с предустановленным программным обеспечением экранного доступа для незрячих, а также интерактивное оптическое устройство для воспроизведения аудиоконтента полиграфических и иных изданий мультимедийной печати.

Прибор для письма рельефно-точечным шрифтом Брайля, входивший в Перечень в 2020 и 2021 гг., был назначен двум инвалидам, у которых сформированы навыки владения письмом по системе Брайля, приобретен один прибор в 2021 г. Потребность в бумаге и грифеле для письма по системе Брайля, включенных в Перечень 2021 г., выявлена у двух инвалидов в 2021 и 2022 гг., однако обращения для их приобретения в органы социальной защиты не поступали.

Мобильный телефон с увеличенной клавиатурой служит средством для компенсации общения при умеренных и выраженных нарушениях зрения, так в 2020 г. сделано 9 назначений, в 2021 г. и 2022 г. – 31 и 54 назначений соответственно, предоставлено данное ДТСР по одному случаю ежегодно.

Показания для назначения цифрового диктофона установлены у 20 инвалидов в 2020 г., у 45 и 49 в 2021 и 2022 гг., реализована услуга в 1, 2 и 1 случаях соответственно.

Смартфон с предустановленным программным обеспечением экранного доступа для

незрячих, показанный только при IV степени нарушений зрения с учетом возможности осознанного использования полученной информации, включен в 3 ИПРА в 2021 г. и в 3 ИПРА в 2022 г., реализовано мероприятие в 3 и 1 случаях соответственно.

Потребность в ноутбуке с предустановленным программным обеспечением экранного доступа выявлена у 2 инвалидов в 2022 году.

Нуждаемость в интерактивном оптическом устройстве для воспроизведения аудиоконтента полиграфических и иных изданий мультимедийной печати определена инвалидам I группы в 8 ИПРА в 2021 г. и в 21 ИПРА в 2022 г., реализовано в 8 и 1 случаях соответственно.

Абонентское устройство системы радиоинформирования и звукового ориентирования, вошедшее в Перечень 2021 г., наиболее востребовано у инвалидов по зрению, из 24 назначений в 2021 г., реализовано во всех случаях, в 2022 г. из 28 – только в 2 случаях.

Наиболее востребованными реабилитационными средствами, назначаемыми при стойких выраженных и значительно выраженных нарушениях зрительных функций, являются часы-будильник с синтезатором речи и часы-наручные с синтезатором речи (часы-брелок карманные с речевым выходом), рекомендованные при стойких нарушениях зрительных функций III и IV степени. Так часы-будильник были включены в 32 ИПРА в 2020 г., в 64 ИПРА в 2021 г. и в 74 ИПРА в 2022 г., однако ежегодно их приобретают лишь 5 инвалидов по зрению. Часы-наручные с синтезатором речи рекомендованы в 32, 64 и 74 случаях, реализована услуга 2, 6 и 3 инвалидам соответственно.

Для специальных средств ухода, быта, а именно приспособление для чистки и нарезания овощей, специальная разделочная доска, специальный нескользящий коврик под посуду, медицинскими показаниями являются стойкие выраженные или значительно выраженные нарушения функции зрения вследствие болезней глаза, позволяющие компенсировать ограничения способности к самообслуживанию 2 и 3 степени. В 2020 году выявлена потребность в специальных средствах ухода у 32 инвалидов, в 2021 г. – у 64 инвалидов и в 2022 г. – у 74 инвалидов. Реализовано мероприятие только в 2-х случаях в 2020 и в 2022 гг. и в одном случае – в 2021 году.

Кружка непроливайка, предназначенная для инвалидов со значительными нарушениями зрительных функций, внесена в ИПРА 7 инвалидов в 2020 г., в 2021 и 2022 - 11 и 6 ИПРА соответственно, предоставлена компенсация в 1 случае в 2021 г. и в 2 случаях – в 2022 г.

Индикатор уровня жидкости звуковибрационный, добавленный в Перечень 2021 г., рекомендован 43 инвалидам с нарушениями зрительных функций III и IV степени в 2021 г., 49 инвалидам – в 2022 г., оказана услуга в 2 случаях в 2022 г.

Таким образом, в 2020 году в ИПРА инвалидов вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата включено 207 ДТСР, из которых 72 – для ориентации, общения и обмена информацией, 135 изделий - для ухода и быта. В 2021 году рекомендовано 521 ДТСР, из них 209 – для ориентации, общения и обмена информацией, 312 наименований для компенсации самообслуживания. В 2022 году за счет включения в Перечень новых дополнительных технических средств реабилитации определена потребность в 633 ДТСР, в том числе 282 - для ориентации, общения и обмена информацией, 351 - для компенсации самообслуживания.

Обращает внимание, что инвалиды с нарушениями зрительных функций редко обращаются за компенсацией стоимости ДТСР в органы социальной защиты населения, так за период 2020 – 2022 гг. компенсация выделена на приобретение лишь 58 наименований (14, 21 и 23 соответственно).

Заключение. Уровень первичной и повторной инвалидности при болезнях глаза и его придаточного аппарата в Ленинградской области за период 2020 – 2022 гг. ниже, чем в Российской Федерации и в динамике без существенных колебаний. Удельный вес инвалидов трудоспособного возраста вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата при первом освидетельствовании не превышает значений 24% - 27% в возрастной структуре инвалидности. При повторном освидетельствовании инвалиды трудоспособного возраста составляют более половины среди инвалидов взрослого населения. Стойкие выраженные и значительно выраженные нарушения зрительных функций занимают достаточный удельный вес в структуре как первичной инвалидности (52%), так и повторной инвалидности (47,4%).

Высокий удельный вес инвалидов по зрению трудоспособного возраста, имеющих ограничения практически всех основных категорий жизнедеятельности, диктует необходимость назначения дополнительных технических средств реабилитации, не вошедших в Федеральный перечень. Разработанный с 2015 года региональный перечень ДТСР и утвержденный на уровне Правительства Ленинградской области позволяет в полной мере частично компенсировать ограничения способности к ориентации, обучению, трудовой деятельности данной категории инвалидов. Ежегодно ФКУ «ГБ МСЭ по Ленинградской области» Минтруда России выявляет потребность более чем в 500 ДТСР различных наименований.

Как показывает практика, неиспользование инвалидами по зрению назначаемых средств реабилитации обусловлено трудностями прохождения процедуры их получения. В этой связи требуется пересмотр действующего Порядка предоставления ДТСР за счет средств бюджета Ленинградской области совместно с комитетом по социальной защите населения Ленинградской области и СПб РО ВОС для принятия более конструктивного механизма осуществления получения средств реабилитации, возможно по аналогии с получением ТСР за счет средств федерального бюджета, учитывая решение и самого инвалида об обеспечении его конкретными техническими средствами реабилитации.

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

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дымочка М.А., Верегина Н.Б. Первичная инвалидность взрослого населения в Российской Федерации за период 2012-2017 гг. // Медико-социальные проблемы инвалидности. - М.: 2018. - № 2. - С. 8-16.
2. Назарян М.Г. Комплексное исследование инвалидности вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата и совершенствование системы мер по медико-социальной реабилитации: Автореф. дис. ... док. мед. наук. - М.: 2020. - 40 с.
3. Андреева О.С. Типовая программа социальной реабилитации или абилитации для слабовидящих и слепых инвалидов в возрасте 18 лет и старше // Медико-социальные проблемы инвалидности. – М.: 2018. - № 2. - С. 64-68.
4. Горяйнова М.В. Организационные и медико-социальные аспекты совершенствования профессиональной

реабилитации инвалидов с нарушениями сенсорных функций: Автореф. дис. ... кан. мед. наук. - М.: 2022. - 24 с.

REFERENCES:

1. Dymochka M.A., Verigina N.B. Primary disability among the adult population of Russia // Medical and social problems of disability. - М.: 2018. - № 2. - С. 8-16.
2. Nazaryan M.G. Comprehensive study of disability due to diseases of the eye and its accessory apparatus and improvement of the system of measures for medical and social rehabilitation: Autoref. dis. ... doctor of Medical Sciences. - М.: 2020. - 40 с.
3. Andreeva O.S. Standard program of social rehabilitation and habilitation for vision-impaired and blind persons aged 18 and older // Medical and social problems of disability. – М.: 2018. - № 2. - С. 64-68.
4. Goryainova M.V. Organizational and medico-social aspects of improving the professional rehabilitation of disabled people with sensory impairments: Autoref. dis. ... Candidate of Medical Sciences. - М.: 2022. - 24 с.

УДК 364.048.6

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АССИСТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С РАС ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ, НА ПРИМЕРЕ ТЕХНОЛОГИЙ ВИЗУАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Карпова С.А., Федорова Е.А.

ГБСУ СО ОРЦДИ «Надежда», Волжский, Россия

Аннотация. *Представлены результаты эмпирического исследования по оценке эффективности использования технологий визуальной поддержки как одного из видов ассистивных технологий, которые могут помочь снизить частоту проявления нежелательных форм поведения у дошкольников с диагнозами, входящими в состав группы расстройства аутистического спектра, при надлежащем использовании данной группы технологий.*

Ключевые слова: *расстройства аутистического спектра, технологии визуальной поддержки, нежелательное поведение, ассистивные технологии, надлежащее применение.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Карпова Светлана Александровна заведующий информационно-методическим отделением, педагог-психолог; адрес: г. Волжский, ул. Пионерская, д. 26; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1431-8269>; e-mail: 90svet99@mail.ru

Федорова Елена Александровна канд. психол.н. педагог-психолог; г. Волжский, ул. Пионерская, д. 26; e-mail: elena_fedorova_1982@inbox.ru

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

ASSISTIVE TECHNOLOGIES USAGE FOR DECREASING OF ASD CHILDREN'S UNDESIRABLE BEHAVIOR ON THE EXAMPLE OF VISUAL SUPPORT TECHNOLOGIES

Karpova S.A., Fedorova E.A.

State budget special institution of social service regional rehabilitation children's centre for disabled "Nadezhda" Volzhskiy Volgograd region Russia

Abstract. *The article below delivers the results of empiric investigation that let us estimate the degree of effectiveness visual support technologies usage as a brunch of assistive technologies. This group of technologies may help to decrease the frequency of undesirable behavior expression among children diagnosed with autistic spectrum disorder while using this group of technologies in appropriate way.*

Keywords: *autistic spectrum disorder, visual support technologies, undesirable behavior, assistive technologies, appropriate usage.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Karpova Svetlana Alexandrovna the chief of information and methodology department, educational psychologist; adress: Volzhskiy, st. Pionerskaya, 26; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1431-8269>; e-mail: 90svet99@mail.ru

Fedorova Elena Alexandrovna candidate of psychological sciences. Educational psychologist; Volzhskiy st. Pionerskaya, 26; e-mail: elena_fedorova_1982@inbox.ru

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

Введение. Коррекция нежелательного поведения один из основных запросов родителей, воспитывающие детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Для этого могут использоваться ассистивные технологии, под которыми в данной работе мы понимаем различные устройства, оборудование, продукты, программное обеспечение или услуги, направленные на усиление, поддержку или улучшение функциональных возможностей людей с ОВЗ и инвалидностью и позволяющие обеспечить доступ к информации, процессу общения, информационно-образовательной среде, заслуживают отдельного внимания[5]. Одной из разновидностей таких технологий, зарекомендовавших себя в работе с детьми с РАС выступают технологии визуальной поддержки, которые определяются как использование зрительных стимулов (картинок, надписей, пиктограмм и т.п.) для улучшения восприятия, запоминания и понимания информации (Cohen, Sloan, 2007). Способы их применения и оценка эффективности представлены в работах Марлен Коэн (Marlene J. Cohen), Донны Слоан (Donna L. Sloan), Питера Герхардта (Peter F. Gerhardt)[1]. Несмотря на доказанную в отдельных источниках высокую эффективность использования технологий в подобной ситуации часто можно услышать жалобы родителей на то, что они мало эффективны. Для того чтобы понять истинную причину низкой эффективности технологий визуальной поддержки для снижения частоты проявлений нежелательного поведения в рамках работы с детьми с РАС в ГБСУ СО ОРЦДИ «Надежда» было запланировано и проводилось исследование.

Его **целью** стала оценка эффективности использования технологий визуальной поддержки для снижения частоты проявления различных форм нежелательного поведения у детей дошкольного возраста (3-5 лет). Для достижения поставленной цели были сформулированы и решались следующие задачи: проанализировать и выделить основные формы нежелательного поведения у детей с РАС и установить их возможные причины; повысить уровень родительской компетентности по проблемам нежелательного поведения детей с РАС и использованию технологий визуальной поддержки; снизить у детей с РАС частоту проявления форм нежелательного поведения.

Для решения поставленных задач нами использовались следующие **методы и материалы:** анализ литературы по заявленной проблематике, синтез существующих точек зрения, эмпирическое исследование, методы математической обработки данных (U-критерий Ма-

на-Уитни для попарного сравнения выборок). Методологическую основу исследования составили принципы прикладного анализа поведения, сформулированные в работах Байера, Вольфа, Ризли и др.

Для решения первой задачи нами была сформирована выборка из 17 детей в возрасте 3-5 лет, имеющих установленный диагноз из группы РАС, а также ярко выраженные проявления нежелательного поведения. Для формирования группы проводилась первичное консультирование с родителями при поступлении в реабилитационный центр, по специально-разработанной консультационной карте, работая с которой специалисты центра фиксировали, какие именно формы нежелательного поведения когда-либо проявлялись у ребёнка, в какой именно момент они появились, присутствуют ли они сейчас и как часто возникают. Всего было проведено 39 первичных консультаций в результате их анализа были выделены следующие нежелательные формы поведения, присутствующие у всех детей, включенных в последствие в группу исследования: падение на пол, вокализации, аутоагрессия, агрессия к взрослому, истерики, «игра в догонялки», разрушающее поведение в отношении предметов или других детей. С целью выявления причин указанных форм нежелательного поведения было проведено первое включенное наблюдение с применением протокола, в котором фиксировались частота эпизодов нежелательного поведения, а также возможные причины и изменение реакции, если ребёнок получал желаемое. В ходе анализа были установлены 3 основные цели, для достижения которых ребёнок использует данные формы нежелательного поведения: избегание деятельности, которой ребёнок не хочет заниматься, получение желаемого, привлечение внимания.

Для снижения частоты проявления форм нежелательного поведения в центре, а также родителями дома, использовались следующие технологии визуальной поддержки: визуальное расписание, расписание активностей, карточки правила и оперантные карты. Для того, чтобы родители правильно могли воспользоваться предложенными технологиями, с ними была проведена предварительная работа в форме индивидуальной обучающей консультации и группового мастер-класса, на которых они получили необходимую информацию и смогли сформировать необходимые навыки. В течение 2 месяцев организация активности в центре, и, как нами предполагалось, за его пределами систематически проводилась с использованием технологий визуальной поддержки. Для оценки эффективности их использования применялся протокол включенного наблюдения, которое проводилось 1 раз в неделю в течение 2 часов с каждым ребёнком. В протоколе фиксировалось количество выделенных форм нежелательного поведения за время наблюдения, возможные цели такого поведения.

Для оценки полученных **результатов** использовался критерий Мана-Уитни в связи с небольшим количеством детей оценивалась разница в уровне выраженности признака (частоты нежелательного поведения по указанным причинам) до начала использования технологий визуальной поддержки и после их применения в течение 2 месяцев (для расчёта использовались первый, до введения технологий и последний, после введения технологий результаты, полученные в протоколах наблюдения), так же анализировались промежуточные результаты, с точки зрения динамики. Полученный результат для выборки в 17 человек составил $U_{эмп} = 83$, что попадает в зону неопределённости, то есть нельзя достоверно сделать вывод о том, является ли снижение частоты проявления форм нежелательного

поведения достоверным. Данный результат не позволили подтвердить или опровергнуть **гипотезу исследования**, которая была сформулирована следующим образом: использование технологий визуальной поддержки для организации деятельности детей с РАС дошкольного возраста позволяет снизить частоту проявления нежелательных форм поведения. Полученные данные были подвергнуты повторному анализу, в ходе которого возникло предположение, которое в последствие подтвердилось в ходе работы с родителями, о том, что не все использовали технологии визуальной поддержки в домашних условиях, поэтому был получен неопределённый результат. Родители 8 из 17 детей применяли предложенные технологии менее чем в 50% необходимых случаев или не применяли их вовсе вне стен реабилитационного центра. С учётом полученных данных выборка была разбита на 2 выборки: 8 человек – дети, с которыми технологии визуальной поддержки должным образом применялись только в центре реабилитации, 9 человек – дети, с которыми данные технологии применялись почти в 100% случаев надлежащим образом, в том числе за пределами центра. **Гипотеза исследования** была переформулирована следующим образом: использование технологий визуальной поддержки для организации деятельности у детей с РАС дошкольного возраста позволяет снизить частоту проявления нежелательных форм поведения, если применяется в максимально возможном количестве соответствующих ситуаций. В результате полученные ранее данные были реорганизованы в следующие 4 группы: частота проявлений нежелательного поведения у детей до применения технологий визуальной поддержки, с которыми впоследствии технологии применялись должным образом, частота проявлений нежелательного поведения у детей после применения технологий визуальной поддержки, с которыми впоследствии технологии применялись должным образом, частота проявлений нежелательного поведения у детей до применения технологий визуальной поддержки, с которыми впоследствии технологии не применялись должным образом, частота проявлений нежелательного поведения у детей после применения технологий визуальной поддержки, с которыми впоследствии не технологии применялись должным образом. Реорганизованные данные сопоставлялись так же при помощи критерия Мана-Уитни попарно до и после применения технологий, тем или иным образом, с целью выявить различия в уровне выраженности признака (частоте проявлений нежелательного поведения). Полученные результаты были следующими: в группе детей, с которыми технологии применялись впоследствии должным образом (дома, в центре и иных ситуациях), произошло снижение частоты проявления форм нежелательного поведения, что подтверждается полученным коэффициентом $U_{эмп} = 26$, т.е. действительно снижение частоты проявления форм нежелательного поведения можно считать достоверным. Во второй группе 8 человек, где технологии не применялись должным образом $U_{эмп} = 9$, что соответствует границе зоны неопределённости, с тяготением к отвержению гипотезы.

Заключение. Полученные результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что ассистивные технологии в форме технологий визуальной поддержки в работе с детьми с РАС дошкольного возраста для коррекции нежелательного поведения могут быть эффективны для снижения частоты проявления форм нежелательного поведения, только в том случае, если они применяются должным образом и с достаточной частотой, т.е. в различных сферах и ситуациях жизнедеятельности ребёнка с РАС, как в условиях реабилитационного центра, так и за его пределами. В противном же случае эффективность применения

данных технологий может считаться условной и давать незначительное снижение частоты форм нежелательного поведения либо же и вовсе не показывать результата.

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

The authors declare no conflict of interest: the authors confirm that there are no obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Коэн, Марлен Дж. Визуальная поддержка. Система действенных методов для развития навыков самостоятельности у детей с аутизмом / М. Дж. Коэн, П. Ф. Герхард ; пер. с англ. У. Жарниковой ; науч. ред. С. Анисимова. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2018. – 263 с. – (Руководство для родителей и профессионалов). – Предм. указ.: с. 254–256. – Указ.: с. 257. – Библиогр.: с. 258–262. – Об авт.: с. 263. – Парал. тит. л. на англ. яз. – ISBN 978-5-91743-079-9: 5000 экз.
2. МакКланнахан, Линн И. Расписания для детей с аутизмом / д-р Линн И. МакКланнахан, д-р Патрисия Крантц; [перевод с английского О. Б. Чикурова и С. С. Морозовой]. - Самара: Книжное изд-во, 2018. - 161 с.: ил., табл.; 21 см. - (Вопросы аутизма.); ISBN 978-5-6041609-5- 4: 1000 экз.
3. Мелешкевич, О. Особые дети. Введение в прикладной анализ поведения (АВА): принципы коррекции проблемного поведения и стратегии обучения детей с расстройствами аутистического спектра и -109-0.:10 000 экз.
4. Шрамм, Р. Детский аутизм и АВА: АВА (Applied Behaviour Analysis): терапия, основанная на методах прикладного анализа поведения: 6-е изд другими особенностями развития / О. Мелешкевич, Ю. Эрц. – 105 Самара: Издательский дом «Барах-М», 2020. – 208 с. – ISBN 978-5-94648. / Р. Шрамм; перевод с английского З. ИзмайловойКамар. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2018. – 208 с. – ISBN 978-5-91743-076-8: 10 000экз.
5. Конвенции о правах инвалидов: Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 61/106: подписана Российской Федерацией 27 сентября 2008 г. // Собрание договоров ООН. — Нью – Йорк, 2006.

REFERENCES:

1. Kojen, Marlen Dzh. Vizual'naja podderzhka. Sistema dejstvennyh metodov dlja razvitija navykov samostojatel'nosti u detej s autizmom / M. Dzh. Kojen, P. F. Gerhard ; per. s angl. U. Zharni-kovoj ; nauch. red. S. Anisimova. – Ekaterinburg: Rama Pabli-shing, 2018. – 263 s. –(Rukovodstvo dlja roditelej i profes-sio-nalov). – Predm. ukaz.: s. 254–256. – Ukaz.: s. 257. – Bib-liogr.: s. 258–262. – Ob avt.: s. 263. – Paral. tit. l. na angl. jaz. – ISBN 978-5-91743-079-9: 5000 jekz.
2. MakKlannahan, Linn I. Raspisanija dlja detej s autizmom / d-r Linn I. MakKlannahan, d-r Patrisija Krantc; [perevod s anglijskogo O. B. Chikurova i S. S. Morozovoj]. - Samara: Knizhnoe izd-vo, 2018. - 161 s.: il., tabl.; 21 sm. - (Voprosy autizma.); ISBN 978-5-6041609-5- 4: 1000 jekz.
3. Meleshkevich, O. Osobyete deti. Vvedenie v prikladnoj analiz povedenija (AVA): principy korrekcii problem-nogo povedenija i strategii obuchenija detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra i drugimi osobennost-jami razvitija / O. Meleshkevich, Ju. Jerc. – 105 Samara: Izdatel'skij dom «Barah-M», 2020. – 208 s. – ISBN 978-5-94648-109-0.:10 000 jekz.
4. Shramm, R. Detskij autizm i AVA: AVA (Applied Behaviour Analysis): terapija, osnovannaja na meto-dah prikladnogo analiza povedenija: 6-e izd. / R. Shramm; perevod s anglijskogo Z. IzmajlovojKamar. – Ekaterinburg: Rama Pabli-shing, 2018. – 208 s. – ISBN 978-5-91743-076-8: 10 000jekz.
5. Konvencii o pravah invalidov: Rezoljuciej General'noj Assamblei OON 61/106: podpisana Rossijskoj Federaciej 27 sentjabrja 2008 g. // Sobranie dogovorov OON. — N'ju – Jork, 2006.

УДК 616.831 – 005 + 314.44

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ЗА 2019 – 2022 ГГ. ПОТРЕБНОСТЬ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Саликова С.И., Жукова А.М., Карицкая Ю.О.

ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России, Омск, Россия

Аннотация

Введение. Доля ОНМК в структуре ВПИ вследствие цереброваскулярных болезней возросла. Преобладает ишемический тип ОНМК. Увеличился удельный вес третьей группы. Пациенты старше 61 лет лидировали, мужчины преобладали. Чаще нуждались в ТСР для компенсации ограничений способности к передвижению. Увеличилось число лиц, прошедших через реабилитационные центры.

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в России фиксируется 3–4 случая на 1000 человек. Достигнутый в последние годы рост выживаемости при инсультах 85 % подтверждает высокую социальную и экономическую значимость реабилитационных мероприятий для пациентов с данной патологией, среди них 80 % являются инвалидами [1].

Цель. Анализ динамики первичной инвалидности и клинических аспектов у лиц, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, по результатам освидетельствования в Бюро № 13 - филиале ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России (Бюро № 13) за период 2019 - 2022 гг.

Материалы и методы. Анализ проведен на основании сведений формы федерального государственного статистического наблюдения № 7-собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше»; экспертных дел за 2019 - 2022 гг. Бюро № 13. Метод исследования: статистический, аналитический.

Результаты. Доля инвалидов вследствие болезней системы кровообращения уменьшилась до 24,6 % случаев. Среди них удельный вес цереброваскулярных болезней в среднем составил 45,6 %. В структуре цереброваскулярных болезней доля ОНМК возросла до 92,9 %. В гендерной структуре лидировали мужчины - 59,7 %. Пациенты старше 61 лет преобладали - 69,0 %. В период 2019 - 2022 гг. в структуре ОНМК преобладали ишемический тип, в среднем 69,0 %. Среди подтипов рост лакунарного до 22,9 % и криптогенного до 31,4 %. В 2019 – 2022 гг. отмечено увеличение удельного веса геморрагического типа до 19,2 %.

Увеличился удельный вес осложнений в виде гематом до 11,5 %, аневризм и мальформаций до 3,8 %. Среди локализаций поражения структур мозга превалирует теменная область с ростом от 41,3 % до 44,2 %.

В 2021 г. среди инвалидов вследствие ОНМК перенесли COVID-19 – 6 чел. (12,0 %), в 2022 г. – 9 чел. (17,3 %). У пациентов, перенесших COVID-19, был чаще ишемический тип острого нарушения мозгового кровообращения - 83,3 % - 77,8 %. В 2021 г. наблюдался кардиоэмболический подтип и криптогенный подтип по 20,0 %. В 2022 г. преобладали атеротромботический подтип 42,9 %. У лиц, перенесших COVID-19, среди пораженных структур мозга в 2022 г. базальные ядра составили 55,6 %.

Увеличился удельный вес лиц, находившихся в реабилитационных центрах в 2019 - 2022 гг. до 50,0 % случаев. У пациентов преобладали нарушения статодинамических функций с ростом их удельного веса. Увеличился удельный вес нарушений психических и языковых и речевых функций. В структуре по тяжести инвалидности преобладает вторая группа 39,1 %. Снизился удельный вес первой группы, в то же время доля третьей группы увеличилась.

Для компенсации установленных ограничений жизнедеятельности увеличилась потребность в тростях опорных, ходунках, в креслах-колясках с ручным приводом прогулочных; креслах-стульях с санитарным оснащением. Нуждаемость в абсорбирующем белье, подгузниках, противопролежневых матрацах уменьшилась.

Заключение: Увеличилась доля ОНМК в структуре ВПИ вследствие цереброваскулярных болезней. Преобладает ишемический тип ОНМК. Преобладает вторая группа инвалидности с увеличением удельного веса третьей группы. Рост умеренных нарушений статодинамических и психических функций организма. Первая степень ОЖД к самообслуживанию, передвижению, общению устанавливалась чаще. Больше пациенты нуждались в ТСР для компенсации ОЖД способности к передвижению.

Ключевые слова: первичная инвалидность, острое нарушение кровообращения ишемический тип, область поражения мозга, группа инвалидности, технические средства реабилитации.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Саликова Светлана Ивановна, канд. мед. наук, начальник отдела анализа проблем реабилитации; адрес: г. Омск, ул. Масленникова, д. 43; телефон: 8 (381-2)- 56-34-27, email: sivitla@yandex.ru.

Жукова Антонина Михайловна, руководитель бюро, врач по медико-социальной экспертизе; адрес: г. Омск, ул. Масленникова, д. 43; телефон: 8 (381-2)- 56 -32-17.

Карицкая Юлия Оскаровна, врач по медико-социальной экспертизе; адрес: г. Омск, ул. Масленникова, д. 43; телефон: 8 (381-2)- 56 -32-17.

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

DYNAMICS OF PRIMARY DISABILITY DUE TO ACUTE CEREBROVASCULAR ACCIDENT FOR 2019 – 2022 THE NEED FOR TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION

Salikova S.I., Zhukova A.M., Karitskaya Yu.O.

FGI "CB MSE in the Omsk area" Ministry of Labor of Russia, Omsk, Russia

Abstract.

Background. *The proportion of acute disorders of cerebral circulation in the structure of newly recognized disabled people due to cerebrovascular diseases has increased. The hemorrhagic type of acute disorders of cerebral circulation predominates. The proportion of the third group has increased. Patients over 61 years of age were in the lead; Men predominated. The need for technical means of rehabilitation is more often to compensate for the limitations of*

the ability to move. The number of people who have passed through rehabilitation centers has increased.

Acute cerebrovascular accidents in Russia are recorded 3-4 cases per 1000 people. The 85 % increase in stroke survival achieved in recent years confirms the high social and economic importance of rehabilitation measures for patients with this pathology, among them 80 % are disabled [4].

Aim. Analysis of the dynamics of primary disability and clinical aspects in persons who have undergone acute cerebrovascular accidents based on the results of an examination at Bureau No. 13 - a branch of the FGI "CB MSE in the Omsk Region" of the Ministry of Labor of Russia (Bureau No. 13) for the period 2019 - 2022.

Materials and methods. The analysis was carried out on the basis of information from the form of federal state statistical observation No. 7-sobes "Information on medical and social examination of persons aged 18 years and older"; expert cases for 2019 - 2022 Bureau No. 13. Research method: statistical, analytical

Results. The proportion of people with disabilities due to diseases of the circulatory system decreased to 24.6 % of cases. Among them, the proportion of cerebrovascular diseases averaged 45.6 %. In the structure of cerebrovascular diseases, the proportion of acute disorders of cerebral circulation increased to 92.9 %. In the gender structure, men were in the lead - 59.7 %. Patients over 61 years of age prevailed - 69.0 %. In the period 2019 - 2022 in the structure of acute cerebrovascular accidents, the ischemic type prevailed, on average 69.0 %. Among the subtypes, the growth of lacunar to 22.9 % and cryptogenic to 31.4 %. In 2019 – 2022 there was an increase in the proportion of hemorrhagic type to 19.2 %. The proportion of complications in the form of hematomas increased to 11.5 %, aneurysms and malformations to 3.8 %. Among the localizations of lesions of brain structures, the parietal region prevails with an increase of 41.3 % to 44.2 %. In 2021, 6 people (12.0 %) suffered COVID-19 among people with disabilities due to acute cerebrovascular accidents, in 2022 – 9 people (17.3 %). Patients who underwent COVID-19 were more likely to have an ischemic type of acute cerebrovascular accident - 83.3 % - 77.8 %. In 2021, a cardioembolic subtype and a cryptogenic subtype of 20.0 % were observed. In 2022, the atherothrombotic subtype prevailed at 42.9 %. In patients who underwent COVID-19, basal nuclei accounted for 55.6 % of the affected brain structures in 2022. The proportion of people who were in rehabilitation centers in 2019-2022 increased to 50.0 % of cases. Patients were dominated by disorders of statodynamic functions with an increase in their specific gravity. The proportion of disorders of mental and linguistic and speech functions has increased. In the structure of the severity of disability, the second group prevails at 39.1 %. The proportion of the first group decreased, while the share of the third group increased. To compensate for the established limitations of life activity, the need for support canes, walkers, wheelchairs with manual drive for walking has increased; armchairs with sanitary equipment The need for absorbent underwear, diapers, anti-decubitus mattresses has decreased.

Conclusion: The proportion of stroke in the structure of VPI has increased due to cerebrovascular diseases. The ischemic type of stroke predominates. Patients over the age of 61 were in the lead. The second group of disability predominates with an increase in the proportion of the third group. An increase in the violation of statodynamic and mental functions of the body. The first degree to self-service, movement, communication was established more often. More patients needed Technical means of rehabilitation to compensate for the limitations of life - the ability to move.

Keywords: *primary disability, acute circulatory disorder, ischemic type, area of brain damage, disability group, technical means of rehabilitation.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Salikova Svetlana Ivanovna, Ph.D., Head of the Department of Analysis of Rehabilitation Problems; address: Omsk, Maslennikov str., 43; Phone: 8 (381-2)- 56-34-27, email: sivitla@yandex.ru

Zhukova Antonina Mikhailovna, head of the bureau, doctor for medical and social expertise; address: Omsk, Maslennikov str., 43; Phone: 8 (381-2)- 56 -32-17

Karitskaya Yulia Oskarovna, doctor of medical and social expertise; address: Omsk, Maslennikov str., 43; Phone: 8 (381-2)- 56 -32-17

Authors' contribution statement. The authors evenly participated in research, data collection, analysis and writing of the article.

Введение. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в России фиксируется 3–4 случая на 1000 человек. Достигнутый в последние годы рост выживаемости при инсультах 85 % подтверждает высокую социальную и экономическую значимость реабилитационных мероприятий для пациентов с данной патологией, среди них 80 % являются инвалидами [1-4].

Цель. Анализ динамики первичной инвалидности и клинических аспектов у лиц, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, по результатам освидетельствования в Бюро № 13 - филиале ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России (Бюро № 13) за период 2019 - 2022 гг.

Материалы и методы. Анализ проведен на основании сведений формы федерального государственного статистического наблюдения № 7-собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше»; экспертных дел за 2019 - 2022 гг. Бюро № 13. Метод исследования: статистический, аналитический

Результаты. Бюро № 13 проводит освидетельствование граждан взрослого населения с заболеваниями общего профиля, проживающих на территории Центрального административного округа г. Омска. Число впервые признанных инвалидами (ВПИ) в 2019 - 2021 гг. уменьшилось на 43,9 %. В 2022 г. отмечен рост на 23,2 % случаев. В структуре первичной инвалидности доля инвалидов вследствие болезней системы кровообращения уменьшилась с 34,5 % в 2019 г. до 24,6 % в 2022 г. Среди них удельный вес цереброваскулярных болезней увеличился от 43,8 % до 48,7 %, в среднем 45,6 %. В структуре цереброваскулярных болезней доля ОНМК возросла от 78,4 % - до 92,9 %, в среднем 83,0 %. В гендерной структуре ВПИ вследствие ОНМК лидировали мужчины, в среднем 59,7 %. В возрастной структуре пациенты в возрасте старше 61 лет преобладали с тенденцией к уменьшению с 76,3 % до 65,4 %, в среднем 67,4 %.

В период 2019 - 2022 гг. в структуре ОНМК преобладал ишемический тип: 70,0 % - 62,5 % - 76,0 % - 67,3 %. Среди подтипов ОНМК с ростом лакунарного: 10,7 % - 12,5 % - 10,5 % - 22,9 % и криптогенного: 14,3% - 12,5 % - 34,2 % - 31,4 %.

В 2019 – 2022 гг. отмечено увеличение удельного веса геморрагического типа ОНМК с 10,0 % до 19,2 %.

Увеличился удельный вес осложнений в виде гематом от 7,5 % до 11,5 %, аневризм и мальформаций от 2,5 % до 3,8 %. Потребность в проведении микрохирургических операций увеличилось - 2,5 % – 2,1 % - 12,0 % - 7,7 %. Среди локализаций поражения структур мозга у лиц, перенесших инсульт, превалирует теменная область с ростом от 41,3 % до 44,2 %. Доля поражения базальных ядер увеличилась от 30,0 % до 36,5 %; уменьшилась доля поражения височной области с 25,0 % до 15,4 % и лобной области с 26,3 % до 21,2 %.

В 2021 г. среди ВПИ вследствие ОНМК перенесли COVID-19 – 6 чел. (12,0 %), в 2022 г. – 9 чел. (17,3 %). В 2020 г. не зарегистрировано. У пациентов, перенесших COVID-19, был чаще ишемический тип ОНМК - 83,3 % - 77,8 %. В 2021 г. наблюдался кардиоэмболический подтип и криптогенный подтип по 20,0 %. В 2022 г. преобладал атеротромботический подтип 42,9 %. У данных лиц регистрировались гематомы в 13,3 %, аневризмы и мальформации 6,7 %. Проводились микрохирургические операции в 6,7 % случаев.

У лиц, перенесших COVID-19, среди пораженных структур мозга преобладали теменная область – 33,3 %, базальные ядра - 16,7 % - 55,6 %, лобная область - 16,7 % - 22,2 %, затылочная область - 33,3 % - 11,1 %.

Увеличился удельный вес лиц, находившихся в реабилитационных центрах в 2019 - 2022 гг. после ОНМК, с 20,0 % до 50,0 % случаев. Из числа перенесших COVID-19 находились в реабилитационных центрах в 2021 г. - 66,7 %, в 2022 г. – 77,8 %.

У пациентов, перенесших ОНМК, преобладали нарушения статодинамических функций с ростом их удельного веса от 87,5 % до 94,2 %. Среди них уменьшился удельный вес инвалидов со значительными нарушениями с 34,3 % до 22,4 % и с выраженными нарушениями с 42,9 % до 30,6 %. Увеличился удельный вес нарушений психических функций от 45,0 % до 73,1 %. Среди них преобладали стойкие умеренные нарушения с ростом от 50,0 % до 71,1 %. Нарушения языковых и речевых функций увеличилось от 31,3 % до 48,1 %. Среди установленных ограничений жизнедеятельности преобладала первая степень с тенденцией к росту способности: к самообслуживанию от 16,3 % до 40,4 %; к передвижению от 11,3 % до 34,6 %; к ориентации от 23,8 % - 51,9 %; к общению от 27,5 % - 53,8 %.

В структуре по тяжести инвалидности преобладает вторая группа к уменьшению с 48,7 % до 34,6 %, в среднем составив 39,1 %. Снизился и удельный вес первой группы с 33,8 % до 25,0 %, в то же время доля третьей группы увеличилась от 17,5% до 40,4 %.

Для компенсации установленных ограничений жизнедеятельности у ВПИ вследствие ОНМК потребность в ТСР возросла за данный период с 75,0 % до 88,5 % случаев. Из них потребность в тростях опорных, ходунках увеличилась с 48,3 % до 63,0 %. В креслах-колясках комнатных нуждались от 25,0 % до 26,1 % случаев. Потребность увеличилась в креслах-колясках прогулочных с 26,7 % - 41,3 %; креслах-стульях с санитарным оснащением с 20,0 % до 26,1 %. Нуждаемость в абсорбирующем белье, подгузниках уменьшилось с 31,7 % до 15,2 % случаев. противопролежневых матрацах 14,6 % до 6,5 %. Потребность в ручных колебалась в пределах 10,0 % - 4,5 % - 8,7 %.

Заключение: Увеличилась доля ОНМК в структуре ВПИ вследствие цереброваскулярных болезней. Преобладает ишемический тип ОНМК. Пациенты в возрасте старше 61 лет лидировали. Преобладает вторая группа инвалидности с увеличением удельного веса третьей группы. Рост умеренных нарушений статодинамических и психических функций ор-

ганизма. Первая степень к самообслуживанию, передвижению, общению устанавливалась чаще. Больше пациенты нуждались в ТСР для компенсации ограничений жизнедеятельности - способности к передвижению.

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

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Храмов В.В., Когаева К.П., Архипова Л.Ю., Алексеева В.О., Лукьянова М.И. Эффективность медико-социальной реабилитации постинсультных пациентов с нарушениями средней степени тяжести Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, Саратов, Россия, ВЕСТНИК РГМУ 2, 2021.
2. Янишевский С.Н. Изменения процесса оказания помощи пациентам с инсультом в условиях эпидемии COVID-19. Артериальная гипертензия. 2020;26(3):263–269. doi:10.18705/1607-419X-2020-26-3-263-269
3. Гетманская Ю.М., Трегер Ю. Реабилитация тяжелых больных после коронавирусной инфекции в рамках госпитализации в реабилитационном отделении. Анализ конкретных случаев. Вестник восстановительной медицины. 2021; 20 (2): 4-10. <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2021-20-2-4-10>
4. Пизова Н.В., Пизов Н.А., Скачкова О.А., Соколов М.А., Измайлов И.А., Тарамакин Р.Б. Острые нарушения мозгового кровообращения и коронавирусная болезнь. Медицинский совет. 2020;(8):20–27. doi: 10.21518/2079-701X-2020-8-20-27

REFERENCES:

1. Khramov V.V., Kogaeva K.P., Arkhipova L.Yu., Alekseeva V.O., Lukyanova M.I. Effectiveness of medical and social rehabilitation of post-stroke patients with moderate disorders Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky, Saratov, Russia VESTNIK RSMU 2, 2021.
2. Yanishevsky S.N. Changes in the process of providing care to patients with stroke in the context of the COVID-19 epidemic. Arterial hypertension. 2020;26(3):263–269. doi:10.18705/1607-419X-2020-26-3-263-269
3. Getmanskaya Y.M., Treger Y. Rehabilitation of severe patients after coronavirus infection as part of hospitalization in the rehabilitation department. Case analysis. Bulletin of Restorative Medicine. 2021; 20 (2): 4-10. <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2021-20-2-4-10>
4. Pizova N.V., Pizov N.A., Skachkova O.A., Sokolov M.A., Izmailov I.A., Taramakin R.B. Acute disorders of cerebral circulation and coronavirus disease. Medical advice. 2020;(8):20–27. doi: 10.21518/2079-701X-2020-8-20-27

Авторский указатель**А**

Азовцев Д.Ю. 175
Алигаджиев Ш.С. 302
Аникеев П.П. 255, 265
Атанесян А.А. 222

Б

Баранова Н.П. 255, 265
Башкирѐва А.С. 255, 265
Бесстрашнова Я.К. 7, 8
Богданова Д.Ю. 255, 265
Бондаренко Т.В. 255, 265
Бугрова Н.А. 239

В

Вечканова И.Г. 73
Волкова И.П. 213

Г

Гордиевская Е.О. 115
Горяйнова М.В. 191, 228
Горяйнов И.В. 191

Д

Доронина О.Е. 310

Е

Ермоленко Т.В. 20

Ж

Жаринова Е.Е. 239
Жукова А.М. 324

З

Злоказов А.В. 90
Зылева М.И. 213

И

Ишутина И.С. 20, 81, 130

К

Кантемирова Р.К. 279

Карасаева Л.А. 175, 191, 302

Карицкая Ю.О. 324
Карпова С.А. 319
Кинзерский А.А. 247
Колосова Г.В. 255, 265
Колюка О.Е. 28, 47
Кострица С.А. 182
Кузнецова Ю.И. 279
Кулинич Т.С. 310
Кулинчик Н.И. 182

Л

Лайковская Е.Э. 107
Лебедева С.С. 122
Лицкевич Л.В. 147
Любушкина Т.Л. 90

М

Макарова О.В. 198
Мальков Н.Р. 65
Манаева Н.И. 247
Мирошниченко О.А. 73
Мишкин А.Ж. 96
Мурзина Т.Ф. 137
Муртазина Т.К. 96
Мясников И.Р. 191, 228

Н

Никитина В.В. 168
Нурова А.А. 302

О

Олькова Н.В. 96

П

Павлова С.В. 20
Петрищева К.Н. 7, 8
Платонова Ю.Ю. 122
Полонская И.И. 198
Протасова О.С. 297

Р

Радуту В.И. 28

Рамазанов Ш.Р. 302
Родионова А.Ю. 198
Рочева Я.С. 28
Рябокoнь А.Г. 310
Рябцев М.В. 115

С

Саликова С.И. 323
Салогуб А.М. 20
Свинцов А.А. 28
Сергеева О.В. 290
Сердюков С.В. 279
Скрягина Е.М. 147
Смекалкина Л.В. 302
Сокуров А.В. 20, 81, 130
Старобина Е.М. 115
Столов С.В. 198
Сумная Д.Б. 247

Т

Титухов Р.Ю. 247
Травникова Н.Г. 228

Ф

Федорова Е.А. 319
Федосеева О.Б. 90
Фетисенко О.Г. 204
Фидарова З.Д. 279

Х

Ходаковский М.Д. 81

Ч

Чернякина Т.С. 28, 47, 279
Чехович Н.Я. 182

Ш

Шабанова О.А. 81, 130
Шестаков В.П. 28
Шишко А.В. 255, 265
Шошмин А.В. 7, 8, 27, 56
Штепа А.В. 65

Author index**A**

Aligadzhiev Sh.S. 303
Anikeev P.P. 256, 267
Atanesyan A.A. 223
A.V. Shoshmin 8
Azovtsev D. Yu 176

B

Baranova N.P. 256, 267
Bashkireva A.S. 256, 267
Bogdanova D.Yu. 256, 267
Bondarenko T.V. 256, 267
Bugrova N.A. 240

C

Chekhovich N.Ya. 183
Chernaykina T.S. 281
Chernyakina T.S. 31, 48

D

Doronina O.E. 311

E

Ermolenko T.V. 21

F

Fedorova E.A. 319
Fedoseeva O.B. 91
Fetisenko O.G. 204
Fidarova Z.D. 281

G

Gordievskaya E.O. 116
Goryainova M.V. 192, 228
Goryainov I.V. 192

I

Ishutina I. S. 21
Ishutina I.S. 82, 132

K

Kantemirova R.K. 281

Karasaeva L.A. 176, 192, 303
Karitskaya Yu.O. 325
Karpova S.A. 319
Khodakovskiy M.D. 82
Kinzersky A.A. 248
K.N. Petrishcheva 8
Kolossova G.V. 256, 267
Kolyuka O.E. 31, 48
Kostritsa S.A. 183
Kulinchik N.I. 183
Kulinich T.S. 311
Kuznetsova Yu.I. 281

L

Laykovskaya E.E. 108
Lebedeva S.S. 123
Litskevich L.V. 148
Lyubushkina T.L. 91

M

Makarova O.V. 199
Malkov M.N. 66
Manaeva N.I. 248
Miroshnichenko O.A. 74
Mishkin A.Zh. 97
Murtazina T.K. 97
Murzina T.F. 138
Myasnikov I.R. 192, 228

N

Nikitina V.V. 169
Nurova A.A. 303

O

Olkova N.V. 97

P

Pavlova S.V. 21
Platonova Yu.Yu. 123
Polonskaya I.I. 199
Protasova O.S. 297

R

Raduto V.I. 31
Ramazanov Sh.R. 303
Riabokon A.G. 311
Rocheva Y.S. 31
Rodionova A.Yu. 199
Ryabtsev M.V. 116

S

Salikova S.I. 325
Salogub A.M. 21
Serdyukov S.V. 281
Sergeeva O.V. 290
Shabanova O.A. 82, 132
Shestakov V.P. 31
Shishko A.V. 256, 267
Shoshmin A.V. 57
Shtepa A.V. 66
Skrahina A.M. 148
Smekalkina L.V. 303
Sokurov A.V. 21, 82, 132
Starobina E.M. 116
Stolov S.V. 199
Sumnaya D.B. 248
Svintsov A.A. 31

T

Titukhov R.Yu. 248
Travnikova N.G. 228

V

Vechkanova I.G. 74
Volkova I.P. 213

Y

Y.K. Besstrashnova 8

Z

Zharinova E.E. 240
Zhukova A.M. 325
Zlokazov A.V. 91
Zyleva M. I. 213

Содержание

Раздел 1

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ И ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В РОССИИ И МИРЕ

УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И КЛАССИФИКАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ: ОПЫТ ШВЕЦИИ <i>Шоимин А.В., Бесстрашнова Я.К., Петрищева К.Н.</i>	7
ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ УСЛУГ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ИХ СЕМЬЯМ <i>Павлова С.В., Салогуб А.М., Сокуров А.В., Ермоленко Т.В., Ишутина И.С.</i>	20
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПОЛОЖЕНИЙ КОНВЕНЦИИ О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <i>Чернякина Т.С., Свинцов А.А., Радута В.И., Колюка О.Е., Рочева Я.С., Шестаков В.П.</i>	28
РОЛЬ УПОЛНОМОЧЕННЫХ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА В СОДЕЙСТВИИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <i>Колюка О.Е., Чернякина Т.С.</i>	47
ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ <i>Жаворонков Р.Н.</i>	56

Раздел 2

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОГРАММА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «ДОСТУПНАЯ СРЕДА»

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ <i>Штепа А.В., Мальков Н.Р.</i>	65
МАРШРУТООРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД КАК СОВРЕМЕННАЯ ТЕНДЕНЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ДОСТУПНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ <i>Мирошниченко О.А., Вечканова И.Г.</i>	73
РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ДОСТУПНОСТИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ ОБЪЕКТОВ ТРАНСПОРТНОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ, ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ И ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ НА НИХ ТРАНСПОРТНЫХ УСЛУГ ЗА 2022 (ПО ДАННЫМ МИНИСТЕРСТВА ТРАНСПОРТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ) <i>Шабанова О.А., Ишутина И.С., Ходаковский М.Д., Сокуров А.В.</i>	81
ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Злоказов А.В., Федосеева О.Б., Любушкина Т.Л.</i>	90
ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ ПО КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ: ИТОГИ ПЕРВОГО ГОДА РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Олькова Н.В., Муртазина Т.К., Мишкин А.Ж.</i>	96

Раздел 3

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: КАДРЫ НОВОГО ВРЕМЕНИ

КАДРЫ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ – МЕГАКОМПЕТЕНЦИИ <i>Лайковская Е.Э.</i>	107
--	-----

О КОМПЕТЕНЦИЯХ СПЕЦИАЛИСТОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ АССИСТИВНЫЕ УСЛУГИ ПРИ СОПРОВОЖДАЕМОМ ПРОЖИВАНИИ <i>Старобина Е.М., Гордиевская Е.О., Рябцев М.В.</i>	115
ИННОВАЦИОННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ В ОБЛАСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ <i>Лебедева С.С., Платонова Ю.Ю.</i>	122
ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЮ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ) В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ <i>Шабанова О.А., Ишутина И.С., Сокуров А.В.</i>	130
О МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ СТРЕССЕ <i>Мурзина Т.Ф.</i>	137

Раздел 4 МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОРМОКСИЧЕСКОЙ БАРОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Лицкевич Л.В., Скрягина Е.М.</i>	147
МАТЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Никитина В.В.</i>	168
ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ <i>Азовцев Д.Ю., Карасаева Л.А.</i>	175
ПРОГРАММА КОМПЛЕКСНОГО САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В КУП «ДРОЦ «ЖДАНОВИЧИ» <i>Кострица С.А., Чехович Н.Я., Кулинчик Н.И.</i>	182

Раздел 5 СОЦИАЛЬНАЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ

ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ СОЗДАНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ РАБОЧИХ МЕСТ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЯМИ СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙ <i>Горайнова М.В., Карасаева Л.А., Горайнов И.В., Мясников И.Р.</i>	191
АНАЛИЗ ИПРА ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА С АМПУТАЦИЯМИ <i>Родионова А.Ю., Макарова О.В., Столов С.В., Полонская И.И.</i>	198
ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫХ УСЛУГ В СПБ ГБУСОН «ЦСРИДИ МОСКОВСКОГО РАЙОНА». ПРЕДЕЛЫ ПОЛНОМОЧИЙ И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ <i>Фетисенко О.Г.</i>	204
ЛИЧНОСТНЫЕ РЕСУРСЫ И БАРЬЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ <i>Волкова И.П., Зылева М.И.</i>	213

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МУЗЫКАЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ И КОРРЕКЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ С УЧЕТОМ ОПЫТА САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЙ АКАДЕМИИ МУЗЫКАЛЬНОЙ И ТАНЦЕВАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ <i>Атанесян А.А.</i>	222
КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД ОРГАНИЗАЦИИ ДОСТУПНЫХ УСЛОВИЙ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ОСОБЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЕМ СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙ <i>Мясников И.Р., Травникова Н.Г., Горяйнова М.В.</i>	228

Раздел 6

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМАНДНЫХ ИГР В СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ КОМПЕНСИРУЮЩЕГО ВИДА <i>Бугрова Н.А., Жаринова Е.Е.</i>	239
ОСОБЕННОСТИ СОВМЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ У СПОРТСМЕНОВ С ХОНДРОПАТИЕЙ БУТРИСТОСТИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ <i>Манаева Н.И., Сумная Д.Б., Титухов Р.Ю., Кинзерский А.А.</i>	247

Раздел 7

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ: ТЕХНОЛОГИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ГЕРОНТОТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА ЗА ГЕРИАТРИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ СО СТАРЧЕСКИМ КСЕРОЗОМ <i>Колосова Г.В., Баширѐва А.С., Баранова Н.П., Шишко А.В., Бондаренко Т.В., Богданова Д.Ю., Анিকেев П.П.</i>	255
РЕАБИЛИТАЦИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ В СИСТЕМЕ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА <i>Баширѐва А.С., Колосова Г.В., Баранова Н.П., Шишко А.В., Бондаренко Т.В., Богданова Д.Ю., Анিকেев П.П.</i>	265
ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В ДИНАМИКЕ ЗА 2013-2021 ГОДЫ <i>Кантемирова Р.К., Фидарова З.Д., Чернякина Т.С., Сердюков С.В., Кузнецова Ю.И.</i>	279

Раздел 8

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С БОЕВОЙ ТРАВМОЙ

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ И ПЕРВЫЙ ОПЫТ СОЗДАННОЙ НА ТЕРРИТОРИИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ, ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ И РЕАБИЛИТАЦИИ УЧАСТНИКОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ И ИХ СЕМЕЙ <i>Сергеева О.В.</i>	290
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА УЧАСТНИКОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ НА БАЗЕ БУ ВО «ЦКРИ «СЕМЬ СТУПЕНЕЙ» <i>Протасова О.С.</i>	297
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ТРУДОУСТРОЙСТВА ИНВАЛИДОВ, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЕННОЙ ТРАВМЫ <i>Нурова А.А., Карасаева Л.А., Рамазанов Ш.Р., Алигаджиев Ш.С., Смекалкина Л.В.</i>	302

Раздел 9**АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ**

ПОТРЕБНОСТЬ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЕМ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗА СЧЕТ БЮДЖЕТА ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Кулинич Т.С., Рябокони А.Г., Доронина О.Е.</i>	310
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АССИСТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С РАС ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ, НА ПРИМЕРЕ ТЕХНОЛОГИЙ ВИЗУАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ <i>Карпова С.А., Федорова Е.А.</i>	319
ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ЗА 2019 – 2022 ГГ. ПОТРЕБНОСТЬ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ <i>Саликова С.И., Жукова А.М., Карицкая Ю.О.</i>	324
АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ	330

CONTENT

Section 1

CONCEPTUAL AND LEGAL ISSUES OF THE COMPREHENSIVE REHABILITATION OF PEOPLE WITH DISABILITIES IN RUSSIA AND THE WORLD

MANAGEMENT OF THE REHABILITATION SYSTEM AND THE CLASSIFICATION OF REHABILITATION SERVICES: THE SWEDISH CASE <i>A.V. Shoshmin, Y.K. Besstrashnova, K.N. Petrishcheva</i>	8
INDICATORS OF THE EFFECTIVENESS OF EARLY CARE SERVICES FOR CHILDREN AND THEIR FAMILIES <i>Pavlova S.V., Salogub A.M., Sokurov A.V., Ermolenko T.V., Ishutina I. S.</i>	21
EVALUATION OF THE RESULTS OF THE IMPLEMENTATION OF THE PROVISIONS OF THE CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABLED IN THE RUSSIAN FEDERATION <i>Chernyakina T.S., Svintsov A.A., Raduto V.I., Kolyuka O.E., Rocheva Y.S., Shestakov V.P.</i>	31
THE ROLE OF THE COMMISSIONERS FOR HUMAN RIGHTS IN PROMOTING THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABLED IN THE RUSSIAN FEDERATION <i>Kolyuka O.E., Chernyakina T.S.</i>	48
PROBLEMS OF REALIZATION OF CITIZENS RIGHTS IN IMPLEMENTATION OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE <i>Zhavoronkov R.N.</i>	57

Section 2

STATE PROGRAMME OF THE RUSSIAN FEDERATION “ACCESSIBLE ENVIROMENT”

FACTORS AFFECTING THE QUALITY OF LIFE OF THE DISABLED <i>Shtepa A.V., Malkov M.N.</i>	66
ROUTE-ORIENTED APPROACH AS A MODERN TREND IN THE FORMATION OF ACCESSIBLE ENVIRONMENT FOR DISABLED PEOPLE <i>Miroshnichenko O.A., Vechkanova I.G.</i>	74
THE RESULTS OF MONITORING THE ACCESSIBILITY OF TRANSPORT INFRASTRUCTURE FACILITIES, VEHICLES AND THE TRANSPORT SERVICES PROVIDED TO THEM FOR 2022 (ACCORDING TO THE MINISTRY OF TRANSPORT OF THE RUSSIAN FEDERATION) <i>Shabanova O.A., Ishutina I.S., Khodakovsky M.D., Sokurov A.V.</i>	82
ORGANIZATIONAL MODEL OF A THREE-LEVEL SYSTEM OF SOCIAL REHABILITATION AND ABILITATION OF DISABLED PEOPLE IN THE SVERDLOVSK REGION <i>Zlokazov A.V., Fedoseeva O.B., Lyubushkina T.L.</i>	91
PILOT PROJECT ON COMPREHENSIVE REHABILITATION AND HABILITATION OF DISABLED CHILDREN: RESULTS OF THE FIRST YEAR IN THE TYUMEN REGION <i>Olkova N.V., Murtazina T.K., Mishkin A.Zh.</i>	97

Section 3

PROFESSIONAL EDUCATION: PERSONNEL OF THE NEW TIME

PERSONNEL OF THE COMPLEX REHABILITATION SYSTEM – MEGACOMPETENCE <i>Laykovskaya E.E.</i>	108
--	-----

ABOUT THE COMPETENCES OF SPECIALISTS PROVIDING ASSISTIVE SERVICES WITH ACCOMPANIED LIVING <i>Starobina E.M., Gordievskaya E.O., Ryabtsev M.V.</i>	116
INNOVATIVE AREAS OF TRAINING OF SOCIAL SPHERE SPECIALISTS IN THE FIELD OF REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE IN THE CONDITIONS OF DIGITAL CIVILIZATION <i>Lebedeva S.S., Platonova Yu.Yu.</i>	123
ORGANIZATION OF TRAINING FOR HEALTH PROFESSIONALS IN THE APPLICATION OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF) IN THE MEDICAL REHABILITATION OF CHILDREN AND ADULTS <i>Shabanova O.A., Ishutina I.S., Sokurov A.V.</i>	132
ABOUT MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF SPECIALISTS UNDER PROFESSIONAL STRESS <i>Murzina T.F.</i>	138

Section 4

MEDICAL REHABILITATION

USING OF NORMOXIC BAROTHERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND ASTHMA <i>Litskevich L.V.¹, Skrahina A.M.²</i>	148
MATHEMATICAL ANALYSIS OF THERAPY OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES <i>Nikitina V.V.</i>	169
PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF AUTONOMIC DYSFUNCTION IN TUBERCULOSIS <i>Azovtsev D. Yu. Karasaeva L.A.</i>	176
PROGRAM OF COMPLEX SANATORIUM-RESORT TREATMENT OF CHILDREN WITH METABOLIC SYNDROME IN PAC «DROC «ZHDANOVICHY» <i>Kostritsa S.A., Chekhovich N.Ya., Kulinchik N.I.</i>	183

Section 5

SOCIAL, PSYCHOLOGICAL AND PROFESSIONAL REHABILITATION AND HABILITATION OF PEOPLE WITH DISABILITIES

ORGANIZATIONAL AND FUNCTIONAL MODEL OF CREATING SPECIAL JOBS FOR DISABLED PEOPLE WITH SENSOR FUNCTION DISTURBANCES <i>Goryainova M.V., Karasaeva L.A., Goryainov I.V., Myasnikov I.R.</i>	192
ANALYSIS OF THE INDIVIDUAL REHABILITATION/HABILITATION PROGRAM OF PEOPLE WITH DISABILITIES DUE TO DIABETES MELLITUS WITH AMPUTATIONS <i>Rodionova A.Yu., Makarova O.V., Stolov S.V., Polonskaya I.I.</i>	199
ORGANIZATION OF THE PROVISION OF SOCIAL AND LEGAL SERVICES IN SAINT-PETERSBURG GOVERNMENTAL BUDGETARY ORGANIZATION OF SOCIAL SERVICE TO PEOPLE «CENTER OF SOCIAL REABILITATION FOR PEOPLE AND CHILDREN WITH DISABILITIES OF MOSCOVSKY DISTRICT». <i>Fetisenko O.G.</i>	204
PERSONAL RESOURCES AND BARRIERS OF SOCIAL REHABILITATION OF PERSONS WITH SENSORY DISABILITIES <i>Volkova I.P., Zyleva M.I.</i>	213

IMPROVEMENT OF MUSICAL PHYSICAL CULTURE IN REHABILITATION AND CORRECTIONAL INSTITUTIONS OF ST. PETERSBURG AND LENINGRAD REGION, TAKING INTO ACCOUNT THE EXPERIENCE OF ST. PETERSBURG ACADEMY OF MUSIC AND DANCE MEDICINE <i>Atanesyan A.A.</i>	223
COMPETENCE-BASED APPROACH TO THE ORGANIZATION OF ACCESSIBLE CONDITIONS FOR THE IMPLEMENTATION OF SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS OF DISABLED PEOPLE WITH SENSORY IMPAIRMENT <i>Myasnikov I.R., Travnikova N.G., Goryainova M.V.</i>	228

Section 6

ADAPTIVE PHYSICAL EDUCATION AND SPORT FOR PEOPLE WITH DISABILITIES

THE USE OF TEAM GAMES IN THE SOCIAL AND PEDAGOGICAL HABILITATION OF CHILDREN WITH IMPAIRMENTS OF THE LOCOMOTOR APPARATUS IN THE CONDITIONS OF A COMPENSATING PRESCHOOL EDUCATIONAL INSTITUTION <i>Bugrova N.A., Zharinova E.E.</i>	240
FEATURES OF THE JOINT USE OF VARIOUS RECOVERY METHODS IN ATHLETES WITH CHONDROPATHY OF THE TIBIAL TUBEROSITY <i>Manaeva N.I., Sumnaya D.B., Titukhov R.Yu., Kinzersky A.A.</i>	248

Section 7

REHABILITATION OF THE ELDERLY: HEALTH SAVING TECHNOLOGIES

REHABILITATION GERONTOTECHNOLOGIES IN THE SYSTEM OF LONG-TERM CARE FOR GERIATRIC PATIENTS WITH SENILE XEROSIS <i>Kolosova G.V., Bashkireva A.S., Baranova N.P., Shishko A.V., Bondarenko T.V., Bogdanova D.Yu., Anikeev P.P.</i>	256
REHABILITATION OF GERIATRIC PATIENTS WITH A HIGH RISK OF PRESSURE ULCERS DEVELOPMENT IN THE LONG-TERM CARE SYSTEM <i>Bashkireva A.S., Kolosova G.V., Baranova N.P., Shishko A.V., Bondarenko T.V., Bogdanova D.Yu., Anikeev P.P.</i>	267
FEATURES OF THE PREVALENCE OF DIGESTIVE DISEASES AND PRIMARY DISABILITY AMONG THE ADULT POPULATION OF ST. PETERSBURG IN DYNAMICS FOR 2013-2021 <i>Kantemirova R.K., Fidarova Z.D., Chernaykina T.S., Serdyukov S.V., Kuznetsova Yu.I.</i>	281

Section 8

COMPLEX REHABILITATION OF PERSONS WITH BATTLEFIELD INJURY

INNOVATIVE APPROACHES AND THE FIRST EXPERIENCE OF A SUPPORT, ASSISTANCE AND REHABILITATION SYSTEM FOR PARTICIPANTS OF A SPECIAL MILITARY OPERATION AND THEIR FAMILIES CREATED ON THE TERRITORY OF THE VORONEZH REGION <i>Sergeeva O.V.</i>	290
PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF THE PARTICIPANTS OF THE SPECIAL MILITARY OPERATION AT THE BASE BUDGET INSTITUTION OF THE VORONEZH REGION «CENTER FOR COMPREHENSIVE REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE «SEVEN STEPS» <i>Protasova O.S.</i>	297
REHABILITATION ASPECTS OF EMPLOYMENT OF DISABLED PERSONS SUFFERED AS A RESULT OF MILITARY TRAJECTOR <i>Nurova A.A., Karasaeva L.A., Ramazanov Sh.R., Aligadzhiev Sh.S., Smekalkina L.V.</i>	303

*Section 9***ASSISTIVE AND REHABILITATION TECHNOLOGIES AND DEVICES**

THE NEED OF DISABLED PEOPLE WITH VISUAL FUNCTIONS OF WORKING AGE FOR TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION AT THE EXPENSE OF THE BUDGET OF THE LENINGRAD REGION <i>Kulinich T.S., Riabokon A.G., Doronina O.E.</i>	311
ASSISTIVE TECHNOLOGIES USAGE FOR DECREASING OF ASD CHILDREN'S UNDESIRABLE BEHAVIOR ON THE EXAMPLE OF VISUAL SUPPORT TECHNOLOGIES <i>Karpova S.A., Fedorova E.A.</i>	319
DYNAMICS OF PRIMARY DISABILITY DUE TO ACUTE CEREBROVASCULAR ACCIDENT FOR 2019 – 2022 THE NEED FOR TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION <i>Salikova S.I., Zhukova A.M., Karitskaya Yu.O.</i>	325
AUTHOR INDEX.....	331

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

Сборник статей

К 145-летию со дня рождения Г.А. Альбрехта

Подписано в печать 30.08.2023. Формат 60×84/8.

Печ. л. 42,5. Тираж 600 экз. Заказ №

Отпечатано в типографии «Лесник»

197183, Санкт-Петербург, ул. Сабировская, 37